

QUESTIONARIO SULLE ABITUDINI ALIMENTARI IN BAMBINI E ADOLESCENTI CON CELIACHIA (2-18 anni)

Caro Socio,

chiediamo ancora una volta a te e alla tua famiglia una preziosa collaborazione per capire le abitudini alimentari dei giovani celiaci di età compresa tra 2 e 18 anni.

La Clinica Pediatrica, Università degli Studi di Milano, Ospedale Luigi Sacco, Milano, diretta dal Prof. Gian Vincenzo Zuccotti, ed AIC Lombardia Onlus, hanno studiato il presente questionario, che vi chiediamo di compilare in ogni sua parte **entro il 30 marzo 2012**.

La nostra indagine nasce dalla valutazione e osservazione della realtà, supportata da alcuni recenti studi scientifici in Italia¹ e nel resto del mondo: la prevalenza di sovrappeso e obesità tra bambini e adolescenti, anche tra la popolazione celiaca, sta aumentando.

L'obiettivo del questionario è quello di conoscere con quale modalità viene seguito l'aspetto nutrizionale dei bambini/ragazzi e come le famiglie si orientano nell'utilizzo dei prodotti dietetici senza glutine.

Per ogni voce, se non espressamente indicato, è prevista un'unica risposta. I campi con "altro" possono essere compilati liberamente, dettagliando la risposta.

Rassicuriamo che sarà rispettato il completo anonimato nella compilazione del questionario e che il trattamento dei dati avverrà come previsto dalla vigente normativa sulla Privacy.

Vi ringraziamo per la preziosa collaborazione e per il tempo dedicatoci.

Cordiali saluti.

AIC Lombardia Onlus

Il questionario, compilato in ogni sua parte, potrà essere inviato alla segreteria di AIC Lombardia Onlus tramite:

- ✓ mail a afcsegreteria@aiclombardia.it, specificando in oggetto **"Questionario abitudini alimentari AIC Lombardia Onlus"**
- ✓ spedizione postale all'indirizzo:
AIC Lombardia Onlus
Via San Senatore, 2
20122 – Milano
- ✓ fax al numero **02.867820**

¹ Valletta E, Fornaro M, Cipolli M, Conte S, Bissolo F, Danchielli C, Celiac disease and obesity: need for nutritional follow-up after diagnosis. Eur J Clin Nutr. 2010 Nov;64(11):1371-2. Epub 2010 Aug 18

1. A che età è stata posta la diagnosi di malattia celiaca (in anni e mesi)?

/
a a m m

2. Quanti anni ha il/la bambino/a-adolescente al momento della compilazione del questionario (in anni e mesi)?

/
a a m m

3. Peso (in kg) e altezza (in cm) del/la bambino/a-adolescente al momento della compilazione del questionario:

Peso _____ kg Altezza _____ cm

4. Indicare il sesso del/la bambino/a-adolescente:

M F

5. Il/la bambino/a-adolescente esegue i controlli periodici per celiachia presso (segnare la risposta corretta)?

Pediatra di famiglia Centro Ospedaliero/Universitario Non esegue controlli periodici
 Altro _____

6. Al momento della diagnosi di celiachia, o successivamente, è stata effettuata una valutazione nutrizionale delle abitudini alimentari, fornendoti delle indicazioni su un'alimentazione sana, corretta e bilanciata?

Sì, al momento della diagnosi Sì, dopo un po' di tempo dalla diagnosi No, non è stata effettuata alcuna valutazione delle abitudini alimentari

6.1. Se sì, da chi?

Pediatra/Gastroenterologo Pediatra Gastroenterologo dell'adulto Dietologo/Dietista

7. Con che frequenza viene seguito un follow up nutrizionale?

Mensilmente Semestralmente Annualmente Non viene seguito follow up nutrizionale
 Altro (specificare) _____

8. Indicare con quale frequenza settimanale sono utilizzate le seguenti tipologie di prodotti dietetici senza glutine del commercio:

<input type="checkbox"/> Pane	<input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> da 1 a 5 volte <input type="checkbox"/> da 6 a 10 volte <input type="checkbox"/> 11 o più volte
<input type="checkbox"/> Pasta	<input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> da 1 a 5 volte <input type="checkbox"/> da 6 a 10 volte <input type="checkbox"/> 11 o più volte
<input type="checkbox"/> Biscotti	<input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> da 1 a 5 volte <input type="checkbox"/> da 6 a 10 volte <input type="checkbox"/> 11 o più volte
<input type="checkbox"/> Dolci o snack dolci	<input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> da 1 a 5 volte <input type="checkbox"/> da 6 a 10 volte <input type="checkbox"/> 11 o più volte
<input type="checkbox"/> Snack salati, pizza, focaccia, piadine	<input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> da 1 a 5 volte <input type="checkbox"/> da 6 a 10 volte <input type="checkbox"/> 11 o più volte
<input type="checkbox"/> Farine	<input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> da 1 a 5 volte <input type="checkbox"/> da 6 a 10 volte <input type="checkbox"/> 11 o più volte
<input type="checkbox"/> Piatti pronti (surgelati)	<input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> da 1 a 5 volte <input type="checkbox"/> da 6 a 10 volte <input type="checkbox"/> 11 o più volte
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> da 1 a 5 volte <input type="checkbox"/> da 6 a 10 volte <input type="checkbox"/> 11 o più volte

9. Indicare con quale frequenza settimanale sono utilizzate le seguenti tipologie di prodotti naturalmente senza glutine (N.B.: sono 14 i pasti -pranzi e cene- totali in una settimana):

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Riso | <input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> da 1 a 5 volte <input type="checkbox"/> da 6 a 10 volte <input type="checkbox"/> 11 o più volte |
| <input type="checkbox"/> Patate | <input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> da 1 a 5 volte <input type="checkbox"/> da 6 a 10 volte <input type="checkbox"/> 11 o più volte |
| <input type="checkbox"/> Carne | <input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> da 1 a 2 volte <input type="checkbox"/> da 2 a 4 volte <input type="checkbox"/> 5 o più volte |
| <input type="checkbox"/> Pesce | <input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> da 1 a 2 volte <input type="checkbox"/> da 2 a 4 volte <input type="checkbox"/> 5 o più volte |
| <input type="checkbox"/> Uova | <input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> da 1 a 2 volte <input type="checkbox"/> da 2 a 4 volte <input type="checkbox"/> 5 o più volte |
| <input type="checkbox"/> Formaggi | <input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> da 1 a 2 volte <input type="checkbox"/> da 2 a 4 volte <input type="checkbox"/> 5 o più volte |
| <input type="checkbox"/> Legumi | <input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> da 1 a 2 volte <input type="checkbox"/> da 2 a 4 volte <input type="checkbox"/> 5 o più volte |

10. Il bambino/a-adolescente consuma regolarmente frutta?

- Sì, più di 1 volta al giorno Sì, 1 volta al giorno Poche volte alla settimana Quasi mai Mai

11. Il bambino/a-adolescente consuma regolarmente i contorni di verdura?

- Sì, sia a pranzo che a cena Sì, a pranzo o a cena Poche volte alla settimana Quasi mai Mai

12. A metà mattina e/o a metà pomeriggio, con quale frequenza settimanale vengono consumati i seguenti alimenti per la merenda/spuntino:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Yogurt | <input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> da 1 a 5 volte <input type="checkbox"/> da 6 a 10 volte <input type="checkbox"/> 11 o più volte |
| <input type="checkbox"/> Latte | <input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> da 1 a 5 volte <input type="checkbox"/> da 6 a 10 volte <input type="checkbox"/> 11 o più volte |
| <input type="checkbox"/> Succhi di frutta | <input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> da 1 a 5 volte <input type="checkbox"/> da 6 a 10 volte <input type="checkbox"/> 11 o più volte |
| <input type="checkbox"/> Frutta di stagione | <input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> da 1 a 5 volte <input type="checkbox"/> da 6 a 10 volte <input type="checkbox"/> 11 o più volte |
| <input type="checkbox"/> Pane e marmellata | <input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> da 1 a 5 volte <input type="checkbox"/> da 6 a 10 volte <input type="checkbox"/> 11 o più volte |
| <input type="checkbox"/> Biscotti confezionati | <input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> da 1 a 5 volte <input type="checkbox"/> da 6 a 10 volte <input type="checkbox"/> 11 o più volte |
| <input type="checkbox"/> Biscotti freschi preparati in casa | <input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> da 1 a 5 volte <input type="checkbox"/> da 6 a 10 volte <input type="checkbox"/> 11 o più volte |
| <input type="checkbox"/> Dolci-snack dolci confezionati | <input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> da 1 a 5 volte <input type="checkbox"/> da 6 a 10 volte <input type="checkbox"/> 11 o più volte |
| <input type="checkbox"/> Dolci-snack dolci preparati in casa | <input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> da 1 a 5 volte <input type="checkbox"/> da 6 a 10 volte <input type="checkbox"/> 11 o più volte |
| <input type="checkbox"/> Snack salati, pizza, focaccia, piadine confezionati | <input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> da 1 a 5 volte <input type="checkbox"/> da 6 a 10 volte <input type="checkbox"/> 11 o più volte |
| <input type="checkbox"/> Snack salati, pizza, focaccia, piadine preparati in casa | <input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> da 1 a 5 volte <input type="checkbox"/> da 6 a 10 volte <input type="checkbox"/> 11 o più volte |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ | <input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> da 1 a 5 volte <input type="checkbox"/> da 6 a 10 volte <input type="checkbox"/> 11 o più volte |

3

13. Con quale frequenza sono consumate le seguenti bevande?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Succhi di frutta | <input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> poche volte al mese <input type="checkbox"/> 1-2 volte alla settimana <input type="checkbox"/> 3-6 volte alla settimana <input type="checkbox"/> 1 volta al giorno <input type="checkbox"/> più volte al giorno |
| <input type="checkbox"/> Bevande gassate | <input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> poche volte al mese <input type="checkbox"/> 1-2 volte alla settimana <input type="checkbox"/> 3-6 volte alla settimana <input type="checkbox"/> 1 volta al giorno <input type="checkbox"/> più volte al giorno |
| <input type="checkbox"/> Bevande al the | <input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> poche volte al mese <input type="checkbox"/> 1-2 volte alla settimana <input type="checkbox"/> 3-6 volte alla settimana <input type="checkbox"/> 1 volta al giorno <input type="checkbox"/> più volte al giorno |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare) | <input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> poche volte al mese <input type="checkbox"/> 1-2 volte alla settimana <input type="checkbox"/> 3-6 volte alla settimana <input type="checkbox"/> 1 volta al giorno <input type="checkbox"/> più volte al giorno |

14. Come principalmente viene spesa la quota mensile di gratuità per i prodotti senza glutine?

- Pane e suoi sostituti Pasta Biscotti e snack dolci Farine Piatti pronti
 Altro (specificare) _____

15. Il/la bambino/a-adolescente frequenta la refezione scolastica?

- Sì No

15.1. Se sì, quante volte alla settimana?

- Tutti i giorni di scuola Ogni volta che ha rientri (indicare il numero di rientri _____)
 Occasionalmente Altro (specificare) _____

16. Con che frequenza sono consumati pasti fuori casa (ristoranti, pizzerie, tavola calda, bar...)?

Una volta alla settimana Più volte durante la settimana Occasionalmente Altro (specificare)_____

17. Se il ragazzo ha più di 14 anni, frequenta luoghi di ritrovo come bar, pub in cui consumare snack e fuori pasto?

Sì, 1 volta alla settimana Sì, più volte durante la settimana Sì, occasionalmente No, mai

17.1. Se sì, quali alimenti (bevande e snack) preferibilmente vengono consumati? _____

18. Indicare le maggiori problematiche legate alla qualità dei prodotti senza glutine (è possibile indicare più di una risposta):

Aspetto Gusto Colore Aroma Consistenza Valore nutrizionale Altro(specificare)_____

19. Dove, per lo più, acquisti i prodotti senza glutine dietetici?

Farmacia Esercizi convenzionati Grande distribuzione organizzata (supermercati, ipermercati,...)
 On line Altro (specificare)_____

20. Vengono controllate le indicazioni degli ingredienti e dei valori nutrizionali presenti in etichetta prima di acquistare un prodotto senza glutine confezionato?

Sì, sempre Sì, a volte No

20.1. In caso di risposta affermativa, chi in famiglia pone attenzione alle etichette dei prodotti?

Madre Padre Ragazzo/a Genitori e figlio/a Altro _____

21. Ritiene importante specificare in etichetta i valori nutrizionali per porzione nei prodotti senza glutine confezionati?

Sì No Non so

22. Vorresti avere a disposizione una maggiore offerta di prodotti biologici senza glutine?

Molto d'accordo Abbastanza d'accordo D'accordo Poco d'accordo Per niente d'accordo Indifferente

Questionario compilato da: Madre Padre Autocompilato dal ragazzo

Data di compilazione:_____