



Guida alla compilazione

Il Questionario è rivolto alle persone con diabete e ad i genitori di bambini/ragazzi affetti da diabete (in questo caso le domande generali, sesso, età, ecc. riguardano il bambino/ragazzo con diabete). Ciascun paziente/genitore di paziente può compilare **un solo questionario**.

L'ultimo blocco di domande (dalla domanda 51 alla domanda 57) riguarda esclusivamente i bambini/ragazzi con diabete, chi è adulto con diabete può saltare il blocco di domande e passare alle osservazioni conclusive.

I dati riportati riguardano il periodo che va **da gennaio 2016 a dicembre 2016** dove la domanda specifica la dicitura **"nell'ultimo anno"**.

Gli altri dati si intendono riferiti alla **data di compilazione**.

Sono presenti domande dipendenti dalla risposta precedente (come ad es. le domande che iniziano con "Se sì,..."): in questi casi rispondere solo se la risposta è dovuta, altrimenti lasciare in bianco.

Alcune domande richiedono una risposta numerica (i numeri vanno inseriti in cifre, interi, senza simboli o punteggiatura), per altre è previsto lo spazio per inserire del testo.

Per le domande contrassegnate con **(risposta multipla)** è possibile indicare più di un'alternativa di risposta. Laddove non presente la dicitura, è possibile scegliere una sola alternativa di risposta.

I dati forniti saranno trattati in maniera anonima, nel pieno rispetto della normativa sulla privacy e in nessun modo sarà possibile risalire alla identità del compilante.

In caso di difficoltà nell'interpretazione di una domanda, o per dubbi o necessità di chiarimenti tecnico-metodologici, contattare Maria Teresa Bressi.

email: mt.bressi@cittadinanzattiva.it

telefono: 320/0844471 – 06/36718313

**DATA DI COMPILAZIONE** _____

DOMANDE GENERALI

- ☐ maschio
- ☐ femmina

2. Età del paziente:

- ☐ meno di 5
- ☐ da 5 a 9
- ☐ da 15 a 19
- ☐ da 20 a 24
- ☐ da 25 a 29
- ☐ da 30 a 34
- ☐ da 35 a 39
- ☐ da 40 a 44
- ☐ da 45 a 49
- ☐ da 50 a 54
- ☐ da 55 a 59
- ☐ da 60 a 64
- ☐ da 65 a 69
- ☐ da 70 a 74
- ☐ da 75 a 79
- ☐ da 80 a 84
- ☐ da 85 e più

3. Regione di residenza

Abruzzo
Basilicata
Calabria
Campania
Emilia-Romagna
Friuli-Venezia Giulia
Lazio
Liguria
Lombardia
Marche
Molise
Piemonte
Puglia
Sardegna



Sicilia
Toscana
Trentino-Alto Adige
Umbria
Valle d'Aosta
Veneto

4. Titolo di studio

- ☐ Nessun titolo di studio
- ☐ Licenza elementare
- ☐ Licenza di scuola media inferiore
- ☐ Licenza di scuola media superiore
- ☐ Laurea (anche breve)
- ☐ Specializzazione post laurea
- ☐ Master di I e II livello

5. Occupazione

- ☐ Lavoratore dipendente o assimilabile
- ☐ Lavoratore autonomo/libero professionista
- ☐ Disoccupato
- ☐ Inoccupato
- ☐ Pensionato
- ☐ Casalinga
- ☐ Studente

6. È iscritto/a ad un'Associazione di pazienti:

- ☐ sì
- ☐ no

7. se sì indicare il nome:

- ☐ AID Associazione Italiana Diabetici
- ☐ AGDITALIA Coordinamento tra Associazioni di aiuto a Bambini e Giovani con Diabete
- ☐ ANIAD Associazione Nazionale Italiana Atleti Diabetici
- ☐ Diabete Forum Onlus
- ☐ FAND Associazione Nazionale Diabetici
- ☐ FDG Federazione Diabete Giovanile

Altro specificare _____

8. Da che tipo di diabete è affetto?

- ☐ diabete di tipo 1
- ☐ diabete di tipo 2
- ☐ diabete gestazionale

Altro specificare _____

9. A quale età ha ricevuto la diagnosi?

Risposta aperta _____



SERVIZI

10. Per tutte le questioni inerenti alla gestione del diabete quale è la figura o le figure alla quale fa riferimento:

(risposta multipla):

- ☐ il Medico di Medicina Generale (medico di famiglia)
- ☐ il Pediatra di Libera Scelta (pediatra di famiglia)
- ☐ il diabetologo
- ☐ il diabetologo pediatrico
- ☐ l'infermiere

Altro specificare _____

11. Quante volte ha incontrato mediamente nell'ultimo anno il suo Medico di Medicina Generale o Pediatra per la gestione del diabete:

- ☐ una volta
- ☐ due volte
- ☐ tre volte
- ☐ da tre a cinque volte
- ☐ oltre cinque volte
- ☐ non ricordo
- ☐ non mi rivolgo al medico o pediatra di famiglia per la cura del diabete

12. Quante volte ha incontrato mediamente nell'ultimo anno il suo diabetologo:

- ☐ una volta
- ☐ due volte
- ☐ tre volte
- ☐ da tre a cinque volte
- ☐ oltre cinque volte
- ☐ non ricordo
- ☐ non sono in cura da un diabetologo

13. Quante volte ha incontrato mediamente nell'ultimo anno l'infermiere dedicato alla gestione del diabete:

- ☐ una volta
- ☐ due volte
- ☐ tre volte
- ☐ da tre a cinque volte
- ☐ oltre cinque volte
- ☐ non ricordo
- ☐ non ho un infermiere di riferimento per il diabete

14. Quali altri specialisti ha consultato nell'ultimo anno per la gestione delle complicanze legate al diabete:



(risposta multipla):

- ☐ diabetologo/endocrinologo
- ☐ diabetologo/endocrinologo pediatrico
- ☐ infermiere
- ☐ infermiere specializzato
- ☐ cardiologo
- ☐ podologo
- ☐ dietista
- ☐ oculista
- ☐ medico di medicina generale
- ☐ pediatra di libera scelta
- ☐ nefrologo
- ☐ psicologo
- ☐ paziente guida
- ☐ farmacista
- Altro specificare _____

15. Esiste una forma di integrazione/raccordo fra lo specialista ed il Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera scelta?

- ☐ sì comunicano tra di loro attraverso una procedura formalizzata
- ☐ sì comunicano tra loro a seconda delle necessità
- ☐ no sono io che faccio da tramite
- ☐ non so

16. Ha effettuato nell'ultimo anno una o più visite in un centro o ambulatorio diabetologico:

(risposta multipla):

- ☐ sì in un centro ospedaliero dedicato solo al diabete
- ☐ sì in un reparto ospedaliero che si occupa anche di diabete
- ☐ sì in un ambulatorio ASL
- ☐ no in nessuno dei tre

17. Se sì, indicare la frequenza:

- ☐ una volta
- ☐ due volte
- ☐ tre volte
- ☐ da tre a cinque volte
- ☐ oltre cinque volte

18. Quali sono le figure presenti nel servizio/ambulatorio diabetologico in cui è in cura?

(risposta multipla):

- ☐ diabetologo/endocrinologo
- ☐ diabetologo/endocrinologo pediatrico
- ☐ infermiere
- ☐ infermiere specializzato
- ☐ cardiologo



- ☐ podologo
- ☐ dietista
- ☐ oculista
- ☐ medico di medicina generale
- ☐ pediatra di libera scelta
- ☐ nefrologo
- ☐ psicologo
- ☐ paziente guida
- ☐ farmacista
- Altro specificare _____

19. Per quanto tempo mediamente è aperto il servizio/ambulatorio diabetologico?

Numero di giorni a settimana _____

Numero di ore a settimana _____

20. È aperto:

- ☐ anche di sabato
- ☐ anche di domenica
- ☐ oltre le 17.00

21. Quanto dista il servizio/ambulatorio diabetologico dal suo luogo di residenza o dal luogo di lavoro?

Risposta aperta _____

22. Quali sono gli aspetti che hanno influenzato la scelta del suo servizio/ambulatorio diabetologico?

(risposta multipla):

- ☐ vado in quello che mi è stato indicato dal mio medico
- ☐ vicinanza al domicilio
- ☐ vicinanza al lavoro
- ☐ presenza di un team multidisciplinare

Altro specificare _____

23. Le è stato comunicato di essere stato inserito in un PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale)?

- ☐ sì
- ☐ no
- ☐ non so

Se sì quali cambiamenti ha riscontrato _____

24. Nell'ultimo anno è stato ricoverato a causa delle complicanze sul diabete?

- ☐ sì
- ☐ no

25. Se è stato ricoverato, quanti giorni è durato il ricovero?

Indicare il numero di giorni _____

26. Durante il ricovero in Ospedale è stata richiesta la consulenza di un diabetologo o di un altro membro del team diabetologico (infermiere, dietista, ecc.)?



- www.cittadinanzattiva.it



Visita di controllo nefrologica

☐ li ho prenotati io tramite cup regionale

☐ li ho prenotati io tramite cup dell'azienda ospedaliera/ambulatorio asl

☐ sono stati prenotati direttamente dal centro/ambulatorio in cui sono in cura

Altro specificare _____

- ☐ non ho avuto complicanze
- ☐ ipoglicemia
- ☐ iperglicemia
- ☐ problemi agli occhi (cataratta, glaucoma, ecc.)
- ☐ problemi renali
- ☐ neuropatia
- ☐ chetoacidosi
- Altro specificare

☐ gli appuntamenti mi vengono prenotati direttamente

☐ mi viene fornito un calendario specifico degli esami/visite da eseguire

☐ me lo ricorda il medico di medicina generale/pediatra di libera scelta

☐ ci penso da solo

☐ non so

Altro specificare _____

☐ sì

☐ no

Se sì, quali

- ☐ insulina
- ☐ farmaco orale (metformina, ecc.)
- ☐ striscette per il controllo della glicemia
- ☐ microinfusore di insulina
- ☐ microinfusore più sensore di glicemia
- ☐ sensori di glicemia
- ☐ farmaco iniettabile
- ☐ farmaco con piano terapeutico

Altro specificare

Cittadinanzattiva Onlus - Via Cereate 6 - 00183 Roma - Tel: (+39) 06.36.71.81 Fax: (+39) 06.36.71.83.33
Representative office to the EU - Rue Philippe Le Bon, 46 - 1000 Brussels - Belgium - Mob. +39 3408465097
www.cittadinanzattiva.it





- Se sì quali difficoltà ha incontrato

Se sì, indicare a quanto ammonta il ticket

Se sì, indicare a quanto ammonta la differenza di prezzo a confezione

Indicare l'importo in Euro/anno

Altro specificare _____

☐ sì

☐ no

IL BAMBINO CON DIABETE

Altro specificare _____

Cittadinanzattiva Onlus - Via Cereale 6 - 00183 Roma - Tel: (+39) 06.36.71.81 Fax: (+39) 06.36.71.83.33
Representative office to the EU - Rue Philippe Le Bon, 46 - 1000 Brussels - Belgium - Mob. +39 3408465097
www.cittadinanzattiva.it

☐ no

52. Suo figlio ha mai partecipato ad interventi rivolti alla promozione dell'attività fisica del bambino come momento di prevenzione?

☐ no

53. Suo figlio ha mai partecipato ad eventi dedicati all'educazione del bambino/ragazzo nella gestione della malattia (per esempio campi educativi)?

☐ no

54. La sua famiglia ha usufruito di una forma di sostegno psicologico?

☐ no

55. Come avviene la somministrazione dei farmaci e la misurazione della glicemia per la cura del diabete in ambito scolastico?

56. Il personale scolastico è stato formato per la misurazione della glicemia e la somministrazione dei farmaci?

☐ no
