

# Studi medici nei luoghi di cultura e ad architettura intensa: come cambia l'esperienza della visita

ELEONORA GERBOTTO<sup>1</sup>, GUIDO GIUSTETTO<sup>2</sup>, RAFFAELLA LECCHI<sup>1</sup>, LUCA MO COSTABELLA<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Fondazione per l'Architettura, Torino; <sup>2</sup>Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Torino; <sup>3</sup>ASVAPP – Associazione per lo Sviluppo della Valutazione e l'Analisi delle Politiche Pubbliche, Torino.

Pervenuto il 7 maggio 2024. Accettato il 31 luglio 2024.

**Riassunto.** Cultura di Base è un progetto sperimentale realizzato a Torino tra maggio e ottobre 2022, nell'ambito del quale sono stati allestiti alcuni ambulatori di medici di medicina generale in luoghi di cultura della città, come musei, biblioteche e poli culturali, caratterizzati da una "architettura intensa", ovvero di riconosciuta qualità per la progettazione degli spazi e nella comunicazione di emozioni. L'idea alla base del progetto è che tali spazi possano migliorare l'esperienza dell'attesa e della visita ed eventualmente la relazione tra il medico e il paziente. La valutazione degli effetti del progetto, basata su disegno con gruppo di controllo quasi sperimentale, ha mostrato che, anche nel breve periodo di sperimentazione e con una sola singola visita, è migliorata l'esperienza dell'attesa ed è aumentato il benessere psicologico dei pazienti. Analisi per sottogruppi mostrano che il beneficio è stato maggiore per i pazienti meno giovani.

**Parole chiave.** Ambulatori di medici di medicina generale, architettura intensa, Cultura di Base, luoghi di cultura, sala d'attesa.

*Medical practices in places of culture and intense architecture: how the visit experience changes.*

**Summary.** Cultura di Base is an experimental project realised in Torino between May and October 2022. Some General Practitioners' offices were moved to cultural places of the city, such as museums, libraries, cultural centers, with recognised quality in terms of space design and architecture. The assumption to be tested is that "intense architecture offices" can improve the experience of the visit and possibly strengthen the relationship between patient and doctor. Our counterfactual impact evaluation, based on a quasi-experimental control group design, evidences a significant positive impact both on the perceptions of waiting time and on the post-visit psychological well-being.

**Key words.** Cultura di Base, cultural places, General Practitioners' offices, intense architecture offices, waiting room.

## Introduzione

Cultura di Base è uno dei quattro progetti pilota del Cultural Wellbeing Lab (CWLab), promosso all'interno di Well Impact<sup>1</sup> dalla Fondazione Compagnia di San Paolo.

Cultura di Base è nato da un'idea della Fondazione per l'architettura di Torino, in collaborazione con Arteco, Asl Città di Torino, Circolo del Design, Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Torino, e si posiziona sull'asse tematico della "cultura per l'umanizzazione dei luoghi di cura".

Negli ultimi anni vi è stato un crescente interesse, in ambito di policy, sulla relazione tra cultura, spazi e benessere degli individui. Un importante campo di sperimentazione riguarda le strutture sanitarie, dove le persone possono vivere una situazione psicologicamente difficile. In una situazione di maggiore sensibilità, le caratteristiche del contesto possono incidere sulla disposizione individuale e avere un'influenza su un'ampia gamma di dimensioni, che vanno dal benessere alla salute<sup>2</sup>. Tra i contributi in letteratura su questo argomento, nella revisione di Daykin et al.<sup>3</sup> viene discusso l'impatto della progettazione ambientale sui

pazienti e sugli operatori nelle strutture di cura mentale; Ulrich et al.<sup>4</sup> forniscono una rassegna di studi sulla relazione tra ambienti sanitari e condizioni di salute e psicologiche dei pazienti e del personale; Becker e Douglass<sup>5</sup> analizzano la relazione tra attrattività dell'ambiente e percezioni dei pazienti; Fornara et al.<sup>6</sup> analizzano la relazione tra l'umanizzazione delle unità ospedaliere e le condizioni delle persone, dimostrando che un maggiore grado di umanizzazione è correlato a maggiore soddisfazione e minore angoscia dei pazienti, e a interazioni più attive tra pazienti e personale.

Il progetto Cultura di Base ha voluto affrontare una sfida inedita: sperimentare l'apertura di ambulatori di una selezione di medici di medicina generale della Asl Città di Torino in luoghi di cultura (musei, biblioteche e poli culturali), diffusi sul territorio cittadino, caratterizzati da una "architettura intensa", ovvero di riconosciuta qualità per la progettazione degli spazi e nella comunicazione di emozioni. L'esperienza è stata condotta con l'intenzione di verificare se l'allestimento degli studi medici e delle relative sale di attesa nei luoghi di cultura (nel seguito identificati come Smai, studi medici ad architettura intensa, contrapposti agli Smo, studi medici ordinari) sia capace di modificare l'esperienza della vi-



Per favorire la partecipazione del maggiore numero di persone, il questionario è stato tradotto in francese, inglese, spagnolo, rumeno, arabo, mandarino.

Il disegno della valutazione controfattuale è di tipo quasi-sperimentale: la stima degli effetti degli Smai si basa sul confronto tra gli outcome medi di un gruppo di pazienti "trattati" (che hanno fatto una visita negli Smai) e quelli di un gruppo di controllo (pazienti che hanno fatto una visita negli Smo). Nel periodo di sperimentazione di Cultura di Base, i sette medici coinvolti hanno visitato i pazienti, in momenti e giorni alterni, sia negli Smo che negli Smai. Sia ai pazienti che sono stati negli Smai (trattati) che in quelli degli Smo (controlli) è stato chiesto quindi di compilare, dopo la visita, il questionario. Complessivamente si sono raccolte le risposte di 564 trattati e 266 controlli.

Sintetizzando, gli outcome dei partecipanti rappresentano la condizione fattuale (le condizioni dopo la visita in uno Smai), mentre con gli esiti dei controlli si stima la condizione controfattuale (le condizioni che si sarebbero osservate dopo la visita *con lo stesso medico* in uno Smo).

Condizione di validità delle stime è che trattati e controlli siano abbastanza simili da essere comparabili. In un assetto sperimentale classico l'assegnazione casuale al trattamento rafforza questa condizione, mentre in questo caso sono stati i pazienti a scegliere lo studio in cui fare la visita, e tale processo di auto-selezione può essere causa di differenze iniziali tra i gruppi e di distorsione nelle stime.

Per tenere conto di eventuali differenze iniziali, gli effetti sono stati stimati ricorrendo alla tecnica del *propensity score matching* (abbinamento): ogni paziente trattato è in prima battuta abbinato ai controlli a esso più simili<sup>10</sup>. In seconda battuta, gli effetti sono stimati confrontando le condizioni dei trattati con quelle dei controlli abbinati. Le stime *matching* si basano in sintesi sull'assunto che la somiglianza iniziale tra trattati e controlli sia verificata rispetto a un insieme esaustivo di caratteristiche, in modo da garantire che eventuali differenze negli outcome non possano che dipendere dal trattamento<sup>10</sup>. Questo assunto, non testabile, nel nostro caso è sostenuto dal fatto che la raccolta dati per l'analisi proviene da una rilevazione *ad hoc*, con la quale è stato possibile raccogliere direttamente dai pazienti tutte le informazioni ritenute necessarie:

- le principali caratteristiche demografiche e sociali;
- il nome del medico curante;
- il tipo di relazione con il medico e la frequenza delle visite;
- la ragione per cui si è scelto lo Smai o lo Smo;
- lo stato di benessere iniziale prima della visita, in relazione alle quattro settimane precedenti, misurato con la versione breve (PGWB-S) della scala validata Psychological General Well-Being Index (PGWBI)<sup>11</sup>.

Le tabelle 1 e 2 sintetizzano le caratteristiche dei due gruppi prima e dopo l'abbinamento. I pazienti sono per quasi il 60% donne, in età mediamente avanzata (quasi la metà ha più di 60 anni e non lavora), con un livello di istruzione eterogeneo. Nel 70% dei casi la visita medica è di tipo occasionale. Il confronto tra trattati e controlli mostra che le differenze iniziali (*pre-matching*) tra i due gruppi sono contenute, e in larga misura statisticamente non significative (tolte alcune differenze rispetto al titolo di studio). La procedura di *matching*<sup>10</sup> conduce alla costruzione di un gruppo di controllo abbinato le cui caratteristiche sono decisamente simili ai trattati, con differenze quasi nulle e non significative.

## Risultati

Le stime degli effetti, sintetizzate nella tabella 3, si basano sul confronto tra gli outcome medi dei pazienti trattati e quelli dei controlli abbinati. Per quanto riguarda le sensazioni provate durante l'attesa, l'effetto meno evidente degli Smai è quello sulla capacità di distrarsi. Il 70,7% dei trattati ha dichiarato una sufficiente capacità di distrarsi ("abbastanza" o "molto"), quasi identica a quella dei controlli abbinati (70,3%). In particolare, il 23% dichiara di essere riuscito a distrarsi molto, 4,5 punti in più rispetto ai controlli, ma la differenza non è statisticamente significativa.

Decisamente più evidente è il miglioramento rispetto alla sensazione che il tempo non passasse: coloro che rispondono "per niente" aumentano di 13,5 punti percentuali (corrispondente a un aumento relativo del 26%), a fronte di una riduzione quasi pari rispetto alle risposte più moderate ("poco"). Per quanto riguarda lo stato di ansia durante l'attesa, misurato su una scala da 0 a 100, il livello dichiarato è mediamente basso, e la differenza tra i gruppi è ancora ignorabile (10,5 su 100 per i trattati, 10,6 per i controlli abbinati).

L'outcome successivo riguarda il benessere provato dopo avere concluso la visita dal medico, nel momento della compilazione del questionario. Il livello medio dei trattati, misurato su una scala da 0 a 100, è di 67,4 punti, con un aumento significativo di 3,2 punti attribuibile agli Smai. L'ultimo outcome riguarda l'alleanza medico-paziente, rilevata con la WAI e qui sempre riportata su scala 0-100. Il livello medio misurato su questa scala è alto, pari a 83,1 punti per i trattati e 82,3 punti per i controlli abbinati: la differenza è minima e non si stimano effetti significativi da attribuire alla visita nello Smai.

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 (tabella 4). Una è l'effetto crescente all'au-

**Tabella 1.** Caratteristiche demografiche e sociali post-matching.

|                         | Pre-matching    |                 | Post-matching   |                 |
|-------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
|                         | Smo (controlli) | Smai (trattati) | Smo (controlli) | Smai (trattati) |
| <b>Genere</b>           |                 |                 |                 |                 |
| Femmine                 | 58,5%           | 56,4%           | 57,3%           | 57,4%           |
| Maschi                  | 41,5%           | 43,7%           | 42,7%           | 42,6%           |
| <b>Nazionalità</b>      |                 |                 |                 |                 |
| Italiani                | 92,2%           | 91,5%           | 91,6%           | 90,6%           |
| Stranieri               | 7,8%            | 8,5%            | 8,4%            | 9,4%            |
| <b>Età</b>              |                 |                 |                 |                 |
| 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%           |
| <b>Istruzione</b>       |                 |                 |                 |                 |
| Obbligo o inferiore     | 21,8%           | 27,3%*          | 25,6%           | 26,0%           |
| Diploma                 | 42,9%           | 38,3%           | 38,0%           | 40,7%           |
| Laurea                  | 35,3%           | 34,4%           | 36,4%           | 33,3%           |
| <b>Stato civile</b>     |                 |                 |                 |                 |
| Celibi/nubili/vedovi    | 49,2%           | 45,4%           | 46,6%           | 44,8%           |
| Sposati/conviventi      | 50,8%           | 54,6%           | 53,4%           | 55,2%           |
| <b>Occupazione</b>      |                 |                 |                 |                 |
| Non occupati/pensionati | 52,5%           | 51,7%           | 49,0%           | 50,4%           |
| Occupati                | 47,5%           | 48,3%           | 51,0%           | 49,6%           |
| <b>N</b>                | <b>266</b>      | <b>564</b>      | <b>211</b>      | <b>478</b>      |

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

mentare dell'età dei pazienti. Da un lato i pazienti più anziani sono più numerosi, il che aumenta la significatività delle stime, come per esempio nel caso della capacità di distrarsi e del benessere percepito: nel primo caso le stime sono positive ma non significative anche per i 41-60enni; nel secondo caso le stime di impatto sono sostanzialmente identiche, ma significative solo per i meno giovani. In generale anche l'entità delle stime puntuali cresce per i meno giovani: vale per tutte le variabili indagate con l'esclusione del benessere post-visita. Gli over 60 sono anche l'unica classe per cui si stima una significativa riduzione dell'ansia percepita.

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, rispet-

to agli uomini, le under 40), allo stato di benessere pregresso (la condizione di non distress e 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 agli Smai delle persone più istruite, dall'altra il maggiore peso dei titoli di studio bassi tra le persone meno giovani.

## Discussione

Tirando le somme, si può affermare che i pazienti hanno sperimentato sensazioni mediamente positive, con bassi livelli di ansia e stress e buona

**Tabella 2.** Condizioni iniziali e rapporto col medico post-matching.

|  | Pre-matching    |                 | Post-matching   |                 |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
|  | Smo (controlli) | Smai (trattati) | Smo (controlli) | Smai (trattati) |
| <b>Frequenza visite</b>                            |                 |                 |                 |                 |
| Regolare (almeno ogni 2 mesi)                      | 30,0%           | 27,0%           | 27,2%           | 27,2%           |
| Occasionale  | 70,0%           | 73,0%           | 72,8%           | 72,8%           |
| <b>Scelta medico</b>                               |                 |                 |                 |                 |
| 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%           |
| <b>Stato distress</b>                              |                 |                 |                 |                 |
| 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%           |
| <b>N</b>   | <b>266</b>      | <b>564</b>      | <b>211</b>      | <b>478</b>      |

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

**Tabella 3.** Stima degli effetti degli Smai.

|   |                   | Media 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          |    |
|   | <b>N</b>          | <b>478</b>     |               |    |

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

capacità di distrarsi. L'aver atteso la visita in uno Smai ha 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 un'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

**Tabella 4.** 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 <sup>T</sup> |
|---|---------------------|--------------------|---------------|-------------------|-------------|----------------|
| <b>Genere</b>   |                     |                    |               |                   |             |                |
| Femmine   | 7,9%*               | 12,0%*             | 0,0           | 5,2*              | -0,4        | 274            |
| Maschi  | -0,1%               | 15,7%**            | -0,4          | 0,6               | 2,6         | 203            |
| <b>Età</b>  |                     |                    |               |                   |             |                |
| 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            |
| <b>Istruzione</b>   |                     |                    |               |                   |             |                |
| Scuola obbligo o inferiore                                | 14,0%**             | 10,9%*             | -0,7          | 3,2               | -1,4        | 112            |
| Diploma   | 2,0%                | 4,2%               | -1,1          | 4,7               | 3,3         | 192            |
| Laurea  | 1,1%                | 28,3%**            | 1,2           | 2,5               | -1,3        | 174            |
| <b>Stato civile</b>                                       |                     |                    |               |                   |             |                |
| 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            |
| <b>Occupazione</b>  |                     |                    |               |                   |             |                |
| 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            |
| <b>Stato distress</b>                                     |                     |                    |               |                   |             |                |
| Stato di distress nell'ultimo mese (PGWBI-S) <sup>§</sup> | 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 \* $\alpha=10\%$  e \*\* $\alpha=5\%$ . NT= 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?".

<sup>§</sup> 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).

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.

Oltre alla valutazione quantitativa degli effetti, la sperimentazione è stata accompagnata da due valutazioni di natura qualitativa, etnografica e osservativa.

La realizzazione di un racconto etnografico basato su interviste in profondità a partner di progetto e partecipanti alla sperimentazione (a cura dell'antropologa Consuelo Nocentini, attraverso una collaborazione con il Centro GREEN dell'Università della Valle d'Aosta) è una raccolta di testimonianze che aggiungono sapere, competenze ed esperienze al racconto di Cultura di Base, per orientare una sua ricalibratura e replicabilità non solo nel contesto torinese.

Il metodo dell'osservazione a cura de Il Nodo Group (coordinato dal dott. Mario Perini) ha impie-

gato due formati distinti, integrabili tra loro, oltre che con gli altri metodi utilizzati (questionari, interviste, indagini antropologiche):

- l'osservazione istituzionale<sup>12</sup>, cosiddetta "partecipe e non interferente", che si rivolge in particolare alle modalità emotive e comportamentali con cui i pazienti reagiscono alle esperienze artistico-culturali e se e in che modo le condividano con altri pazienti e con i curanti;
- l'osservazione prossemica, dove al centro del processo osservativo sta la relazione tra la natura dello spazio, la sua struttura, il suo impiego e il comportamento delle persone, viste in questo caso nel loro percorso di accesso e di utilizzo degli spazi di cura.

Il focus delle osservazioni di tipo istituzionale è stato centrato su accoglienza e attesa; alleanza di lavoro medico-paziente; benessere percepito dall'utenza (e anche dai curanti).



Questo tipo di osservazione si pone sulla soglia per non interferire, perciò non è stato possibile osservare la relazione medico-paziente durante la visita. La relazione pare giovare della proposta di Cultura di Base. L'incontro del medico con il paziente, quando è stato possibile osservarlo, appare non frettoloso e curato negli aspetti di accoglienza e di congedo. Ciò che si percepisce osservando è che, in questi luoghi, la dimensione dell'ascolto del paziente è come se fosse potenziata. È stata posta attenzione al contenere un primo senso di spaesamento, soprattutto nel caso di pazienti anziani. Il tempo dedicato a ciascun paziente pare dilatato, forse anche perché questi luoghi non sono particolarmente affollati. Il clima ovunque è risultato sostanzialmente positivo e comunque accogliente, senza livelli di tensione e disagio evidente.

L'osservazione prossemica ha offerto un quadro interessante di temi, opzioni e problemi da tenere in considerazione come indicatori di efficacia per la replicabilità della sperimentazione.

- a. sale mediche e spazi di attesa: riconoscibilità degli spazi destinati ad attività medico-ambulatoriali, comfort climatico e dotazione di arredi e nelle aree destinate alle visite e all'attesa, rispetto della privacy e dei momenti di preparazione del paziente alla visita, sovrapposizione con funzioni di transito e passaggio di addetti della sede e/o di altri tipi di visitatori;
- b. zone di ingresso: chiarezza e facilità di orientamento dei percorsi di accesso alle sale mediche, interazione e integrazione degli spazi medici con le attività caratterizzanti la sede;
- c. supporti ai pazienti: efficacia della segnaletica e ruolo importante dei volontari;
- d. coinvolgimento dei pazienti e presenza di elementi che stimolino la curiosità verso le attività presenti nella sede e diverse da quelle medico-ambulatoriali: collocazione dello studio medico al piano dell'allestimento museale o della biblioteca, presenza all'ingresso dell'edificio di riferimenti evidenti alle iniziative culturali della sede, facili collegamenti nelle zone di attesa medica verso tali attività, informazioni circa le attività della sede, mediante grafica, cartellonistica, strumenti multimediali e ausili diretti da parte dei volontari.

Tali punti significativi sono illustrati (così come il dettaglio del progetto e di tutte le valutazioni) in una relazione specifica, utilizzata dal gruppo di progetto per stilare le linee guida per la replicabilità di Cultura di Base<sup>13</sup>.

### Limiti dello studio

La valutazione controfattuale aveva l'obiettivo di stimare il cambiamento vissuto dal paziente relativo alle

emozioni percepite durante l'attesa della visita, al benessere percepito dopo la visita, fino alla percezione del grado di "alleanza" con il medico. Questo ultimo outcome, su cui peraltro non si sono stimati effetti significativi, risulta troppo ambizioso per la struttura del progetto nella sua fase di sperimentazione, e per le conseguenti caratteristiche del disegno di valutazione: il rapporto tra medico di medicina generale e paziente è una relazione che si definisce e si consolida nel tempo (anni); pur essendo credibile che un luogo di impatto culturale possa migliorare la relazione e quindi l'alleanza con il medico, questo effetto difficilmente si può osservare in una breve frazione di tempo: la sperimentazione è durata sei mesi, e la misurazione degli outcome, alleanza compresa, aveva luogo alla prima visita condotta dal paziente in quel periodo. La verifica di un effetto sull'alleanza richiederebbe una sperimentazione di lungo periodo, con un disegno in grado di cogliere gli effetti dopo una ripetuta esposizione agli Smai.

Un secondo aspetto da considerare riguarda in generale la validità esterna (*generalizzabilità*) dei risultati. La partecipazione alla sperimentazione da parte dei medici è stata di tipo vocazionale. In altre parole i medici si sono offerti, ed è presumibile che ciò non sia avvenuto in maniera casuale, ma si siano autoselezionati medici particolarmente interessati alla relazione con i propri pazienti e con l'intento di offrire loro un *plus* di attenzione. Questi stessi medici hanno instaurato nel tempo una buona relazione con i loro pazienti per cui il cambio di ambiente, se pure verso un luogo prestigioso, potrebbe difficilmente incidere su un'alleanza terapeutica già di alto livello. D'altro canto questa ultima considerazione può valere anche per altri outcome, come per esempio il benessere percepito dopo la visita: un medico più "attento" sarà in grado di far percepire, anche in uno Smo (livello controfattuale), un maggiore benessere psicologico, più difficile da incrementare. Le stime mostrano tuttavia che il benessere è comunque aumentato grazie agli Smai. Future sperimentazioni su pazienti di un gruppo più numeroso e meno selezionato di medici potrebbero chiarire se l'effetto potenziale degli Smai possa essere anche superiore a quello stimato da questo studio.

In definitiva, l'intuizione del progetto è certamente da ritenere valida e la sua sperimentazione, che ha dovuto scontare alcune criticità dovute al periodo storico (incertezza legata alla situazione sanitaria complessa dovuta al Covid - che ha richiesto ricorrenti variazioni di tempi e strategie, la posticipazione della sperimentazione e ha influenzato la partecipazione di medici e luoghi di cultura), al carattere intrinseco di sperimentazione temporanea e ridotta del tempo (con la conseguente non opportunità di modificare/ adeguare permanentemente spazi e percorsi alle esigenze del progetto) e al budget ridotto (che non ha

consentito di rendere gli spazi di visita e attesa (o loro meglio), rappresentano certamente un passo molto significativo in termini di cambiamento culturale nella relazione tra medici di medicina generale (servizio sanitario pubblico) ed esperienze di welfare culturale.

## Conclusioni

Il progetto ha riscosso il gradimento dei pazienti e dei medici, l'interesse e l'apprezzamento del settore culturale e dell'architettura e del settore medico, anche a livello mediatico nazionale e internazionale. Da non sottovalutare la ricaduta positiva della sperimentazione per quanto riguarda i luoghi di cultura. Ricaduta che si pone come chiave per affrontare una riflessione sull'odierno ruolo dei luoghi di cultura nell'ambito della società stessa, andando a rafforzare la relazione tra cultura e benessere.

Cultura di Base ha anche riscosso l'interesse da parte dell'Assessorato alla Cultura della Città di Torino (che intende proseguire la sperimentazione nelle biblioteche civiche), dei medici e dei luoghi coinvolti nella prima sperimentazione, che si sono detti disponibili a proseguire con l'esperienza.

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. Al termine della prima sperimentazione, sulla scorta delle valutazioni sintetiche e analitiche ottenute, i partner del progetto Cultura di Base auspicano un'ulteriore fase di sperimentazione e valutazione, con l'obiettivo di migliorare e affinare la prima esperienza e rafforzare e modellizzare Cultura di Base in vista di una sua replicabilità e stabilizzazione a livello territorialmente ampio.

*Conflitto di interessi:* gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

*Acknowledgements:* il progetto Cultura di Base e la sua valutazione sono stati realizzati nell'ambito del progetto CWLab - Cultural Well-being Lab. Il CWLab è stato promosso e finanziato dalla Fondazione Compagnia di San Paolo.

## Note

<sup>§</sup> Carla Capello, Giuseppe Cavallero, Renato Cela, Roberta Petrandrea, Romano Ravazzani, Cristina Tarditi, Sara Vigone.

<sup>^</sup>La somiglianza tra individui è misurata come differenza tra i relativi *propensity score*. Il *propensity score*, definito come probabilità

stimata, condizionata alle caratteristiche iniziali, di essere trattati, può essere descritto più semplicemente come un indice, variabile tra 0 e 1, che sintetizza l'informazione su tutte le caratteristiche iniziali di un individuo<sup>9</sup>.

<sup>9</sup>Il *propensity score matching* può essere applicato ricorrendo a un ampio numero di tecniche di abbinamento. Per questo studio ne sono testate diverse, verificando la robustezza dei risultati. Quelli presentati in questo contributo si riferiscono al *kernel matching*, che prevede di abbinare ogni trattato a una media pesata di controlli, con pesi proporzionali al grado di somiglianza.

## Bibliografia

1. Fondazione Compagnia di San Paolo. Well Impact. Disponibile su: <https://lc.cx/SfUc-J> [ultimo accesso 23 settembre 2024].
2. Anåker A, Heylighen A, Nordin S, Elf M. Design quality in the context of healthcare environments: a scoping review. *HERD* 2017; 10: 136-50.
3. Daykin N, Byrne E, Soteriou T, O'Connor S. The impact of art, design and environment in mental healthcare: a systematic review of the literature. *J R Soc Promot Health* 2008; 128: 85-94.
4. Ulrich RS, Zimring C, Joseph A, Quan X, Choudhary R. The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: a once-in-a-lifetime opportunity. Concord, CA: The Center for Health Design, 2004.
5. Becker F, Douglass S. The ecology of the patient visit: physical attractiveness, waiting times, and perceived quality of care. *J Ambul Care Manage* 2008; 31: 128-41.
6. Fornara F, Bonaiuto M, Bonnes M. The relationship between the humanization of inpatient areas and the satisfaction and perceived affective qualities of hospital users. Proceedings of the HaCIRC International Conference: Better Care Through Better Infrastructure, Edinburgh, 22-24 September 2010, 19-27.
7. Rice G, Ingram J, Mizan J. Enhancing a primary care environment: a case study of effects on patients and staff in a single general practice. *Br J Gen Pract* 2008; 58: 465-70.
8. Sturgiss EA, Rieger E, Haesler E, Ridde MJ, Douglas K, Galvin SL. Adaption and validation of the Working Alliance Inventory for General Practice: qualitative review and cross-sectional surveys. *Family Practice* 2019; 36: 516-22.
9. Rosenbaum PR, Rubin DB. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika* 1983; 70: 41-55.
10. Imbens G, Rubin DB. Causal inference for statistics, social, and biomedical sciences: an introduction. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2015.
11. Grossi E, Groth N, Mosconi P, et al. Development and validation of the short version of the Psychological General Well-Being Index (PGWB-S). *Health and Quality of Life Outcomes* 2006; 4: 88.
12. Hinshelwood RD, Skogstad W. Observing Organisations Anxiety. Defence and Culture in Health Care. London: Routledge, 2000.
13. Cultura di Base. L'esperienza dello spazio progettato come parte del benessere. Disponibile su: <https://lc.cx/O1U89r> [ultimo accesso 6 settembre 2024].