

LE CONDOTTE DI RIFERIMENTO. MODELLO E STRUMENTO PER LA VALUTAZIONE DI INTERVENTI EDUCATIVI

M. TRENTO, P. PASSERA, M. TOMALINO, M. BAJARDI

Dipartimento di Medicina Interna, Università di Torino, Torino

riassunto La programmazione di un intervento educativo richiede l'ideazione e la costruzione di adeguati strumenti di valutazione in grado di accertare le capacità, abilità e performance dei soggetti studiati. Nel presente lavoro sono espone le modalità con le quali è stato validato uno di tali strumenti. In particolare sono riportati i risultati ottenuti con un questionario denominato "Condotte di Riferimento - 1^a versione" (CdR1) e le sue successive variazioni che hanno permesso di realizzare un secondo questionario migliorato chiamato "Condotte di Riferimento - 2^a versione" (CdR2). La 1^a versione (CdR1) è stata somministrata a 56 pazienti tipo 2 suddivisi in gruppi di educazione terapeutica mentre 56 controlli hanno continuato le visite tradizionali. Si voleva verificare se favorendo l'acquisizione di nuove condotte di salute potesse migliorare il controllo metabolico, le conoscenze sul diabete e la qualità di vita del paziente diabetico. La versione CdR2 modificata rispetto alla prima è stata somministrata a un altro gruppo di 115 pazienti tipo 2. Nel passaggio dal CdR1 a CdR2 è stata mantenuta l'omogeneità del test (Coefficiente Alpha di Cronbach CdR1 = 0,71; CdR2 = 0,86). Pur passando da 16 a 21 item, la compilazione risultava più rapida (da 20'-30' a 15'-20') e il numero delle "non risposte" al CdR2 è sceso da 3,3 ± 3,9 alla totale assenza, dimostrando la migliorata comprensione del questionario. Parole chiave. Diabete mellito, educazione terapeutica, condotte di salute, valutazione, strumenti.

summary *Health conducts: a model and a tool to evaluate education outcomes. When planning therapeutic education programmes, it is necessary to build appropriate tools to assess the skills and performance of the subject under investigation. This paper reports on the development of a questionnaire designed to measure health behaviours and defined "Condotte di Riferimento" (CdR). Its first version (CdR1) was administered to 56 patients with type 2 diabetes undergoing a programme of group therapeutic education and 56 matched controls and was able to show improvements in health behaviours that correlated with those of other indicators of metabolic control, knowledge of diabetes and quality of life. CdR2 was developed to correct some problems of CdR1. It was administered to another 115 patients with type 2 diabetes and found to maintain satisfactory homogeneity (Cronbach's Alpha, CdR1 = 0.71; CdR2 = 0.86). Although the total number of items was increased from 16 to 21 the time needed to complete the questionnaire decreased from 20'-30' to 15'-20' and the number of questions unanswered decreased from 3.3 ± 3.9 to 0.* Key words. Diabetes mellitus, therapeutic education, health behaviours, evaluation, tools.

Introduzione

La messa a punto di un intervento educativo richiede di assumere criticamente, o di costruire ex novo, gli strumenti per accertare le capacità, le abilità, le performance dei soggetti studiati (1, 2). Si tratta di riuscire a stabilire criteri e modalità in grado di analizzare e rappresentare le condotte (3) dei soggetti medesimi, relativamente al processo di apprendimento considerato, senza alterarne il significato originale. Per con-

dotta si intende la capacità del soggetto di agire in modo consapevole in una situazione, individuare il problema e trovare la propria soluzione, relativamente al contesto in cui si trova a operare. La programmazione di un intervento educativo necessita di quadri di riferimento (4) concettuali e operativi ampi e flessibili, capaci di prendere in considerazione il soggetto nella sua globalità composta da aspetti cogniti-

vi, affettivi e sociali (4, 5). Nell'ambito dell'educazione sanitaria con la persona diabetica vi è ancora la convinzione, più o meno dichiarata, che basti far conoscere ai pazienti gli effetti negativi del loro comportamento sulla salute, a breve o a lungo termine, per indurli a modificarlo (6). Questi tipi di interventi si basano su una teoria ingenua del funzionamento della psiche (6) del soggetto. A questo punto è necessario ricordare che per un fenomeno di "consonanza cognitiva", le persone tendono a ignorare le informazioni e le conoscenze che sono contrastanti con le loro azioni quando si rendono conto che è per loro emotivamente e socialmente difficile cambiare queste ultime (7). In realtà promuovere il cambiamento (8) di una condotta (9, 10) implica una modificazione profonda. Per la maggior parte delle persone modificare le proprie condotte o stile di vita non è facile: significa aggiustare il proprio *quadro di riferimento* (4, 5) in relazione a obiettivi di vita, rapporto con il cibo, tradizioni, norme e credenze sulla salute assai radicate. Cruciale in tale modificazione è il significato che la persona attribuisce alle proprie condotte e azioni (11, 12). Attribuire un significato a qualcosa e modificarlo implica da parte del soggetto la messa in gioco di processi: cognitivi, affettivi e sociali. Cognitivi, perché cambia il modo di considerare la condotta, la conoscenza relativa alla condotta e al suo uso; affettivi, perché si devono mutare abitudini consolidate e antiche; sociali, perché la trasformazione, il cambiamento non avviene in solitudine, ma in un contesto sociale.

Negli ultimi anni le posizioni e orientamenti appena delineati sono entrati nella programmazione di alcuni interventi educativi nei confronti della persona diabetica (13). Nel tempo, infatti si è delineata l'esigenza di individuare processi educativi, integrati al processo terapeutico (14), capaci di sensibilizzare l'individuo sulla sua condizione così da permettergli di comprendere la malattia (15, 16), conoscerla e agire sulle diverse situazioni, individuare i problemi e trovare le proprie soluzioni, relativamente al contesto in cui vive e opera; si è altresì cercato di trovare soluzioni diverse per valutare tali cambiamenti. Sulla base di queste conoscenze e orientamenti in questi anni è stato condotto uno studio, clinico, randomizzato e controllato di educazione terapeutica per gruppi con pazienti diabetici non insulino dipendenti e non insulino trattati (17) presso il nostro Ambulatorio per verificare se interventi educativi strutturati e programmati svolti su piccoli gruppi (18) di 10 soggetti (casi) potessero favorire l'abbandono di condotte antiche ed errate e promuovere l'acquisizione di nuove condotte più adeguate e corrette rispetto alle preceden-

ti, e se ciò potesse migliorare i livelli di salute dei soggetti stessi.

I risultati ottenuti dimostrano sia l'efficacia dell'intervento che la capacità di misurare il miglioramento delle condotte di salute mediante un questionario appositamente costruito denominato "Condotte di riferimento - 1ª versione" (CdR1) (17). In questo lavoro, si descrive l'ulteriore evoluzione del questionario in una versione modificata per essere meglio compresa e compilata dai pazienti.

Materiale e metodi

Il questionario CdR - 1ª versione (CdR1)

Dopo aver ottenuto il consenso informato da 112 pazienti non insulino dipendenti e non insulino trattati 56 sono stati suddivisi in 6 gruppi di educazione terapeutica della durata di 1 ora mentre un gruppo di controllo di 56 soggetti ha continuato le visite convenzionali con il tradizionale rapporto medico/paziente e con interventi educativi individuali. I soggetti di entrambi i gruppi sono stati visti ogni 3 mesi. È stato utilizzato un approccio di tipo sistemico che ha previsto la messa a punto della diagnosi educativa, la creazione di un programma dettagliato, materiale didattico per condurre le sessioni di gruppo e diverse tipologie di valutazione: biomedica, cognitiva e psicosociale. Volevamo verificare se visite effettuate con il tradizionale rapporto medico-paziente potessero essere sostituite da interventi strutturati di educazione terapeutica per gruppi, con l'intento di prolungare il tempo dedicato ai pazienti e sviluppare dinamiche di gruppo favorevoli l'acquisizione di nuove condotte di salute. L'apprendimento di queste ultime si poteva verificare con la traduzione in un miglioramento obiettivamente misurabile dei loro: controllo metabolico, comportamenti igienico-alimentari, acquisizione di nuove condotte e miglioramento dello stato di benessere psicofisico. Obiettivo dell'intervento educativo era quello di fornire ai pazienti gli strumenti per migliorare le abitudini alimentari e l'autogestione della propria malattia, così da essere in grado di affrontare la realtà quotidiana senza che il diabete fosse causa di preclusioni ingiustificate. Il contenuto educativo era stato suddiviso in quattro incontri e concerneva la: sana e corretta alimentazione, l'ipoglicemia, come riconoscerla e come reagire, la terapia ipoglicemizzante e come assumere i farmaci, la cura di sé e la prevenzione delle complicanze.

All'inizio, dopo 1 anno e alla fine dello studio, sono state esaminate: HbA_{1c}, peso, glicemia a digiuno, le conoscenze specifiche (questionario GISED) (19), la

qualità di vita (questionario DQOL/Mod) (20, 21), le condotte nei confronti della malattia, (questionario Condotte di Riferimento, 1^a versione - CdR1).

I questionari GISED (19) e Qualità di Vita (DQOL/Mod) (20, 21) erano già stati validati e utilizzati nel corso di altri studi; in ogni caso ne venne calcolata la coerenza interna (omogeneità) applicando il Coefficiente Alpha di Cronbach (22), cioè il grado di accordo delle risposte alle domande relative a una stessa dimensione, che diede esito positivo. Il coefficiente alpha può variare da zero (assenza di omogeneità di un questionario) a 1 (punteggio massimo possibile)

Il questionario CdR1 era stato costruito appositamente per questo studio. In questo caso l'équipe non era interessata al soggetto come a colui che "sapeva fare" delle cose o a colui che "sapeva essere". Si voleva piuttosto, essere in grado di capire e verificare se il soggetto aveva compreso ciò che gli stava accadendo e se le sue condotte, psichiche e conoscitive, fossero pertinenti alla situazione che stava vivendo. Volevamo verificare se la persona diabetica fosse in grado di mantenere condotte di salute adeguate anche quando non si trovava in condizioni ottimali per il suo stato: in ambulatorio, in presenza del medico o altro operatore sanitario.

Il questionario era composto da 16 domande chiuse con risposta ad alternativa fissa o chiusa (questionario CdR1). Ogni domanda si riferiva a un tema concreto e specifico e aveva risposte puntuali che l'intervistato poteva scegliere. Questa modalità strutturale era stata scelta in quanto permetteva di confrontare i soggetti tra loro, le risposte erano più facilmente codificabili, l'intervistato non sicuro del significato della domanda poteva farsi aiutare dalle modalità di risposta (23) previste. Si era evitato l'uso di una terminologia tecnico-scientifica a favore di un linguaggio chiaro e semplice. Oltre alla chiarezza dei termini si era cercato di applicare la regola della "parsimonia" di un questionario: le domande non erano lunghe e non avevano parole ripetute al loro interno. Le domande erano formulate considerando aspetti e situazioni della vita quotidiana della persona diabetica ed erano proposte in parte con la formula di "cosa farebbe se...". Inizialmente alcune domande avevano una o due risposte corrette. A ogni risposta corretta era stato assegnato il punteggio 1 mentre il valore 0 a ogni risposta errata. La prima versione del CdR era composta da domande che fornivano informazioni su "cosa una persona deve fare", (conoscenza delle regole) (1, 2, 6, 7-8, 10, 16), altre si differenziavano "per cosa realmente fa", (condotte) (3-5, 9, 11-15). Nel corso della prima somministrazione del questionario CdR1, avevamo avuto delle "non risposte" ad alcune

domande che non erano state considerate. Nel corso di successivi colloqui con i pazienti che non avevano fornito risposta si scoprì che quelle domande non erano poste in modo sufficientemente chiaro. Inoltre la doppia risposta aveva disorientato l'intervistato non rendendolo sicuro della possibile scelta.

Il questionario CdR - 2^a versione (CdR2)

Successivamente a questa prima fase dello studio si stabilì di modificare il programma educativo proposto ai pazienti. Gli iniziali quattro incontri furono diluiti in sette incontri suddivisi su due anni di attività ambulatoriale. Il contenuto delle diverse visite risultò comunque sovrapponibile. Il sistema di riferimento non cambiava ma il questionario CdR 1 fu modificato in alcune sezioni al fine di correggere i difetti e limiti riscontrati nella prima versione. Venne mantenuta la struttura con domande chiuse a risposta fissa, ma questa era unica. Mentre nella prima versione alcune aree tematiche erano rimaste scoperte, la seconda prendeva in considerazione più aree, così da avere un sistema di riferimento più ampio. Furono eliminate le risposte giuste multiple, così che nella nuova versione ogni item avesse quattro scelte ma una sola risposta giusta. Il questionario era tutto espresso alla terza persona. Nel corso della riformulazione del questionario si pensò di somministrare il medesimo anche a una popolazione non diabetica, al fine di verificare la sua capacità di discriminazione. A questo proposito si stabilì che la parola "diabete" non dovesse comparire. Non venne usata la terminologia "medico diabetologo" ma solo "medico", non si usò "pastiglie per il diabete" ma "medicina/e". Furono evitati termini che alla persona diabetica potessero ricordare in modo diretto il diabete (medico diabetologo, pastiglie per il diabete, complicanze del diabete, visita diabetologica) così da non influenzare e condizionare le sue risposte. La versione aggiornata del questionario Condotte di Riferimento - 2^a versione CdR2 (Appendice) è stata somministrata a un nuovo gruppo di 115 pazienti tipo 2 non insulino-trattati, suddivisi in casi e controlli per la successiva valutazione dell'intervento.

Risultati

Il questionario CdR1 fu somministrato a 56 pazienti che avrebbero iniziato visite per gruppi di terapia educativa e 56 controlli (tab. I) che avrebbero continuato le visite in modo individuale. All'inizio dello studio il questionario CdR1 correlava con: GISED ($r = 0,67$, $p < 0,001$), scolarità ($r = 0,42$, $p < 0,001$), BMI ($r = -0,27$, $p < 0,01$), età ($r = -0,20$, $p < 0,05$) mentre

TAB. I. Dati clinici dei pazienti inclusi nello studio con somministrazione del questionario CdR1

	Visite per gruppi casi	Visite tradizionali controlli	Significatività statistica
N.	56	56	
Sesso	M = 27; F = 29	M = 34; F = 22	n.s.
Età	62,0 (35-80)	61,0 (43-78)	n.s.
Scolarità ¹	A = 15, E = 31, M = 5, S = 3, U = 0	A = 2, E = 41, M = 11, S = 1, U = 2	² p < 0,01 ³ p < 0,005
Lavoro ⁴	C = 14, P = 24, I = 4, O = 7, A = 7	C = 10, P = 27, I = 2, O = 8, A = 9	n.s.
Qualità di vita (DQOL/Mod)	68,8 ± 18,5	67,7 ± 23,6	n.s.
Conoscenze sul diabete (GISED score)	14,8 (0-31)	20,4 (0-31)	p < 0,001
Condotte di riferimento (CdR1 score)	11,1 (4-21)	12,0 (0-19)	p < 0,05
Durata del diabete	9,4 (1-23)	9,8 (1-39)	n.s.
Frequenza in ambulatorio (anni)	4,8 (1-11)	4,8 (1-9)	n.s.
Familiarità per diabete	37	31	n.s.
Autocontrollo domiciliare	12	16	n.s.

¹A = Analfabeta, E = Elementari, M = Media inferiore, H = Media Superiore, U = Università; ²N vs P vs tutti.; ³N vs tutti.; ⁴C = Casalinga, P = Pensionato, I = Impiegato, O = operaio, A = altro.

il GISED correlava con la scolarità ($r = 0,55$, $p < 0,001$) e il BMI ($r = -0,23$, $p < 0,05$). In seguito all'intervento educativo, dopo il 1° anno di sperimentazione, erano aumentati, nei soggetti che avevano seguito le visite di educazione terapeutica per gruppi, ma non nei controlli, gli score (tab. II) nei questionari CdR ($p < 0,005$) e GISED ($p < 0,001$) e l'emoglobina glicata era migliorata nei casi rispetto ai controlli ($p < 0,05$). Le modificazioni delle CdR1 nei pazienti

seguiti per gruppi correlavano con l'entità del calo dell'HbA_{1c} ($r = -0,31$, $p < 0,005$). Dopo il primo anno di intervento nei pazienti seguiti per gruppi di educazione terapeutica, lo score finale delle CdR non correlava più con la scolarità, suggerendo che l'intervento fosse riuscito a supplire alla iniziale carenza della stessa. Il 27% dei pazienti era analfabeta e il 55% aveva solo studi elementari non sempre completi. Dopo 2 anni si osservarono ulteriori variazioni nelle risposte fornite dai pazienti seguiti per gruppi (tab. II). Il numero di risposte corrette infatti aumentava nella terza somministrazione del questionario.

Tuttavia vi erano numerose domande cui non veniva data alcuna risposta ($3,3 \pm 3,9$). Due domande (tab. III) continuavano a raccogliere il maggior numero di risposte errate sia nei pazienti seguiti per gruppi sia nei controlli. Le risposte proposte non erano infatti sufficientemente discriminanti per permettere al soggetto di orientarsi nella soluzione.

La somministrazione del CdR2 si dimostrò di più facile compilazione e comprensione, il tempo di somministrazione per il CdR2 variava tra i 15' e 20', il CdR1 richiedeva 20'/30'. Nell'analisi del questionario non vi erano "non risposte" e le risposte giuste e sbagliate erano distribuite (tab. IV) in modo uniforme. L'analisi del Coefficiente di Cronbach al basale sia per il CdR1 che per il CdR2 (0,71 e 0,86 rispettivamente) ha mostrato l'uniformità degli item, rilevando l'omogeneità del questionario.

Discussione

Nella messa a punto dell'intervento educativo si era delineata la necessità di individuare delle modalità di valutazione in grado di rilevare come le persone cambiavano le proprie condotte, acquisendone di nuove. Oltre ad aspetti relativi alle conoscenze e alla Qualità di Vita nell'elaborazione dell'intervento si

TAB. II. Score del CdR1 durante la sperimentazione controllata

	Basale	1° anno	2° anno
Casi	11,2 (4-21)	14,7 (6-21)	15,7 (9-21)
Controlli	12,0 (0-19)	12,2 (0-19)	11,3 (0-19)
Significatività statistica	p < 0,05	p < 0,005	p < 0,0001

TAB. III. Le domande più critiche del questionario CdR1

1.2) Se improvvisamente sente girare la testa, ha freddo, trema, suda e ha molta fame, cosa fa?

- a) si mette a letto o in poltrona, al caldo;
- b) beve un bicchiere di acqua e zucchero;
- c) pensa che non è niente; aspetta che passi da solo;
- d) misura la glicemia, se è bassa, beve un bicchiere di latte caldo.

1.10) Quando le unghie dei piedi sono lunghe cosa fa?

- a) le taglia per bene con le forbicine;
- b) le regolarizza con la limetta per unghie;
- c) mette il piede a bagno per rammollirle e poi le taglia con le tronchesine;
- d) le fa tagliare da un familiare o dal callista.

era creata la necessità di stabilire criteri (1, 2) in grado di rilevare le condotte conoscitive relative al processo di apprendimento considerato e verificare come queste si trasformassero in un nuovo stile di vita. La questione, in sostanza, era quella di costruire uno strumento in grado di verificare la pertinenza dell'intero processo educativo da noi costruito e riuscire a rendere comunicabile il cambiamento di stile di vita ipotizzato. Per evidenziare e rappresentare le capacità, abilità e performance del soggetto era necessario servirsi di dispositivi di analisi pluridimensionali, capaci di cogliere i diversi aspetti della persona; inoltre i criteri dovevano essere espliciti, controllati e controllabili. Da queste esigenze e posizioni prese forma il questionario "Condotte di Riferimento".

Le condotte possono essere intese come atteggiamento, ossia come una disposizione mentale di fronte a un determinato problema. Il termine condotta, infatti, non può essere usato come sinonimo di comportamento. Mentre quest'ultimo fa riferimento all'insieme delle azioni e reazioni abituali ma automatiche di un organismo all'ambiente, la condotta fa riferimento a un *atteggiamento interiore* da cui quelle azioni e reazioni discendono. Ad esempio, una paziente diabetica ci disse una volta di sottoporsi spontaneamente all'esame annuale del fondo dell'occhio, perché "La diabete mangia la vista". Quella signora, contestualmente al proprio sistema di riferimento, aveva acquisito le motivazioni e la condotta corretta per la prevenzione della cecità. Se, al contrario, il suo comportamento non fosse dettato da un convincimento interiore, ma solamente dall'imitazione di modelli esterni o dal seguire passivamente un'informazione, basterebbe un evento negativo

TAB. IV. Frequenza risposte corrette ed errate CdR2, comprensiva dei Casi e dei Controlli

Item	Totale	
	corretto	errato
1.	66	50
2.	60	56
3.	70	46
4.	47	69
5.	69	47
6.	67	49
7.	86	30
8.	78	38
9.	56	60
10.	20	96
11.	41	75
12.	71	45
13.	77	39
14.	54	62
15.	72	44
16.	54	62
17.	37	79
18.	42	74
19.	51	65
20.	59	57
21.	71	45

1 = corretto, 0 = errato

qualsiasi (consiglio del vicino, attesa eccessiva in ambulatorio, personale sanitario indisponente) per arrestare il processo positivo.

La 1ª versione del questionario CdR, pur avendo items omogenei, poteva indurre nella persona inter-

vistata esitazione e indecisione, quindi non permettere di ottenere la risposta più coerente. Le modifiche apportate volevano semplificare la somministrazione e la comprensione da parte della persona intervistata. L'analisi del coefficiente di Cronbach e la frequenza delle risposte giuste e sbagliate ottenute nella 2ª versione del questionario CdR2 suggeriscono che gli item hanno mantenuto una loro omogeneità e consistenza.

La successiva tappa di questo progetto prevede la somministrazione del questionario dopo 2 anni di intervento per verificarne l'efficacia e stabilire quanto il questionario sia in grado di rilevare il cambiamento avvenuto nelle singole persone.

Il questionario denominato Condotte di Riferimento si presenta come un modello e strumento di valutazione, in quanto la sua applicazione può essere ampliata ad altri settori dell'educazione sanitaria. Pur cambiando il Sistema di Riferimento, in questo caso la malattia e cosa la persona deve conoscere e acquisire affinché possa vivere bene e soddisfatto della propria condizione, è possibile riformulare nuove domande in grado di valutare lo stato di acquisizione di nuove e adeguate condotte di salute nelle persone affette da malattie di tipo cronico. Il questionario può supportare la valutazione di un intervento educativo e aiutare l'operatore a capire se realmente è avvenuto un cambiamento nella persona.

Bibliografia

- Piacenza M: Ricerca scientifica in educazione. Questioni di metodo. Giappichelli Editore, Torino, 1984, p. 193-195
- Piacenza M: Scienza Tecnologia Educazione. Il Segnalibro, Torino, 1986, p. 154-168
- Rieben L, Roth S, Schmid-Kitsikis: La crise de diagnostic. Revue Suisse de psychologie pure et appliquée **34**, 206-212, 1975
- Wertheimer M: Il pensiero produttivo. La Nuova Italia, Firenze, 1961, p. 240
- Musatti C: La teoria generale della misura e i concetti quantitativi in psicologia. Rivista di Psicologia **53**, 193-209, 1959
- Bonino S, Ciairano S, Gangarossa G: La conoscenza dei comportamenti e dei loro significati come base per l'efficacia degli interventi in Educazione Sanitaria. III Conferenza Europea sull'Efficacia. Atti, Torino, 1996, p. 245-256
- Festinger L: Teoria della dissonanza cognitiva. Franco Angeli, Milano, 1998
- Demetrio D, Fabbri D, Gherardi S: Apprendere nelle organizzazioni. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1994, p. 211-214
- Reuchlin M: Clinique et vérification. Bulletin de Psychologie **27**, 550-563, 1972-1973
- Reuchlin M: Apports de la Méthode différentielle à la Psychologie générale. Journal de Psychologie **4**, 237-295, 1981
- Perret-Clermont AN: Recherche en psychologie sociale expérimentale et activité éducative. Revue Française de Pédagogie **53**, 30-37, 1980
- Demetrio D: L'educazione nella vita adulta. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1995, p. 29-37
- Rosenqvist U, Theman J, Assal JPH: New developments in diabetes education: from classical to holistic approach. The teaching letter, DESG, 1995
- Lacroix A, Assal J PH: L'éducation thérapeutique des patients. Vigot, Paris, 1998, p. 87-140
- Rosenstock I, Strecher VJ, Becker M: Social Learning and the Health Belief Model. Health Education, Quart V **15**, (2), 175-183, 1988
- Ruzicki DA: Relationship of Participation Preference and Health Locus of Control. Health Education, Diabetes Care **7**, 4, 372-377, 1984
- Trento M, Passera P, Tomalino M, Bajardi M, Pomerio F, Allione A, Vaccari P, Molinatti GM, Porta M: Group visits improve metabolic control in type 2 diabetes. A two-year follow-up. Diabetes Care **24**, 995-1000, 2001
- Lewin K: Teoria dinamica della personalità. Giunti Barbera, Firenze, 1965
- Gruppo di Studio per l'Educazione sul Diabete, GISED: Questionario per la valutazione delle conoscenze, dei comportamenti e degli atteggiamenti dei diabetici. Il Diabete **5**, 54-56, 1993
- Mannucci E, Mezzani B, Conti A, Rotella C.M: Valutazione della Qualità della Vita nei pazienti adulti diabetici di tipo I. Il Diabete **6**, 223-228, 1994
- The DCCT Research Group: Reliability and validity of a diabetes quality-of-life measure for the Diabetes Control and Complications Trial (DCCT). Diabetes Care **11**, 725-732, 1988
- Cronbach LJ: I test psicologici. Giunti Barbera, Firenze, 1979
- Kennet D. Bailey: metodi della ricerca sociale. Il Mulino, Bologna, 1995

Corrispondenza a: Dott.ssa Marina Trento, Dipartimento di Medicina Interna, Università degli Studi di Torino, Corso A.M. Dogliotti 14, 10126 Torino

Pervenuto in Redazione il 15/9/2000 - Accettato per la pubblicazione il 30/10/2000

A questo lavoro è stato attribuito il 4° Premio Nazionale Roche Giornale Italiano di Diabetologia e Metabolismo "Diabete, obesità e patologie metaboliche: dalla ricerca alla clinica"

Appendice

Questionario per la valutazione delle condotte nei pazienti adulti di tipo 2. Non Insulino-Dipendente. CdR-2

1.1) Se le succede di avere nausea, vomito e diarrea dopo che il medico le ha dato una nuova medicina che cosa fa?

- a) smette di mangiare;
- b) sospende le pastiglie;
- c) prende una limonata calda fino a quando non passa;
- d) ne parla con il suo medico.

1.2) Se improvvisamente sente girare la testa, ha freddo, trema, suda e ha molta fame, cosa fa?

- a) si mette a letto o in poltrona, al caldo;
- b) beve un bicchiere di acqua e zucchero;
- c) pensa che non è niente; aspetta che passi da solo;
- d) beve un bicchiere di latte caldo.

1.3) Se le capita di avere, per qualche giorno, più sete del solito e di alzarsi di notte per urinare, che cosa fa?

- a) beve meno;
- b) misura la glicemia a casa o in farmacia;
- c) mangia meno pasta, pane e frutta;
- d) mangia leggero e in bianco.

1.4) Se ha già preso le medicine che le ha prescritto il medico e poi non si sente di mangiare, cosa fa?

- a) si mette a letto;
- b) prende un aperitivo per farsi venire fame;
- c) si sforza di mangiare almeno una pagnotta;
- d) beve un bicchierone di acqua con citrosodina.

1.5) Un suo amico è ingrassato. Per ritornare al suo peso giusto, che cosa deve fare?

- a) cerca di non dimagrire troppo in fretta perché è pericoloso;
- b) cerca di dimagrire, perché così va meglio la glicemia;
- c) fa attenzione a non dimagrire perché gli altri penseranno che stia male;
- d) limita il pane, la pasta e la frutta senza consultare il medico.

1.6) Un pomeriggio si trova fuori casa con un conoscente che le offre di prendere qualcosa al bar. Che cosa sceglie?

- a) un'aranciata amara;
- b) una spremuta d'arancia senza zucchero;
- c) un ghiacciolo, tanto è solo acqua;
- d) un cono gelato.

1.7) Se ha notato un calo della vista, che cosa fa?

- a) va subito dall'oculista o dal suo medico informandolo dei suoi problemi di salute;
- b) si fa consigliare un collirio dal farmacista;
- c) va dall'ottico per cambiare gli occhiali o per iniziare a metterli;
- d) usa gli occhiali da sole.

1.8) Sta scegliendo un paio di scarpe e ne trova un paio che le piacciono, ma sono un po' strette, cosa fa?

- a) le compera e le fa mettere in forma;
- b) le compera, perché le piacciono, tanto portandole si adattano al piede (si fanno);
- c) ne prende un paio che le piacciono meno, ma comode;
- d) prende un numero largo, dello stesso modello, e ci mette una soletta o le calze spesse.

1.9) Lei cosa fa per curare bene i propri piedi?

- a) fa spesso pediluvi con acqua calda e sale;
- b) li lava tutti i giorni con acqua tiepida e sapone neutro;
- c) li friziona spesso con acqua e alcol;
- d) si toglie i calli o la pelle morta con le forbicine quando danno fastidio.

1.10) Quando le unghie dei piedi sono lunghe cosa fa?

- a) le taglia per bene con le forbicine;
- b) non le taglia, ma le regolarizza con la limetta per unghie;
- c) mette il piede a bagno per rammollirle e poi le taglia con le tronchesine;
- d) non le taglia.

1.11) Si trova al mare in una bella giornata d'agosto e fa molto caldo. Quale fra queste cose può fare tranquillamente, perché non dannosa alla sua salute?

- a) camminare a piedi nudi sulla sabbia;
- b) bere molta acqua;
- c) stare più di un'ora con i piedi in acqua per rinfrescarsi;
- d) esporre i piedi al sole.

1.12) Se sente uno di questi disturbi, quale deve riferire subito al medico?

- a) sensazione inaspettata di qualcosa che "stringe" o "schiaccia" al torace mentre cammina, anche se dura solo qualche minuto;
- b) sensazione di puntura al fianco sinistro ("male alla milza") quando cammina;
- c) dolore alle ginocchia quando cammina;
- d) difficoltà ad andare di corpo tutti i giorni.

1.13) Andando a fare la spesa cosa compera da mangiare?

- a) burro fresco di montagna;
- b) salumi e formaggi;
- c) pane e grissini conditi con olio o strutto;
- d) fagioli e piselli da mangiare al posto della pasta.

1.14) Quali di queste abitudini sono anche le sue?

- a) mette gli occhiali scuri quando è al sole, per non rovinare gli occhi;
- b) controlla spesso i propri piedi, in caso vi siano ferite;
- c) compera alimenti dietetici nei negozi specializzati.
- d) usa scarpe rigide per proteggere i piedi.

1.15) Un pomeriggio va in visita a un amico che le offre qualcosa di buono. Che cosa sceglie?

- a) due caramelle;
- b) un bicchiere di vino buono;
- c) caffè o the con dolcificante;
- d) un bicchiere di amaro.

1.16) Prima di partire per una camminata molto più lunga del solito (il mercato lontano, una passeggiata in campagna, una gita con gli amici) cosa fa?

- a) mette in tasca qualche zuccherino;
- b) porta con se le medicine che prende abitualmente;
- c) porta con se della cioccolata;
- d) aumenta le medicine che prende abitualmente.

1.17) Quando va a ritirare gli esami, prescritti dal medico, quale di questi esiti controlla per primo?

- a) la glicemia;

- b) l'emoglobina glicosilata;
- c) il colesterolo;
- d) l'esame delle urine.

1.18) La frutta che abitualmente mangia è:

- a) l'uva;
- b) la frutta di stagione;
- c) la mela;
- d) non mangio la frutta.

1.19) Cosa fa per mantenere in buona salute la sua vista?

- a) fa controllare la vista tutti gli anni dall'ottico;
- b) fa controllare gli occhi dal suo medico o dall'oculista almeno ogni due anni;
- c) va dall'oculista se si annebbia la vista;
- d) nulla, perché non si possono evitare i danni alla vista.

1.20) Per la sua salute controlla la pressione:

- a) con regolarità (ogni due mesi);
- b) una volta all'anno;
- c) quando mi ricordo;
- d) non la controllo mai.

1.21) Quando vuole fare dell'esercizio fisico solitamente cosa fa?

- a) si muove in casa;
- b) fa i lavori di casa;
- c) fa una passeggiata di un'ora;
- d) non si muove mai.