

## **ALLEGATO 1**

### **Questionario di valutazione dell'aderenza alla dieta priva di glutine:**

**(versione modificata del questionario "Assessment of dietary compliance in celiac children using a standardized dietary interview" Wessels et al. - DOI: 10.1016/j.clnu.2017.04.010)**

Tra parentesi i punti assegnati ad ogni risposta che determineranno i seguenti punteggi:

0-2: dieta senza glutine rigorosa

3-20: dieta senza glutine con errori significativi

21-84: dieta senza glutine non seguita

1. Segui una dieta senza glutine? Sì(0)/No(84)

Se no, perché? (seleziona le risposte più appropriate)

- Perché non ho disturbi legati all'assunzione di glutine
- Perché è troppo complicato
- Perché è troppo costoso
- Altro:.....

**Il questionario termina qui se la tua risposta è stata "No".**

2. Assumi glutine accidentalmente? Sì/No.

Se sì: (seleziona la risposta più appropriata)

- Tutti i giorni (2)
- Una volta a settimana (1)
- Una volta al mese (0)
- Una volta all'anno (0)

3. Assumi glutine volontariamente? Sì/No

Se sì, si tratta di: (seleziona la risposta più appropriata)

- Pane/cereali: ogni giorno (5), una volta a settimana (4), una volta al mese (2), una volta all'anno (0)
- Pasta: ogni giorno (5), una volta a settimana (4), una volta al mese (2), una volta all'anno (0)

- Pizza: ogni giorno (5), una volta a settimana (4), una volta al mese (2), una volta all'anno (0)
- Pasticceria: ogni giorno (5), una volta a settimana (4), una volta al mese (2), una volta all'anno (0)
- Frittura: ogni giorno (3), una volta a settimana (2), una volta al mese (1), una volta all'anno (0)
- Barrette dolci, caramelle, patatine, noci: ogni giorno (2), una volta a settimana (1), una volta al mese (0), una volta all'anno (0)
- Altro:.....: ogni giorno (3), una volta a settimana (2), una volta al mese (1), una volta all'anno (0)

Se sì, assumo volontariamente glutine: (seleziona le risposte più appropriate)

- A casa
- A casa di altri familiari
- Durante le serate con gli amici
- In occasioni speciali (compleanno, feste...)
- Quando mangio fuori
- A lavoro
- Quando faccio sport
- Quando sono in vacanza

4. Se c'è una piatto speciale la mangio anche se potrebbe contenere glutine. Sì(2)/No(0).

5. Quando mangio fuori casa mi accerto di informare accuratamente chi si occuperà del cibo. Sì/No.

Se no, non lo faccio: (seleziona le risposte più appropriate)

- Quando sono in vacanza (3)
- Quando sono in viaggio per lavoro (3)
- Quando trascorro la notte fuori (2)
- Quando sono ad una festa (1)

6. A casa sono l'unico a seguire una dieta priva di glutine. Sì/No.

Se no, chi altro?

- Moglie/marito
- Fratello/sorella
- Padre
- Madre

7. A casa, oltre ai prodotti privi di glutine, sono presenti anche alimenti contenenti glutine. Sì/No.

Se sì:

- I prodotti contenenti glutine sono conservati separatamente dai prodotti senza glutine. Sì(0)/No(2).
- Altre persone, che non seguono una dieta senza glutine, usano burro e altri condimenti spalmabili non contenenti glutine. Sì/No.
  - o Se sì, vengono usate posate pulite? Sì(0)/No(2).
- Se vengono usate farine contenenti glutine e non, quella priva di glutine viene usata per prima. Sì(0)/No(2).

8. Il cibo senza glutine viene sempre preparato usando mani, piano di lavoro e strumenti puliti. Sì(0)/No(2).

9. Se necessario, il cibo senza glutine viene preparato usando tostapane, friggitrice e teglie personali. Sì(0)/No(2).

10. Consumo pane senza glutine. Sì/No.

Se sì, si tratta di pane:

- Cotto in casa, usando farina con marchio “gluten free”. Sì/No.
- Preconfezionato. Sì(0)/No(5).
- Comprato in un forno locale che produce pane artigianale. Sì(2)/No(0).

Se no, perché:

- Non mangio pane. Sì/No.
- Mangio pane contenente glutine. Sì(5)/No(0).

11. Consumo soltanto pasta con il marchio “gluten free”. Sì(0)/No(3).

12. Consumo prodotti di pasticceria e cereali esclusivamente con il marchio “gluten free”. Sì(0)/No(3).

13. Consumo farine naturalmente prive di glutine (come mais, riso, grano saraceno, avena, quinoa, teff). Sì/No.

Se sì, soltanto con il marchio “gluten free”. Sì(0)/No(3).

14. Consumo alimenti contenenti amido di grano. Sì/No.

Se sì: (selezionare la risposta più appropriata)

- Ogni giorno (2)
- Una volta a settimana (1)
- Una volta al mese (0)
- Una volta all'anno (0)

15. Consumo alimenti contenenti amido di grano senza glutine. Sì/No.

16. Consumo alimenti che presentano la dicitura “può contenere tracce di glutine”. Sì/No.

Se sì: (selezionare la risposta più appropriata)

- Ogni giorno (2)
- Una volta a settimana (1)
- Una volta al mese (0)
- Una volta all’anno (0)

17. Consumo cibi che presentano la dicitura “prodotto in uno stabilimento in cui vengono lavorati anche glutine e grano”. Sì/No.

Se sì: (selezionare la risposta più appropriata)

- Ogni giorno (2)
- Una volta a settimana (1)
- Una volta al mese (0)
- Una volta all’anno (0)

18. Bevo birra contenente glutine. Sì/No.

Se sì: (selezionare la risposta più appropriata)

- Ogni giorno (2)
- Una volta a settimana (1)
- Una volta al mese (0)
- Una volta all’anno (0)

19. Quando ho bisogno di assumere un farmaco mi assicuro che non contenga glutine. Sì(0)/No(1).

20. Se non ho la certezza che un certo alimento sia privo di glutine:

- Controllo l’eventuale presenza del marchio “gluten free”. Sì/No.
- Leggo l’elenco degli ingredienti. Sì/No.
- Faccio un controllo incrociato con la lista dei prodotti senza glutine presenti nel Prontuario AIC. Sì/No.
- Chiedo al produttore. Sì/No.
- Lo mangio e osservo la comparsa di eventuali malesseri. Sì/No.

21. Quando assumo alimenti contenenti glutine avverto dei malesseri. Sì/No.

Se sì: (selezionare le risposte più appropriate)

- Dolore addominale. Sì/No.

- Diarrea. Sì/No.
- Vomito. Sì/No.
- Spossatezza. Sì/No.
- Perdita di appetito. Sì/No.
- Altro:.....

22. Credo di avere una conoscenza adeguata della dieta senza glutine. Sì/No.

23. Mi preoccupo che la mia dieta sia sufficientemente ricca di nutrienti (come proteine, grassi e vitamine). Sì/No.

24. Ritengo importante confrontarmi con un dietista con cadenza regolare. Sì/No.

Se sì: (selezionare la risposta più appropriata)

- Una volta all'anno
- Una volta ogni 2 anni
- Una volta ogni 5 anni
- Altro:.....
- Mi piacerebbe discutere di:.....

25. Ritengo importante confrontarmi con un medico con cadenza regolare. Sì/No.

Se sì, quando: (selezionare la risposta più appropriata)

- Una volta all'anno
- Una volta ogni 2 anni
- Una volta ogni 5 anni
- Altro:.....
- Mi piacerebbe discutere di:.....

26. Seguo anche un altro tipo di dieta oltre a quella priva di glutine. Sì/No.

Se sì, quale: (selezionare la risposta più appropriata)

- Priva di lattosio
- Priva di latte di mucca
- Altro:.....