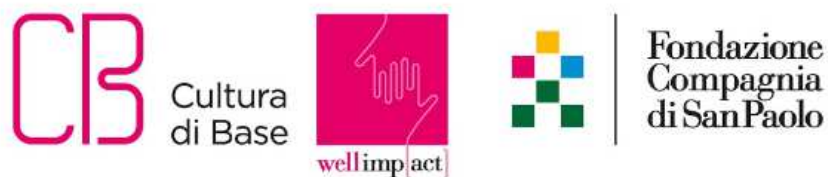




Il progetto Cultura di Base promosso dal CWLab della Compagnia di San Paolo

Valutazione degli effetti del progetto

Febbraio 2023



Sommario

Sintesi.....	3
1. Struttura del progetto: Cultura di Base in sintesi	4
2. Obiettivi dell’analisi.....	5
3. Valutazione: disegno di analisi e prima descrizione dei dati.....	6
3.1. Modalità di rilevazione dati	6
3.2. Il disegno di valutazione	6
3.3. Descrizione dei gruppi coinvolti nell’analisi.....	8
4. Valutazione degli effetti: i risultati.....	10
4.1. I risultati cambiano con le caratteristiche dei partecipanti?	12
Appendice A1. Dettagli sui metodi di stima	14
A1.1. I risultati sono robusti rispetto alla tecnica di stima?	15
A1.2. I risultati cambiano se analizziamo i “non curiosi”?	16
Appendice A2. Il Questionario.....	18

Sintesi

Uno dei temi di interesse e approfondimento della Fondazione Compagnia di San Paolo è il binomio cultura-salute, e in particolare le modalità con cui azioni e interventi basati su strumenti culturali possono incidere sulla salute e sul benessere delle persone. In questo ambito uno dei più recenti progetti della Compagnia è il Cultural Wellbeing Lab (CWLab), un'iniziativa nata con l'obiettivo di promuovere la realizzazione di interventi mirati a incidere su una qualche dimensione di benessere dei cittadini. Nella sua prima edizione, avviata nel 2021, il CWLab ha promosso quattro progetti. Uno di questi è Cultura di Base, realizzato nella città di Torino, che prevede l'allestimento di studi medici in alcuni luoghi di cultura "ad architettura intensa" della città. In questa nota di lavoro si sintetizza la valutazione degli effetti del progetto sui pazienti coinvolti.

Una sintesi dei risultati dell'analisi

Qual è l'intervento promosso da Cultura di Base?

Gli studi di alcuni medici di medicina generale di Torino sono stati temporaneamente dislocati in alcuni luoghi di cultura della città, all'interno dei quali sono state predisposte delle aree di "riconosciuta qualità nella progettazione degli spazi e nella comunicazione di emozioni". I pazienti che hanno fatto una visita nel periodo di attuazione dell'iniziativa (maggio-ottobre 2022) hanno sperimentato l'attesa per la visita (e la visita) in questi "studi medici ad architettura intensa" (SMAI), subendone suggestione e influenza potenzialmente in grado di modificarne le percezioni.

Qual è l'effetto di Cultura di Base?

L'obiettivo della valutazione è identificare gli effetti di una visita nello SMAI sui pazienti. In particolare si stimano gli effetti immediati. La valutazione si concentra su una serie di dimensioni, relative alle emozioni percepite durante l'attesa della visita, al benessere percepito dopo la visita, fino alla percezione del grado di "alleanza" con il medico.

I risultati delle analisi suggeriscono che le sensazioni prima e dopo la visita sono migliorate. In particolare è migliorata decisamente la percezione del tempo di attesa (l'effetto è invece marginale sull'ansia percepita, comunque molto bassa in generale, e sulla capacità di distrarsi), e un altro evidente miglioramento riguarda il benessere percepito immediatamente dopo il termine della visita. Non si evidenziano invece effetti sull'alleanza percepita tra medico e paziente. Una potenziale spiegazione è che l'attesa nello spazio ad architettura intensa possa influenzare più facilmente le sensazioni del momento, mentre il grado di alleanza col medico si compone di una serie di sensazioni e opinioni radicate nelle esperienze e percezioni preesistenti e quindi meno influenzabile nell'immediato da una singola e breve permanenza nello SMAI.

Chi beneficia maggiormente della partecipazione?

Gli effetti stimati non si limitano ad alcune specifiche categorie, tuttavia emerge una caratterizzazione: i miglioramenti stimati sono progressivamente più evidenti per i pazienti meno giovani.

1. Struttura del progetto: Cultura di Base in sintesi

Il progetto, inserito nel filone “Cultura per l’umanizzazione dei luoghi di cura” del CWLab, lavora sugli studi dei medici di medicina generale di Torino. Cultura di Base prevede la delocalizzazione dell’attività ambulatoriale dei medici dagli studi medici ordinari (SMO nel seguito) a luoghi caratterizzati da una “architettura intensa” (SMAI, “studi medici ad architettura intensa”, nel seguito), ovvero di riconosciuta qualità nella progettazione degli spazi e nella comunicazione di emozioni. Questi luoghi *“diventano la sala d’attesa del medico. Nel tempo dell’attesa il paziente è immerso in un’esperienza cinestetica, che utilizza anche apporti costruiti a partire dai contenuti culturali dei luoghi della sperimentazione e amplifica l’ascolto dello spazio architettonico, depotenzia lo stress dell’attesa, aumentando il benessere e il comfort psico-fisico”*.

Nella realizzazione del progetto *“si assume che lo spazio ben progettato possa essere veicolo di sensazioni positive riconducibili al più ampio concetto di salute. Da questo presupposto Cultura di Base intende spostare l’esperienza dell’attesa e della visita ambulatoriale dai luoghi consueti per renderla parte di un percorso educativo-culturale sullo spazio architettonico, come componente di benessere psico-fisico. Ai pazienti e ai medici coinvolti nel progetto si offrono l’architettura e i contenuti culturali degli spazi selezionati come esperienza multisensoriale, in grado di generare emozioni e apprendimento profondi e quindi ingredienti del percorso stesso di cura.”*

In sintesi, l’allestimento degli studi medici e delle relative sale di attesa nei luoghi di cultura modifica l’esperienza della visita, innescando potenziali benefici tanto per il medico quanto per il paziente e il rapporto tra essi.

Il progetto è stato realizzato da una partnership composta da Fondazione per l’Architettura, Artecò, Circolo del Design, Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Torino, ASL Torino. Attivo nella città di Torino tra maggio e ottobre 2022, Cultura di Base ha coinvolto sette medici di medicina generale che in quel periodo hanno svolto la propria attività in cinque SMAI allestiti presso:

- il Museo Egizio;
- il Museo dell’Automobile;
- il Parco d’Arte Vivente;
- la Biblioteca civica Primo Levi;
- il Polo del ‘900.

2. Obiettivi dell'analisi

La valutazione degli effetti, qui illustrata, ha l'obiettivo di verificare i cambiamenti prodotti sui beneficiari diretti del progetto. Più precisamente, la popolazione target di interesse per questa valutazione è quella dei pazienti. L'universo di osservazione è rappresentato dai pazienti dei medici coinvolti nell'iniziativa che hanno fatto una visita nel periodo di realizzazione di Cultura di Base.

Obiettivo del CWLab è in generale quello di promuovere iniziative che intendano migliorare salute e benessere dei cittadini, dove queste condizioni vanno poi più specificamente declinate per ogni progetto in funzione delle sue caratteristiche. Nel caso di Cultura di Base ci si focalizza sulle condizioni dei pazienti che effettuano una visita. In particolare si guarda:

- alle potenziali sensazioni negative percepite dal paziente durante l'attesa (percezione di ansia e del tempo che non passa);
- allo stato di benessere percepito;
- alla percezione del grado di "alleanza" col medico, cioè dell'insieme di sensazioni riconducibili alla reciproca fiducia e all'attenzione e collaborazione nelle strategie di cura.

L'analisi deve quindi verificare se le condizioni dei pazienti in visita in uno SMAI sono diverse da quelle che si sarebbero osservate se la visita avesse avuto luogo in uno SMO. Prendendo per esempio lo stato d'ansia percepito durante l'attesa, la valutazione degli effetti risponde alle domande: *"Qual è il livello di ansia percepito durante l'attesa nello SMAI?"*, *"Quale sarebbe stato il livello di ansia percepito se la visita fosse stata svolta in uno SMO?"*. La differenza tra le due condizioni stima l'effetto dello SMAI.

3. Valutazione: disegno di analisi e prima descrizione dei dati

La valutazione si basa sostanzialmente sul confronto tra un gruppo di “trattati”, cioè di pazienti in visita presso uno SMAI, e un gruppo di controllo, cioè di pazienti in visita presso uno SMO. Entrambi i gruppi di pazienti sono soggetti a una rilevazione con questionario al termine della visita. Prima di descrivere il disegno di stima degli effetti (nella Sezione 3.2), la Sezione 3.1 offre qualche dettaglio aggiuntivo sulla modalità di rilevazione e misurazione degli outcome di interesse.

3.1. Modalità di rilevazione dati

Gli outcome di interesse, riconducibili a stato di ansia, stato di benessere, grado di alleanza medico-paziente sono condizioni in linea di massima rilevabili attraverso le percezioni (quindi dichiarazioni) degli stessi pazienti. La rilevazione degli outcome passa nel nostro caso per un questionario, in formato cartaceo, che si chiede di compilare ai pazienti al termine della visita. Il questionario prevede una prima parte di raccolta di dati demografici e sociali, oltre che di informazioni sui motivi della visita e sulla frequenza di ricorso al medico di base. La seconda parte del questionario si focalizza sugli outcome di interesse, così definiti e misurati:

- la capacità di distrarsi durante l’attesa (misurata con scala Likert a 4 valori);
- la sensazione che durante l’attesa il tempo non passasse mai (misurata con scala Likert a 4 valori);
- lo stato d’ansia durante l’attesa (misurato su una linea continua (scala analogica visiva) e tradotto in scala 0-100);
- lo stato di benessere percepito al termine della visita (misurato su una linea continua (scala analogica visiva) e tradotto in scala 0-100)¹;
- il grado percepito di alleanza tra medico e paziente (misurato con la WAI, *Workforce Alliance Inventory*, una scala validata basata su una batteria di 12 domande).

Per favorire la partecipazione del maggiore numero possibile di cittadini, il questionario è stato tradotto in varie lingue straniere (francese, inglese, spagnolo, rumeno, arabo, mandarino), registrando contemporaneamente se il paziente fosse madrelingua nella lingua utilizzata. Le operazioni di coinvolgimento dei pazienti nella compilazione (illustrate in un breve vademecum) sono state a cura dei volontari del progetto negli SMAI e a cura dello staff del medico di base negli SMO.

3.2. Il disegno di valutazione

La domanda sugli effetti del progetto si pone come confronto tra due situazioni: la situazione osservata per i soggetti esposti a un certo “trattamento” (le condizioni dopo la visita in uno SMAI), cosiddetta situazione *fattuale*, e la situazione che si sarebbe osservata in assenza di trattamento (le condizioni se la visita avesse luogo in uno SMO), cioè la situazione *controfattuale*. Essendo il termine controfattuale non osservabile, la sfida è quella di stimarlo in modo credibile.

Considerate le caratteristiche del progetto e le modalità di attuazione, il disegno di valutazione adottato si basa sull’uso di un gruppo di controllo, cioè di pazienti che fanno una visita presso uno SMO invece che presso uno SMAI. La strategia di stima sfrutta in particolare il fatto che, nel periodo di sperimentazione, i

¹ Per la misurazione del benessere percepito nei progetti del CWLab si è fatto ampio ricorso alla scala validata PGWBI-S (la versione *Short* dello *Psychological Personal Well-Being Index*, basata su una batteria di 6 domande). Nel caso di Cultura di Base la scelta è stata diversa perché, mentre PGWBI-S misura il benessere ricorrendo a domande sulle condizioni nell’ultimo mese, questa valutazione necessita per disegno di cogliere una condizione istantanea. La batteria PGWBI-S è comunque stata inserita nel questionario, ma con l’unico scopo di dare indicazione della condizione all’ingresso dei pazienti.

medici coinvolti mantengono contemporaneamente aperti sia lo SMAI che lo SMO, ricevendo i pazienti in uno o nell'altro in momenti diversi della settimana. Il gruppo trattato è quindi composto dai pazienti che hanno fatto la visita in uno SMAI, mentre i controlli sono i pazienti degli stessi medici che hanno fatto la visita in uno SMO. Ogni paziente viene intervistato dopo la sua prima visita durante i sei mesi di sperimentazione: se ne ha già fatta una e ha già compilato il questionario, in caso di una seconda visita non gli è richiesto di compilarlo nuovamente.

È utile sottolineare che il disegno di valutazione consente di stimare un effetto immediato: il paziente fa la visita in uno SMAI e, immediatamente dopo la visita, è sottoposto al questionario per la rilevazione degli outcome. Da un lato non è possibile quindi stimare effetti su un maggiore orizzonte temporale (motivo per cui la misura del benessere non può basarsi su domande relative a un periodo che non sia l'istante stesso della rilevazione), dall'altro lato non si può stimare l'effetto dell'esposizione prolungata a uno SMAI (per esempio il fare, in un certo arco di tempo, una serie di visite in uno SMAI).

L'impossibilità di allocare i pazienti a uno dei due studi medici sulla base di un sorteggio, per ragioni organizzative e di opportunità, solleva il rischio di "distorsione da selezione", cioè che i due gruppi siano caratterizzati da differenze di partenza e quindi non direttamente confrontabili (in altri termini, se i gruppi non hanno le stesse caratteristiche iniziali non si può assumere che in assenza di trattamento essi avrebbero mostrato i medesimi outcome). Le potenziali differenze di partenza nascono dal fatto che, in assenza di una selezione casuale, il fare una visita in uno SMAI anziché in uno SMO dipende fondamentalmente dalle caratteristiche dei pazienti. A titolo di esempio, una persona con una maggiore propensione alla fruizione culturale può essere più orientata a scegliere uno SMAI, mentre la disponibilità in certe fasce orarie può spostare le scelte di lavoratori o pensionati. A questo proposito va però detto che i) la visita è su prenotazione e la scelta dello studio, fatta al momento della prenotazione, dipende più che altro dalla disponibilità di calendario del medico e del paziente; ii) l'organizzazione dei calendari degli SMAI e degli SMO ha garantito nei limiti del possibile la disponibilità di entrambi gli studi in fasce orarie sia mattutine che pomeridiane. Queste considerazioni lasciano ipotizzare che l'entità delle differenze di partenza possa essere contenuta, tuttavia l'esigenza di ottenere una stima solida e credibile impone il ricorso a opportune strategie di stima per la riduzione al minimo della distorsione.

Per produrre stime degli effetti corrette si ricorre in questo caso a una serie di tecniche che funzionano sotto l'ipotesi di *selezione sulle osservabili*. In sintesi, se per ogni soggetto trattato e non trattato sono *osservabili* informazioni esaustive sulle caratteristiche individuali, è possibile sfruttare tali informazioni per condurre un confronto al netto di eventuali differenze iniziali. A titolo esemplificativo, una tecnica qui utilizzata è quella dello *statistical matching* (abbinamento statistico), che consiste nel selezionare o pesare i controlli in modo da costruire un gruppo di controllo con le stesse caratteristiche iniziali dei trattati. La somiglianza dei due gruppi garantisce la confrontabilità degli outcome, e quindi la possibilità di stimare gli effetti del progetto. Ciò che è fondamentale per la credibilità delle stime è che appunto valga la condizione di *selezione sulle osservabili*, cioè che sia possibile osservare tutte le caratteristiche individuali che hanno un ruolo nel determinare la selezione (c.d. variabili di controllo). In altri termini, serve che il set di informazioni individuali sia ricco ed esaustivo. Nel nostro caso l'ipotesi è supportata dalla possibilità di raccogliere i dati con un questionario ad hoc, in cui sono state inserite domande relative a tutte le informazioni ritenute di interesse. Tra queste:

- le principali caratteristiche demografiche e sociali: sesso, età, nazionalità, titolo di studio, stato civile, condizione occupazionale;
- il medico (per controllare l'influenza esercitata da ogni singolo medico sulle percezioni dei pazienti);
- il rapporto con il medico e la frequenza delle visite.

Nella Sezione 4 si presentano le stime di impatto del progetto basata sulla tecnica del *kernel matching*. Si rimanda all'Appendice A1 per maggiori dettagli su questa tecnica e sulle possibili tecniche alternative. L'Appendice A1 presenta quindi un'analisi di robustezza comparando i risultati ottenuti con diverse tecniche, evidenziando una sostanziale omogeneità dei risultati.

3.3. Descrizione dei gruppi coinvolti nell'analisi

La rilevazione si è estesa per circa due terzi dei sei mesi di sperimentazione (sono parzialmente esclusi il primo mese di assestamento e quello di agosto). Il numero di compilazioni è per i due gruppi rispettivamente pari a 617 e 277. I pazienti, in virtù della prenotazione della visita, sono rimasti nella sala d'attesa per un periodo molto breve: non più di 10 minuti in due terzi dei casi, mezz'ora o più per una percentuale inferiore al 10%.

Prima dell'analisi sono stati esclusi i questionari compilati dai non madrelingua (43, in larga misura trattati) e coloro che hanno rifiutato di compilare il questionario (il 2.6% dei trattati e il 2.4% dei controlli, 21 in totale). I campioni qui descritti comprendono in definitiva 564 trattati e 266 controlli. Nelle Tabelle 1 e 2 ne vengono sintetizzate le principali caratteristiche².

Tabella 1. Caratteristiche demografiche e sociali

	SMO (controlli)	SMAI (trattati)
Femmine	58.5%	56.4%
Maschi	41.5%	43.7%
Italiani	92.2%	91.5%
Stranieri	7.8%	8.5%
40 anni o meno	20.5%	21.4%
41-60 anni	32.7%	35.6%
61 anni o più	46.8%	43.0%
Istruzione: Obbligo o inferiore	21.8%	27.3% *
Istruzione: Diploma	42.9%	38.3%
Istruzione: Laurea	35.3%	34.4%
Celibi/nubili/vedovi	49.2%	45.4%
Sposati/conviventi	50.8%	54.6%
Non occupati/pensionati	52.5%	51.7%
Occupati	47.5%	48.3%
N	266	564

Nota: differenze significative per * $\alpha=10\%$ ** $\alpha=5\%$

² Il questionario prevedeva di coinvolgere tutti i pazienti nella rilevazione, tenendo traccia di tutti i rifiuti. Pur in assenza di dati sull'affluenza totale, è verosimile che in quel periodo il numero di pazienti totale sia stato superiore a quello dei compilanti, e che i rifiuti siano una parte contenuta di chi non vi ha preso parte. Inoltre la differenza nel numero di trattati e controlli suggerisce un maggiore sforzo profuso dai volontari negli SMAI rispetto allo staff di segreteria negli SMO nell'invitare i pazienti alla compilazione. I risultati dell'analisi sono da intendersi generalizzabili alla popolazione di pazienti di cui i compilanti, in particolare i trattati, sono rappresentativi.

Tabella 2. Condizioni iniziali e rapporto con il medico

	SMO (controlli)	SMAI (trattati)
Frequenza visite: regolare (almeno ogni 2 mesi)	30.0%	27.0%
Frequenza visite: occasionale	70.0%	73.0%
Medico scelto per consiglio o amicizia/fiducia	68.1%	73.3%
Medico scelto per comodità o altro motivo	31.9%	26.7%
Stato di forte distress nell'ultimo mese (PGWBI-S) ³	34.9%	32.4%
Stato di distress nell'ultimo mese (PGWBI-S)	22.6%	20.5%
Stato di non distress nell'ultimo mese (PGWBI-S)	26.0%	29.9%
Stato di benessere nell'ultimo mese (PGWBI-S)	16.6%	17.2%
N	266	564

Nota: differenze significative per * $\alpha=10\%$ ** $\alpha=5\%$

I partecipanti sono per più del 90% italiani, la distribuzione per genere è abbastanza equa (le donne sono il 57%), e quella per età piuttosto omogenea, con un'incidenza prevedibilmente maggiore degli over 60. Nel 70% circa dei casi i pazienti hanno svolto una visita occasionale.

Le caratteristiche del campione da un lato permettono di descrivere la popolazione target a cui l'analisi fa riferimento, dall'altro sono utili per verificare le differenze di partenza tra trattati (SMAI) e non trattati (SMO). Queste sono generalmente contenute, e tranne alcuni casi statisticamente non significative. La sostanziale somiglianza rafforza l'ipotesi che le modalità di prenotazione e selezione dello studio medico, per quanto non assimilabili a una randomizzazione, inducano scelte guidate soprattutto da aspetti logistici e abbiano prodotto due gruppi non molto diversi. Le tecniche di *matching* su cui si basano i risultati nella Sezione 4 permetteranno di eliminare le differenze residue e condurre un confronto tra gruppi a parità di condizioni.

Un ultimo appunto riguarda la numerosità delle osservazioni per ogni SMAI e per ogni SMO. Questo è piuttosto eterogeneo (Tabella 3), e i risultati sono quindi da intendersi come stime di un effetto medio, dove maggiore peso è dato agli SMAI in cui vi sono state più compilazioni. Un'analisi per ogni SMAI è da escludere tanto per questioni numeriche quanto per scarsa interpretabilità in termini di policy: i risultati dipenderebbero non solo da specifiche caratteristiche del singolo SMAI difficilmente codificabili, ma anche da quelle del relativo SMO.

Tabella 3. Numero di osservazioni per ogni luogo di cultura

	SMO (controlli)	SMAI (trattati)	Totale
Biblioteca P. Levi	13	107	120
Mauto	40	109	149
Museo Egizio	48	165	213
PAV	30	57	87
Polo del 900	135	126	261
Totale	266	564	830

³ L'indicatore PGWBI-S assume valori tra 0 e 110. Valori sotto il 60 indicano un forte distress; valori tra 60 e 69 indicano distress; valori tra 70 e 89 indicano uno stato di non distress; valori di 90 e oltre indicano uno stato di benessere positivo.

4. Valutazione degli effetti: i risultati

La stima degli effetti della visita in uno SMAI si basa quindi sul confronto tra trattati e controlli, come sopra definiti. Le stime qui presentate sono ottenute affinando il confronto attraverso l'uso del *kernel matching*, come spiegato in modo più esteso nell'Appendice A1. Sintetizzando, gli esiti dei partecipanti rappresentano la condizione *fattuale*, mentre con gli esiti dei controlli abbinati si stima la condizione *controfattuale*: cosa sarebbe successo ai primi se invece che in uno SMAI avessero fatto la visita nello SMO del loro medico. Le Tabelle 4 e 5 sintetizzano le caratteristiche dei due gruppi dopo l'abbinamento. Le differenze tra i gruppi risultano inferiori a quelle, già modeste, iniziali. La numerosità dei due gruppi post matching è inferiore a quella iniziale. Questo perché nel numero iniziale sono stati inclusi anche i casi con alcuni dati mancanti necessari invece nell'analisi di matching. La riduzione del campione non comporta variazioni di peso nelle sue caratteristiche rispetto alla popolazione totale.

Tabella 4. Caratteristiche demografiche e sociali post-matching

	Pre-matching		Post-matching	
	SMO (controlli)	SMAI (trattati)	SMO (controlli)	SMAI (trattati)
Femmine	58.5%	56.4%	57.3%	57.4%
Maschi	41.5%	43.7%	42.7%	42.6%
Italiani	92.2%	91.5%	91.6%	90.6%
Stranieri	7.8%	8.5%	8.4%	9.4%
40 anni o meno	20.5%	21.4%	20.9%	20.9%
41-60 anni	32.7%	35.6%	35.2%	36.6%
61 anni o più	46.8%	43.0%	43.9%	42.5%
Istruzione: Obbligo o inferiore	21.8%	27.3% *	25.6%	26.0%
Istruzione: Diploma	42.9%	38.3%	38.0%	40.7%
Istruzione: Laurea	35.3%	34.4%	36.4%	33.3%
Celibi/nubili/vedovi	49.2%	45.4%	46.6%	44.8%
Sposati/conviventi	50.8%	54.6%	53.4%	55.2%
Non occupati/pensionati	52.5%	51.7%	49.0%	50.4%
Occupati	47.5%	48.3%	51.0%	49.6%
N	266	564	211	478

Nota: differenze significative per * $\alpha=10\%$ ** $\alpha=5\%$

Tabella 5. Condizioni iniziali e rapporto col medico post-matching

	Pre-matching		Post-matching	
	SMO (controlli)	SMAI (trattati)	SMO (controlli)	SMAI (trattati)
Frequenza visite: regolare (almeno ogni 2 mesi)	30.0%	27.0%	27.2%	27.2%
Frequenza visite: occasionale	70.0%	73.0%	76.3%	73.6%
Medico scelto per consiglio o amicizia/fiducia	68.1%	73.3%	72.6%	74.3%
Medico scelto per comodità o altro motivo	31.9%	26.7%	27.4%	25.7%
Stato di forte distress nell'ultimo mese (PGWBI-S)	34.9%	32.4%	33.5%	33.3%
Stato di distress nell'ultimo mese (PGWBI-S)	22.6%	20.5%	22.1%	21.1%
Stato di non distress nell'ultimo mese (PGWBI-S)	26.0%	29.9%	29.0%	28.8%
Stato di benessere nell'ultimo mese (PGWBI-S)	16.6%	17.2%	15.4%	16.8%
N	266	564	211	478

Nota: differenze significative per * $\alpha=10\%$ ** $\alpha=5\%$

Nella Tabella 6 sono sintetizzate le stime degli effetti. Gli outcome riguardano rispettivamente le sensazioni provate durante l’attesa (i primi tre), il livello di benessere percepito al momento della compilazione, dopo la visita, e il grado di alleanza medico-paziente percepito dal paziente.

Per quanto riguarda le sensazioni durante l’attesa, l’effetto meno evidente è quello sulla capacità di distrarsi. Il 71% dei rispondenti ha dichiarato una sufficiente capacità di distrarsi (“abbastanza” o “molto”). In particolare, il 23% dichiara di essersi riuscito a distrarre molto. Il cambiamento apparentemente maggiore è su questi ultimi, con un aumento di 4.5 punti percentuali a fronte di una lieve riduzione delle altre risposte meno favorevoli. La stima di questo miglioramento non è tuttavia statisticamente significativa. Decisamente più evidente è il miglioramento rispetto alla sensazione che il tempo non passasse mai: coloro che rispondono “per niente” aumentano di 13.5 punti percentuali (+26%), a fronte di una riduzione quasi pari rispetto alle risposte più moderate (“poco”). Per quanto riguarda lo stato di ansia, misurato su una scala da 0 a 100, il livello dichiarato è mediamente basso (10.5 su 100), tuttavia si stima comunque una riduzione marginalmente significativa, nell’ordine dei 2-3 punti.

L’outcome successivo riguarda il benessere provato nel momento della compilazione del questionario, quindi dopo avere concluso la visita dal medico. Il livello medio, misurato su una scala da 0 a 100, è di 65 punti, con un aumento significativo di 3 punti attribuibile agli SMAI.

L’ultimo outcome riguarda l’alleanza medico-paziente, rilevata con la *Workforce Alliance Inventory* e qui riportata su scala 0-100. Il livello medio misurato su questa scala è alto, pari a oltre 80 punti. In questo caso non si stimano effetti significativi da addebitare alla visita nello SMAI.

Tabella 6. Stima degli effetti degli SMAI

		Livello medio dei trattati	Stima effetto
Oggi durante l’attesa per la visita è riuscito a distrarsi?	<i>Per niente</i>	10.7%	-0.6%
	<i>Poco</i>	18.7%	+0.2%
	<i>Abbastanza</i>	47.7%	-4.1%
	<i>Molto</i>	23.0%	+4.5%
Le è sembrato che in sala d’attesa il tempo non passasse mai?	<i>Per niente</i>	65.4%	+13.5% **
	<i>Poco</i>	24.7%	-11.9% **
	<i>Abbastanza</i>	8.8%	+2.5%
	<i>Molto</i>	1.1%	-4.1%
Ansia provata durante l’attesa (0-100)		10.5	-0.1
Benessere percepito dopo la visita (0-100)		67.4	+3.2 **
Alleanza percepita medico-paziente (WAI, 0-100)		83.1	+0.8
	N	478	

Nota: stime significative per * $\alpha=10\%$ ** $\alpha=5\%$

Tirando le somme, si può affermare che i pazienti avrebbero sperimentato sensazioni mediamente positive, con bassi livelli di ansia e stress e buona capacità di distrarsi. L’aver atteso la visita in uno SMAI ha comunque prodotto un beneficio, inducendo soprattutto spostamenti verso le condizioni migliori in assoluto: in particolare cala la percentuale di chi risponde “per niente” alla domanda sulla sensazione del tempo che non passa. Aumenta anche il benessere percepito, mentre non sono visibili cambiamenti sull’ansia percepita e sull’alleanza con il medico. Una possibile ipotesi che spiega l’ultimo risultato, in parziale contrasto con i precedenti, si può formulare ricordando che in questa analisi si sta stimando l’effetto immediato di una unica visita. I primi outcome sono maggiormente esposti alla suggestione del momento, e quindi più facilmente aggredibili, mentre il grado di alleanza, che dipende maggiormente da una situazione radicata legata alla stima, alla fiducia, alle opinioni preesistenti sul proprio medico, è forse meno modificabile da un simile

trattamento, e neppure la suggestione momentanea induce il paziente a formulare risposte più positive in merito.

4.1. I risultati cambiano con le caratteristiche dei partecipanti?

Dopo avere mostrato le stime dell'effetto medio dello SMAI sui pazienti, in questa sezione si indaga una domanda di maggiore dettaglio, cioè se e in che misura gli effetti varino al variare delle caratteristiche dei pazienti. Per dare ragguagli su questo aspetto le stime sono state replicate per particolari sottogruppi di persone. Per necessità di sintesi le stime, presentate nelle tabelle che seguono, sono ristrette ad alcuni specifici outcome. In particolare, per quanto riguarda le domande relative alla capacità di distrarsi e alla sensazione che il tempo non passasse mai, ci si limita a presentare le categorie estreme ("molto" nel primo caso, "per niente" nel secondo) per cui si sono evidenziati i maggiori cambiamenti.

Tabella 7. Stima degli effetti degli SMAI, per caratteristiche demografiche e sociali

	Distrazione (molto)	Tempo (per niente)	Ansia (0-100)	Benessere (0-100)	WAI (0-100)	N ^T
Femmine	7.9%*	12.0%*	0.0	5.2*	-0.4	274
Maschi	-0.1%	15.7%**	-0.4	0.6	2.6	203
40 anni o meno	-5.7%	6.6%	5.1	1.8	-0.3	98
41-60 anni	5.6%	13.9%*	1.1	3.8	2.2	175
61 anni o più	9.3%*	15.8%**	-3.8*	3.7*	0.1	203
Istruzione: Obbligo o inferiore	14.0%**	10.9%*	-0.7	3.2	-1.4	112
Istruzione: Diploma	2.0%	4.2%	-1.1	4.7	3.3	192
Istruzione: Laurea	1.1%	28.3%**	1.2	2.5	-1.3	174
Celibi/nubili/vedovi	-4.2%	9.5%	1.3	3.3	0.5	264
Sposati/conviventi	12.2%**	17.3%**	-1.2	3.3	0.4	213
Non occupati/pensionati	2.3%	10.1%*	-0.3	3.8	-2.3	240
Occupati	7.2%	15.8%*	0.2	2.8	2.2	237

Nota: stime significative per * $\alpha=10\%$ ** $\alpha=5\%$. N^T: numero trattati coinvolti nelle stime. Le prime due variabili si riferiscono alla risposta "molto" alla domanda "Oggi durante l'attesa per la visita è riuscito a distrarsi?" e alla risposta "per niente" alla domanda "Le è sembrato che in sala d'attesa il tempo non passasse mai?".

Tabella 8. Stima degli effetti degli SMAI, per condizioni iniziali e rapporto col medico

	Distrazione (molto)	Tempo (per niente)	Ansia (0-100)	Benessere (0-100)	WAI (0-100)	N ^T
Fanno visite regolari	6.2%	8.9%	-3.1	3.4	3.5	130
Hanno fatto visita occasionale	3.9%	15.6%**	0.8	3.4*	-0.6	348
Medico scelto per consiglio o amicizia	7.5%*	8.5%	1.0	2.3	1.0	355
Medico scelto per comodità	4.7%	27.1%**	-2.5	4.5	-0.1	122
Stato di distress nell'ultimo mese (PGWBI-S) ⁴	6.4%	9.9%	1.9	3.0	-1.0	253
Stato di non distress nell'ultimo mese (PGWBI-S)	3.2%	17.9%**	-2.1	2.0	2.2	211

Nota: stime significative per * $\alpha=10\%$ ** $\alpha=5\%$. N^T: numero trattati coinvolti nelle stime. Le prime due variabili si riferiscono alla risposta "molto" alla domanda "Oggi durante l'attesa per la visita è riuscito a distrarsi?" e alla risposta "per niente" alla domanda "Le è sembrato che in sala d'attesa il tempo non passasse mai?".

In generale si può affermare che il beneficio dalla visita nello SMAI si estende a una molteplicità di persone piuttosto che limitarsi a specifiche categorie di pazienti. Vi sono tuttavia alcune maggiori caratterizzazioni. Una è l'effetto crescente al crescere dell'età dei pazienti. Da un lato i pazienti più anziani sono più numerosi, il che aumenta la significatività delle stime, ma in generale anche l'entità degli effetti stimati cresce per i

⁴ La classificazione qui adottata distingue due sole categorie: persone con distress o forte distress (punteggio PGWBI-S inferiore a 70/110), persone in stato di non distress o benessere positivo (punteggio maggiore o uguale a 70/110).

meno giovani. Gli over 60 mostrano una più evidente riduzione dell'ansia, e al crescere dell'età vi è una maggiore riduzione della sensazione del tempo che non passa mai. Gli over 60 inoltre sono l'unica classe che evidenzia un forte miglioramento nella capacità di distrarsi durante l'attesa, e una stima significativa dell'effetto sul benessere percepito. Le differenze per gruppi di età sono quelle che presumibilmente spiegano anche quelle rispetto allo stato civile (gli effetti sono maggiori per gli sposati o conviventi, sovrarappresentati fra gli over 40), al sesso (tra le donne sono sottorappresentate, rispetto agli uomini, le under 40), allo stato di benessere pregresso (la condizione di non distress è lievemente più frequente tra i meno giovani).

I risultati stratificati per titolo di studio, positivi in parte per chi ha un titolo basso e in parte per chi ha una laurea, non sono immediatamente interpretabili. Un'ipotesi è che su questi possano incidere fattori concomitanti e opposti: da un lato una maggiore sensibilità delle persone più istruite, dall'altra il maggior peso dei titoli di studio bassi tra le persone meno giovani.

Si notano infine benefici apparentemente più marcati per chi ha svolto una visita occasionale anziché regolare. Sarebbe questo un risultato in contrasto con quelli relativi all'età (i meno giovani fanno più spesso visite regolari), tuttavia, guardando i numeri, non è da escludere che i risultati dei visitatori occasionali siano statisticamente più significativi per una mera questione di numerosità campionaria.

Appendice A1. Dettagli sui metodi di stima

Le stime degli effetti qui illustrate si basano sull'utilizzo di un gruppo di controllo, cioè di un gruppo di pazienti i quali non hanno ricevuto il trattamento di interesse (la visita nello SMAI). L'idea è di usare le condizioni di questo gruppo di controllo, che ha fatto la visita in uno SMO, come stima di ciò che sarebbe successo ai trattati in assenza di trattamento. In questa appendice si riportano alcuni dettagli operativi che sono stati esclusi dal testo per non appesantire la lettura. Essi riguardano in particolare il metodo del *propensity score matching* usato per produrre le stime.

Nel confrontare trattati e controlli per stimare gli effetti di un intervento è necessario verificare che i due gruppi fossero, prima dell'intervento, simili. Solo a questa condizione si può affermare che senza intervento i loro esiti successivi sarebbero stati anch'essi simili. In presenza di potenziali differenze iniziali, non sarebbe sufficiente porre i gruppi a confronto per stimare l'effetto dell'intervento. Nel nostro caso, in assenza di una assegnazione casuale dei pazienti allo SMO o allo SMAI, non possiamo dare per garantita la somiglianza, anche se valgono le considerazioni già fatte in precedenza:

- la presumibile scelta di SMAI o SMO soprattutto in base a questioni logistiche;
- la disponibilità di SMAI e SMO in orari eterogenei per evitare forte selezione basata sugli impegni lavorativi.

Posto che tali considerazioni rafforzano la credibilità del confronto ma non garantiscono la totale assenza di differenze iniziali, le stime sono state ottenute con tecniche basate sull'ipotesi di *selezione sulle osservabili*: se si assume che le informazioni iniziali disponibili su ogni persona possano spiegare tutte le eventuali differenze tra trattati e controlli, allora si possono sfruttare queste informazioni (le c.d. variabili di controllo) per "ripulire" il confronto finale.

La tecnica a cui si è fatto ampio ricorso in questa analisi è quella del *matching*. Si tratta di una procedura basata sull'*abbinamento (matching)* di ogni trattato con uno o più controlli il più possibile simili ad esso. A seguito della procedura di abbinamento si ottiene un sottoinsieme dei controlli selezionato in modo da avere caratteristiche molto simili a quelle dei trattati. È possibile in questo modo confrontare due gruppi con le stesse condizioni di partenza, le cui eventuali differenze negli outcome dovrebbero essere più plausibilmente attribuibili al trattamento.

Il *matching* assicura la possibilità di ottenere una stima corretta dell'effetto, ma se vale appunto la condizione di *selezione sulle osservabili*: il trattamento (fare visita in uno SMAI anziché in uno SMO) deve dipendere esclusivamente dalle caratteristiche osservabili. Altrimenti i gruppi abbinati resterebbero parzialmente diversi e le stime dell'effetto parzialmente distorte. È realisticamente impossibile riuscire a osservare *tutti* i fattori che hanno influenzato la selezione: a livello pratico quello che si cerca di fare è osservare un insieme abbastanza ricco e informativo di caratteristiche iniziali, in modo da mantenere entro certi limiti l'eventuale distorsione delle stime. Nel nostro caso si dispone di una buona ricchezza informativa, dal momento che la predisposizione di un questionario ad hoc ha permesso di inserire tra le domande tutte quelle considerate utili a inquadrare la condizione iniziale delle persone:

- le principali caratteristiche demografiche e sociali: sesso, età, nazionalità, titolo di studio, stato civile, condizione occupazionale;
- il nome del medico;
- il rapporto con il medico e la frequenza delle visite;
- la data della visita e il motivo della scelta dello studio.

La strategia di *matching* qui utilizzata è, più in particolare, quella che si basa sull'uso del *propensity score*. Il *pscore* è il metodo per "misurare" la somiglianza iniziale tra i pazienti. In pratica, il *pscore* è un'unica variabile che sintetizza per ogni individuo tutte le caratteristiche iniziali precedentemente descritte. Rifacendosi alla sua definizione nel gergo tecnico statistico, il *propensity score* è la *probabilità condizionata alle caratteristiche iniziali di essere trattato*; tralasciando gli aspetti tecnici, il *pscore* può essere visto come un indice di sintesi, che varia tra 0 e 1, costruito in modo da riassumere in modo opportuno tutte le informazioni disponibili sui soggetti analizzati. In particolare, il peso che ogni caratteristica individuale assume nel *pscore* dipende dalla misura in cui quella caratteristica discrimina tra trattati e controlli. Una volta stimato il *pscore*, la differenza tra due individui si traduce quindi nella differenza tra i loro *pscore*. Sotto opportune condizioni (verificabili), due individui con *pscore* simile sono mediamente simili rispetto alle singole caratteristiche che lo compongono.

Per stimare l'effetto via *matching* è poi sufficiente abbinare ogni trattato con i controlli che hanno un *pscore* simile al suo, cioè che hanno in media le stesse caratteristiche iniziali, i cui outcome rappresentano cosa sarebbe successo al trattato senza trattamento. I risultati presentati nella Sezione 4 si basano in particolare sul *kernel matching*: ogni trattato è posto a confronto con una media pesata dei controlli, ai quali sono attribuiti pesi crescenti al crescere della somiglianza con il trattato.

A1.1. I risultati sono robusti rispetto alla tecnica di stima?

Il metodo del *matching*, largamente utilizzato in disegni di valutazione simili al presente, è in realtà una famiglia di tecniche accomunate dall'idea generale di abbinare i trattati con i controlli simili. Vi è da un lato la possibilità di usare misure di distanza differenti dal *pscore* (anche se il suo uso è, casi particolari a parte, molto diffuso). Dall'altro esistono vari metodi di abbinamento. Il *kernel matching*, selezionato per i risultati definitivi presentati nella Sezione 4, è un esempio di tecnica specifica, e prevede che ogni trattato sia abbinato ai controlli con una distanza entro un certo raggio. Alcune alternative di uso frequente sono per esempio:

- il *nearest neighbour matching*, che consiste nell'abbinare ogni trattato al controllo che gli assomiglia di più (cioè con il *pscore* più simile);
- il *radius matching*, che consiste nel confrontare ogni trattato con i controlli entro un certo raggio, cioè la cui distanza in termini di *pscore* è inferiore a un valore soglia.

Tra le strategie di stima che si basano sulla condizione di *selezione sulle osservabili* è poi il caso di citare l'uso dei tradizionali modelli di regressione. Anche se la condizione principale su cui si basano è la stessa, dal punto di vista tecnico seguono un'idea differente: il modello di regressione può isolare l'influenza esercitata da ogni variabile di controllo sull'outcome (per esempio l'effetto dell'età sul benessere), quindi si può stimare l'effetto del trattamento sull'outcome al netto dell'influenza di altri fattori (per esempio si possono confrontare trattati e controlli al netto dell'età, perché il modello ha "ripulito" il confronto dall'influenza dell'età dei pazienti).

I modelli di regressione offrono un approccio più tradizionale alla stima di un effetto nelle condizioni presenti, e hanno alcuni punti di forza e debolezza; le varie tecniche di *matching*, più flessibili in alcuni aspetti, hanno anch'esse punti di forza e debolezza a seconda del caso di utilizzo. Posto di avere selezionato il *kernel matching* come strategia "preferita" per la presentazione dei risultati, le analisi sono state condotte ricorrendo anche ad altre tecniche. L'obiettivo è verificare la robustezza delle stime, cioè verificare se esse sono o meno stabili quando la tecnica utilizzata cambia. Come anticipato in precedenza, ciò non avviene, e i risultati sono sostanzialmente gli stessi, quale che sia la tecnica di riferimento. I risultati di questa verifica sono riportati nella Tabella APP1.

Tabella APP1. Stima degli effetti degli SMAI, risultati con diverse tecniche a confronto

	Distrazione (molto)	Tempo (per niente)	Ansia (0-100)	Benessere (0-100)	WAI (0-100)
Radius matching (r=0.01)	+1.7%	+17.2%**	-0.2	+4.1*	+0.3
Nearest neighbour matching	+3.4%	+19.2%**	-1.9	+7.3**	+1.5
Kernel matching	+4.5%	+13.5%**	-0.1	+3.2**	+0.8
Regressione lineare semplice	+5.0%	+13.7%**	+0.4	+4.6**	+1.7

Nota: stime significative per * $\alpha=10\%$ ** $\alpha=5$. Le prime due variabili si riferiscono alla risposta "molto" alla domanda "Oggi durante l'attesa per la visita è riuscito a distrarsi?" e alla risposta "per niente" alla domanda "Le è sembrato che in sala d'attesa il tempo non passasse mai?".

A1.2. I risultati cambiano se analizziamo i "non curiosi"?

Tutte le stime fin qui presentate si sono basate sulla popolazione totale dei pazienti (compilanti) in visita nel periodo di indagine. L'ipotesi alla base dei metodi di stima di utilizzati è che le informazioni individuali raccolte con questionario siano sufficienti a spiegare le differenze iniziali tra trattati e controlli, in particolare l'eventuale propensione a scegliere uno SMAI o uno SMO per differente indole. Nel questionario si è posta una domanda, fin qui non utilizzata, che indaga specificamente il motivo di scelta dello studio medico. Un quinto circa dei rispondenti ha affermato di essere andato in uno SMAI per curiosità, i restanti per motivi prevalentemente logistici.

La procedura di *matching* riduce a un livello ignorabile anche le differenze rispetto al livello di curiosità dei due gruppi. In ogni caso, in questa sezione si presentano i risultati dell'analisi ristretta ai soli "non curiosi"⁵. L'idea è che tale restrizione dovrebbe rendere ancora più solida l'ipotesi di confrontabilità tra trattati e controlli. In primo luogo si mostra, nelle Tabelle APP2 e APP3, la sostanziale somiglianza iniziale tra i "non curiosi" e la popolazione totale.

Tabella APP2. Caratteristiche dei "non curiosi"

	Tutti		"Non curiosi"	
	SMO (controlli)	SMAI (trattati)	SMO (controlli)	SMAI (trattati)
Femmine	58.5%	56.4%	58.5%	56.1%
Maschi	41.5%	43.7%	41.5%	43.9%
Italiani	92.2%	91.5%	92.9%	90.4%
Stranieri	7.8%	8.5%	7.1%	9.6%
40 anni o meno	20.5%	21.4%	20.9%	22.3%
41-60 anni	32.7%	35.6%	32.0%	34.1%
61 anni o più	46.8%	43.0%	47.1%	43.6%
Istruzione: Obbligo o inferiore	21.8%	27.3% *	22.7%	30.6% **
Istruzione: Diploma	42.9%	38.3%	41.3%	37.7%
Istruzione: Laurea	35.3%	34.4%	36.0%	31.7%
Celibe/nubile/vedovo	49.2%	45.4%	49.0%	48.1%
Sposato/convivente	50.8%	54.6%	51.0%	51.9%
Occupato	47.5%	48.3%	46.3%	46.5%
Non occupato/pensionato	52.5%	51.7%	53.7%	53.5%
N	266	564	247	448

Nota: differenze significative per * $\alpha=10\%$ ** $\alpha=5\%$

⁵ Nel campione fin qui analizzato, il 23% dei trattati ha dichiarato la scelta per curiosità, ma anche un 8% dei controlli. Posta la scarsa interpretabilità di questa risposta per i secondi, anche i sedicenti "curiosi" tra i controlli sono stati qui esclusi.

Tabella APP3. Caratteristiche dei “non curiosi”

	Tutti		“Non curiosi”	
	SMO (controlli)	SMAI (trattati)	SMO (controlli)	SMAI (trattati)
Frequenza visite: regolare (almeno ogni 2 mesi)	30.0%	27.0%	29.5%	27.0%
Frequenza visite: occasionale	70.0%	73.0%	70.5%	73.0%
Medico scelto per consiglio o amicizia/fiducia	68.1%	73.3%	67.2%	70.6%
Medico scelto per comodità o altro motivo	31.9%	26.7%	32.8%	29.4%
Stato di forte distress nell’ultimo mese (PGWBI-S) ⁶	34.9%	32.4%	35.9%	31.6%
Stato di distress nell’ultimo mese (PGWBI-S)	22.6%	20.5%	21.2%	20.7%
Stato di non distress nell’ultimo mese (PGWBI-S)	26.0%	29.9%	26.3%	31.6%
Stato di benessere nell’ultimo mese (PGWBI-S)	16.6%	17.2%	16.5%	16.1%
N	266	564	247	448

Nota: differenze significative per * $\alpha=10\%$ ** $\alpha=5\%$

Infine si presentano le stime degli effetti per i “non curiosi”, con diverse tecniche di stima, sulla falsariga di quanto fatto per la popolazione totale nella Tabella APP1. Questa ultima analisi restituisce un quadro completamente in linea con quello precedente, fatte salve le naturali variazioni nei valori assoluti delle stime: si conferma il visibile effetto sulla percezione del tempo durante l’attesa e l’aumento del benessere percepito, mentre sono (sempre positive ma) non significative le variazioni nella risposta sul grado di distrazione e prossime a zero quelle per l’ansia e per l’alleanza percepita col medico.

Tabella APP4. Stima degli effetti degli SMAI per i “non curiosi”

	Distrazione (molto)	Tempo (per niente)	Ansia (0-100)	Benessere (0-100)	WAI (0-100)
Radius matching (r=0.01)	+4.9%*	+15.2%**	-3.3*	+5.4**	+0.3
Nearest neighbour matching	+5.6%	+18.5%**	-4.2	+7.7**	+0.4
Kernel matching	+4.4%	+16.4%**	-2.5	+5.3**	+1.1
Regressione lineare semplice	+4.4%	+14.9%**	0.0	+5.7**	+1.8

Nota: stime significative per * $\alpha=10\%$ ** $\alpha=5\%$. N^T: numero trattati coinvolti nelle stime. Le prime due variabili si riferiscono alla risposta “molto” alla domanda “Oggi durante l’attesa per la visita è riuscito a distrarsi?” e alla risposta “per niente” alla domanda “Le è sembrato che in sala d’attesa il tempo non passasse mai?”.

⁶ L’indicatore PGWBI-S assume valori tra 0 e 110. Valori sotto il 60 indicano un forte distress; valori tra 60 e 69 indicano distress; valori tra 70 e 89 indicano uno stato di non distress; valori di 90 e oltre indicano uno stato di benessere positivo.

Appendice A2. Il Questionario

Parte precompilata (a cura del rilevatore)				
Nome medico _____	Ora:		mattina	pomeriggio
Data _____	Madrelingua		SI	NO
Luogo	SMAI	SMO	(specificare indirizzo -via o piazza- nel caso il medico operi in più studi)	

**Gentile paziente, vorremmo alcune Sue opinioni sulla sua esperienza durante la visita.
Per favore risponda a tutte le domande, in modo libero e sincero.
La informiamo che il questionario è anonimo.**

D01	Sesso	F	M				
D02	Età	18-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71 o più
D03	Nazionalità	Italia	EU	Extra EU			
D04	Stato civile	Celibe/nubile	Sposato/convivente	Vedovo	Altro		
D05	Titolo di studio	Obbligo o inferiore		Diploma scuola superiore		Laurea	
D06	Lavora?	Sì	No	Pensionato			

D07. Con quale intenzione è venuto oggi dal medico?

- Per azioni/prestazioni legate al Covid19
- Per avere una ricetta
- Per essere visitato
- Per avere consigli/informazioni
- Per far valutare esami o altre indagini
- Altro

D08. Quanto spesso viene per una visita dal suo medico (escluso il ritiro di ricette)?

- Ogni settimana
- Ogni mese
- Ogni due mesi
- Occasionalmente

D09. Perché ha scelto questo medico di famiglia?

- Vicinanza/comodità
- Consiglio di familiari/amici/conoscenti
- Amicizia, Fiducia
- Altro

D10. Il suo medico ha due studi. Perché è venuto a fare la visita qui?

- Perché il mio appuntamento era oggi e lo studio aperto era questo
- Perché questo è in una posizione più comoda
- Perché ero curioso di vedere questo studio
- Altro

D11. Quanto tempo ha trascorso in sala d'attesa?

- Meno di 10 minuti
- Meno di mezz'ora
- Almeno mezz'ora

Dopo aver letto attentamente tutte le possibili risposte, scelga per ciascuna domanda la risposta che Le sembra descrivere meglio la Sua situazione.

D12. Nelle ultime 4 settimane, è stato infastidito da stati di tensione o perché aveva i nervi a fior di pelle?

- Enormemente, tanto da non riuscire a lavorare o ad occuparmi delle cose che dovevo fare*
- Moltissimo*
- Parecchio*
- Abbastanza, tanto da esserne infastidito*
- Un po'*
- Per nulla*

D13. Nelle ultime 4 settimane, quanta energia o vitalità ha avuto o ha sentito di avere?

- Decisamente pieno di energia - molto vivace*
- Abbastanza pieno di energia per la maggior parte del tempo*
- Ho avuto notevoli alti e bassi di vitalità ed energia*
- Il mio livello di energia o vitalità è stato generalmente basso*
- Il mio livello di energia o vitalità è stato quasi sempre molto basso*
- Mi sono sentito senza forze, svuotato, privo di energia o vitalità*

D14. Nelle ultime 4 settimane, mi sono sentito scoraggiato e triste

- Mai*
- Quasi mai*
- Una parte del tempo*
- Molto tempo*
- Quasi sempre*
- Sempre*

D15. Nelle ultime 4 settimane, mi sono sentito emotivamente stabile e sicuro di me stesso

- Mai*
- Quasi mai*
- Una parte del tempo*
- Molto tempo*
- Quasi sempre*
- Sempre*

D16. Nelle ultime 4 settimane, mi sono sentito allegro e sereno

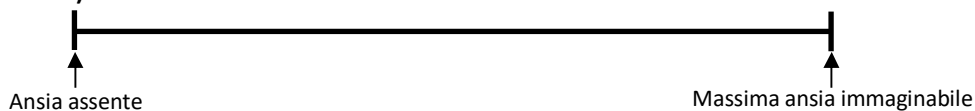
- Mai*
- Quasi mai*
- Una parte del tempo*
- Molto tempo*
- Quasi sempre*
- Sempre*

D17. Nelle ultime 4 settimane, mi sono sentito stanco, esaurito, logorato o sfinito

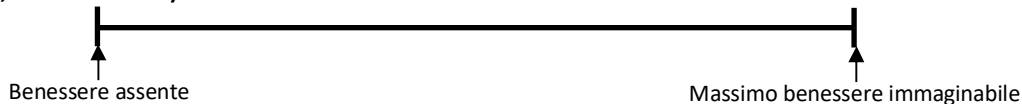
- Mai*
- Quasi mai*
- Una parte del tempo*
- Molto tempo*
- Quasi sempre*
- Sempre*

D18	Oggi durante l'attesa per la visita è riuscito a distrarsi?	<i>Per niente</i>	<i>Poco</i>	<i>Abbastanza</i>	<i>Molto</i>
D19	Le è sembrato che in sala d'attesa il tempo non passasse mai?	<i>Per niente</i>	<i>Poco</i>	<i>Abbastanza</i>	<i>Molto</i>

D20. Indichi sulla linea la posizione tra i due estremi che equivale all'ansia che ha provato durante l'attesa (usi un segno verticale, non una croce).



D21. Indichi sulla linea la posizione tra i due estremi che equivale al suo stato di benessere in questo momento (usi un segno verticale, non una croce).



Indichi per favore quanto è d'accordo con le seguenti affermazioni:

D22	Grazie alle visite dal mio medico mi sento più sicuro su come posso prendermi cura della mia salute	Raramente	Qualche volta	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre
D23	Andare dal medico mi dà nuove idee su come valutare la mia salute	Raramente	Qualche volta	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre
D24	Credo che il mio medico si preoccupi per me	Raramente	Qualche volta	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre
D25	Io e il mio medico troviamo insieme gli obiettivi da raggiungere per migliorare la mia salute	Raramente	Qualche volta	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre
D26	Il mio medico ed io ci rispettiamo reciprocamente	Raramente	Qualche volta	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre
D27	Io e il mio medico lavoriamo insieme per migliorare la mia salute	Raramente	Qualche volta	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre
D28	Sento che il mio medico mi comprende	Raramente	Qualche volta	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre
D29	Io e il mio medico siamo d'accordo sulle cose importanti da fare per migliorare la mia salute	Raramente	Qualche volta	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre
D30	Anche se non seguo i suoi consigli, so che il medico si prende lo stesso cura di me	Raramente	Qualche volta	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre
D31	Sento che ciò che faccio con il mio medico mi aiuterà a stare meglio	Raramente	Qualche volta	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre
D32	Il mio medico ed io siamo d'accordo su cosa devo fare per la mia salute e il mio benessere	Raramente	Qualche volta	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre
D33	Penso che stiamo agendo bene per migliorare la mia salute e il mio benessere	Raramente	Qualche volta	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre

D34	Oggi è la prima volta che viene in questo nuovo studio?	No		Sì	
D35	Quanto è stato comodo trovare e raggiungere questo studio?	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
D36	Recarsi presso il proprio medico in un luogo del genere è stato per Lei un'esperienza piacevole?	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
D37	Conosceva già questo posto?	No		Sì	
D38	Ha approfittato o approfitterà di questa occasione per fare una visita culturale?	No, non mi interessa		No, non ho tempo	Sì
D39	Avere fatto la visita in questo luogo le sembra abbia reso più cordiale il rapporto con il medico?	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto