

**UNIVERSITY OF PAVIA
&
IUSS SCHOOL FOR ADVANCED STUDIES PAVIA**

**Department of Brain and Behavioral Sciences
MSc in Psychology, Neuroscience and Human Sciences**



**UNIVERSITÀ
DI PAVIA**



IUSS

Scuola Universitaria Superiore Pavia

**When Medical Reports Speak to Patients:
Citizens' Preferences, Practices, and Priorities for Patient-Centred Clinical
Documentation**

*A cross-sectional survey study within the landscape of written medical
communication*

Supervisor:
Prof. Serena Barello
Co-Supervisor:
Dr.ssa Michela Monaci

Thesis written by
Dr.ssa Elena Viviani

Academic year 2025/2026

Abstract

Despite their potential to support patient comprehension and self-management, written clinical documentation is rarely designed with patient-facing communication in mind. This thesis investigated how Italian adults use and evaluate the clinical documents they receive, identified sociodemographic and health-related variables influencing use patterns, and generated empirical evidence to inform the future profiling of citizen documentation needs for the development of AI-generated personalised clinical documents. A cross-sectional online survey was administered to 191 adults who had received at least one medical report in the preceding 12 months. Engagement with reports was high: 90.6% read documents immediately upon receipt and 82.7% compared reports over time. Participants prioritised diagnostic explanations, warning signs, medication information, and follow-up guidance as the most important content. Linguistic clarity and structural accessibility were broadly valued, and 91.1% endorsed the use of functional design markers to flag abnormal values. Most participants (69.1%) preferred dual digital and paper delivery. Older age was associated with preference for paper ($\chi^2(8) = 18.11$, $p = .020$) and chronic illness with longitudinal report comparison ($\chi^2(1) = 7.61$, $p = .006$). These findings demonstrate that citizens actively engage with clinical documentation but have specific and heterogeneous needs that current documentation design does not address, providing a baseline for user profiling and AI-assisted patient-centred communication.

Keywords: medical reports; clinical documentation; patient-centred care; health communication; patient engagement; health literacy; after-visit summaries

Chapter 1: Introduction

In modern healthcare, the clinical encounter does not end when a patient leaves the consultation room. Increasingly, the information exchanged during medical visits is consolidated into written documents: discharge letters, consultation reports, and After-Visit Summaries (AVS) that patients carry home, reread, and share with caregivers and family members. These documents have the potential to serve as powerful instruments of clinical continuity, reinforcing spoken advice, supporting self-management, and sustaining the therapeutic relationship beyond the immediate encounter. Yet, in practice, they often fall short of this potential. Written in technical language, structured for administrative rather than communicative purposes, and formatted with clinicians rather than patients in mind, most clinical documentation remains inaccessible to the very people it is supposed to serve.

The AVS is the most common example of clinical documentation that the patient reads and relies on to remember information exchanged with a clinician. Formally defined as a document generated from the Electronic Health Record (EHR) to summarise patients' encounters with the healthcare system (Federman et al., 2018), the AVS has become a standard feature of outpatient care in many countries, particularly where digital health regulations have mandated its provision. It typically includes diagnoses, prescribed medications, laboratory results, upcoming appointments, and self-management instructions. Its stated purposes are to enhance recall of medical information, support shared decision-making, and improve health outcomes (Federman et al., 2018). Despite this ambition, evidence consistently shows that patients struggle to find, understand, and act upon the information contained in AVSs (Federman et al., 2017; Pavlik et al., 2014).

The present Master's thesis in Health Psychology investigates how Italian adults, including those living with chronic conditions, perceive, use, and evaluate medical reports, with particular emphasis on their informational, linguistic, structural, and format preferences. The empirical findings of this study point toward the broader, translational goal of mapping the heterogeneity of citizen's documentation needs across sociodemographic and health-related dimensions, a first step from which distinct citizen profiles could be derived and which could ultimately inform the development of a personalised, AI-assisted system for the automatic generation of patient-centred AVSs.

1.1 Rationale and Aims

Despite widespread recognition of the limitations of current clinical documentation design, there is a scarcity of systematic, quantitative investigation of patient preferences and practices with respect to medical reports, particularly in the Italian context. Equally absent is research that moves beyond the description of preferences toward the identification of distinct citizen profiles, meaning coherent clusters of individuals sharing similar documentation needs, priorities, and constraints, which could serve as the basis for genuinely personalised communication. Without an empirically grounded taxonomy of user needs, AI based tools for documentation generation risk replicating the one-size-fits-all logic of the documents they are designed to replace.

The present study addresses this gap through a quantitative, community-based survey of Italian adults. By sampling from a general rather than a clinical population, it captures a broader range of experience with medical reports, including individuals who interact with the healthcare system irregularly and may therefore be disproportionately disadvantaged by poorly designed documentation. The inclusion of participants both with and without chronic conditions enables exploratory comparisons of report experience across health status, while the comprehensive measurement approach allows identification of key informational priorities and preferred communication features.

The present study aims first to describe how Italian adults use and evaluate medical reports, with particular attention to the features they consider most important for patient-centred documentation; and second, to identify sociodemographic and health-related variables, including age, education, and diagnostic status, that are associated with different patterns of report use and format preference. Together, these findings are intended to generate an empirically grounded basis for the future delineation of citizen need profiles and, ultimately, for the development of AI-based systems capable of generating personalised AVSs.

Chapter 2: The Landscape of Written Medical Communication

The after-visit summary does not exist in isolation: it is one of many written documents that traverse the healthcare system at every transition point: from primary to specialist care, from hospital ward to home, from clinician to patient.

Understanding the AVS as a distinct documentary form requires situating it within this broader ecology of written medical communication: identifying what types of documents exist, what purposes they serve, who they are addressed to, and their effectiveness and limitations.

2.1 A Typology of Written Medical Documents

Clinical written communication encompasses a range of document types that differ along several key dimensions: their primary audience (clinician-to-clinician versus clinician-to-patient), their trigger event (outpatient visit, hospital discharge, specialist referral, or ongoing care), their regulatory basis, and their communicative function. A working typology can be organised around these distinctions.

2.1.1 *The Discharge Summary*

The hospital discharge summary is perhaps the most extensively studied form of clinical written communication. It is generated at the end of an inpatient admission and its function is to consolidate information about the established diagnosis, investigations performed, treatment delivered, and the plan for follow-up, and to transmit this information to the patient's primary care physician or general practitioner (GP). In its traditional form, the discharge summary is a clinician-to-clinician document: patients may receive a copy, but the primary receiver is the provider responsible for continuing the patient's care (Schwarz et al., 2019).

Evidence shows however a persistent and clinically significant gap between the intended and actual quality of discharge summaries: a systematic review and narrative synthesis by Schwarz and colleagues (2019) identified 29 studies documenting patient safety risks associated with discharge letters, including delays in transmission, medication transcription errors, and omission of key clinical details. These failures are especially harmful because discharge is already a period of particular vulnerability: patients are navigating the transition from a supervised, information-rich hospital environment to the relative isolation of home, often with new medications, unfamiliar diagnoses, and limited access to professional clarification. A growing movement in several healthcare systems has therefore pushed for patient-directed discharge letters: documents written in accessible language and addressed to patients rather than, or in addition to, receiving clinicians. In the United Kingdom, the Professional Record Standards Body (PRSB) has developed standards for outpatient letters that explicitly recommend writing directly to patients, recognising that these letters are often the sole contemporaneous record of a clinical encounter held by the outpatient service (PRSB, 2017).

2.1.2 *The Outpatient Clinic Letter and Referral Letter*

Outpatient clinic letters and specialist referral letters occupy distinct but related positions in the healthcare documentary world. The referral letter travels from a referring clinician, typically a general practitioner, to a specialist or secondary care service. It summarises the patient's presenting complaint, relevant medical history, current medications, and the specific question or action requested of the receiving specialist. Well-constructed referral letters have been shown to reduce diagnostic delays, prevent redundant investigations, and support appropriate triage of patients (Greenup et al., 2022).

The outpatient clinic letter, or consultation letter, travels in the opposite direction: generated after the specialist appointment, it communicates findings, recommendations, and follow-up plans back to the referring clinician. GP perspectives research in the United Kingdom identified a consistent set of elements considered essential to a successful letter: a clear diagnosis, an appropriate follow-up plan, medication changes and their rationale, a clinical summary, details of investigations performed, and an explicit account of what the patient has been told during the consultation (Weetman et al., 2020). In many National Health Service (NHS) services, best practice guidance now recommends that outpatient clinic letters be written directly to patients and copied to primary care. Audits of clinical correspondence suggest, however, that compliance with this guidance remains uneven, with readability assessments revealing persistent use of unexplained medical jargon even in letters nominally directed at patients (Weetman et al., 2020).

2.1.3 The After-Visit Summary

The AVS differs from both the discharge summary and the outpatient clinic letter in its fundamental design logic. Where discharge summaries and clinic letters are primarily oriented toward clinical handover, the AVS is explicitly patient-facing: it is generated directly for the patient at the conclusion of an outpatient appointment and is intended to reinforce the information exchanged during the consultation. In the United States, the AVS was formalised as a component of Meaningful Use requirements under the Health Information Technology for Economic and Clinical Health (HITECH) Act of 2009, which mandated to ambulatory practices that they offer patients a clinical summary after every visit (Pavlik et al., 2014). This policy context made the AVS one of the few written clinical documents with an explicit statutory mandate oriented toward patient information provision, rather than provider-to-provider communication.

The gap between this aspiration and routine practice is, however, well documented. EHR-generated AVSs tend toward information density and clinical language, optimised for documentation thoroughness rather than patient usability (Federman et al., 2017). Patients across educational and literacy levels often struggle to find, understand, and act upon AVS content, a pattern that has direct implications for health equity and self-management (Nouri et al., 2020).

2.1.4 Clinical Notes and Open Notes

A fourth category of written medical communication encompasses the clinical notes produced by healthcare providers during and after patient encounters. Historically, these documents were internal professional records, accessible to clinical staff but not routinely shared with patients. The past decade has seen a significant shift in this landscape, driven by the Open Notes movement, an international initiative that promotes patient access to clinicians' narrative documentation within EHRs. Research on the effects of this transition shows that patients consistently report improved comprehension, recall, and sense of empowerment; some also report detecting errors in their records, functioning as an informal safety mechanism (Monaci et al., 2025a).

The open notes landscape is also generating new ethical and clinical complexities. The premature encounter with alarming information, such as laboratory or radiology findings viewed in a portal before any clinical follow-up is available, in the absence of professional contextualisation, underscores the communicative gap that a well-designed AVS is positioned to address.

2.1.5 Patient Education Materials

Beyond documents generated from the EHR, patients routinely encounter a broader range of written health materials: discharge instructions, medication leaflets, condition-specific educational pamphlets, and self-management guides. The evidence on their readability is consistently negative. A systematic review covering 29,424 written patient materials published between 1990 and 2022 found that all included reviews reported materials exceeding the recommended sixth-to-eighth grade reading level, and that readability levels had not improved across the three decades surveyed (Okuhara et al., 2025). A parallel body of research indicates that simplifying language and improving the structural presentation of written materials can enhance patient comprehension, although the magnitude of these effects varies across settings and study designs (Federman et al., 2018; Okuhara et al., 2025).

2.2 From Clinician-to-Clinician to Patient-Directed Communication

Considered together, the documentary forms described above trace a structural evolution in clinical written communication: a gradual but consequential shift from documents designed for professionals toward documents addressed, at least nominally, to patients. This shift is visible in the growing recognition that clinical documents are not merely information delivery mechanisms but communicative acts with relational, emotional, and equity dimensions (Monaci et al., 2025b).

This evolution is, however, incomplete and unevenly distributed. Across healthcare systems, the gap between policy aspiration and clinical reality is substantial. Italy's position within this landscape is instructive. The Servizio Sanitario Nazionale (SSN) lacks the statutory equivalent of the US Meaningful Use mandate. Patients in Italy routinely receive copies of specialist consultations, discharge summaries, and laboratory reports, but these documents are largely designed for clinical rather than patient audiences. The Italian EHR ecosystem is heterogeneous across regions, and the Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), the national electronic health record, has been subject to multiple implementation delays and regional variation in scope and accessibility. Against this backdrop, the present study's investigation of how Italian adults experience written clinical documentation acquires particular practical relevance.

2.3 Cross-Cutting Challenges

Across all document types reviewed above, a set of cross-cutting challenges emerges with striking consistency. The first is readability: clinical written communication, regardless of format or policy mandate, persistently exceeds the reading level of the patients it is intended to serve (Okuhara et al., 2025).

The second challenge is the tension between the multiple purposes of clinical documentation: completeness and legal defensibility on one hand, patient comprehension and usability on the other. Documents generated through EHR interfaces are optimised for the administrative and regulatory functions that drove their development, not for the communicative needs of patients reading them at home (Federman et al., 2017).

The third challenge is emotional. Clinical documents carry emotional weight for the patients who receive them. As Monaci and colleagues (2026) highlighted in the hepatology context, the language and tone of written reports shape patients' sense of inclusion or exclusion from the management of their own health. Stigmatising terminology, bureaucratic formulations, and unexplained alarming findings can damage the therapeutic relationship even when the underlying clinical care is excellent.

The fourth challenge is equity. Health literacy, eHealth literacy, language proficiency, digital access, and social support all moderate the relationship between written clinical communication and patient outcomes. These patterns suggest that document redesign alone cannot close the communication gap without attention to the social and structural determinants of health information access (Nouri et al., 2020).

Chapter 3: Theoretical and Empirical Foundations

3.1 Health Literacy and Clinical Documentation

Health literacy is a multidimensional construct encompassing the cognitive, social, and motivational competencies required to access, understand, appraise, and apply health information in everyday contexts (Sørensen et al., 2012). Definitions have evolved substantially since the concept was first operationalised in the 1970s. Early formulations focused narrowly on functional skills, meaning the ability to read prescription labels or understand appointment slips, while contemporary frameworks emphasise higher-order abilities including critical appraisal of health information, navigation of health systems, and the active communication of health needs to professionals (Sørensen et al., 2015).

The European Health Literacy Survey (HLS-EU), conducted across eight European countries, established that limited health literacy is both widespread and socially patterned: those with lower incomes, lower educational attainment, older age, and chronic conditions are disproportionately more likely to struggle with health information (Sørensen et al., 2015). These findings have been replicated in Italy, where the Italian HLS19 survey found that 57.7% of the population had limited health literacy, defined as either problematic or inadequate by HLS-EU-Q16 standards (as cited in Ausserhofer et al., 2025).

The relationship between health literacy and AVS comprehension is both direct and mediated by document design. Patients with limited health literacy are less likely to consult the AVS, less likely to find it useful, and more likely to misinterpret its content (Federman et al., 2017). These findings highlight a fundamental tension in documentation design: documents generated through EHR systems are structured for clinical completeness and legal defensibility, not for patient comprehension. The cognitive demands imposed by a dense, jargon-laden document are particularly burdensome for patients with already limited cognitive resources: those who are anxious, elderly, in pain, or managing multiple conditions simultaneously (Federman et al., 2017).

3.2 Patient Engagement and Written Communication

Patient engagement has emerged over the past two decades as a central concept in health psychology and health services research, encompassing patients' cognitive, emotional, and behavioural investment in their own care (Graffigna & Barelo, 2016). Graffigna and Barelo (2016) propose a stage-based model in which engagement evolves along a continuum from a state of disorientation and emotional overwhelm following illness onset, toward a condition of active co-management characterised by proactive health-seeking behaviour, effective communication with healthcare professionals, and adaptive self-management.

Written clinical documentation, in this framework, serves a relational as well as an informational function: it can either support or undermine the patient's developing sense of agency and self-efficacy. When AVSs are accessible, accurate, and attuned to patients' informational needs, they strengthen engagement. When they are opaque, alarmist, or poorly organised, they may provoke anxiety, reduce self-efficacy, and discourage proactive health behaviour. The 2020 Italian Consensus Statement on Patient Engagement in Chronic Care (Graffigna et al., 2020) recommended that healthcare communication, including written materials, be systematically tailored to patients' measured engagement levels, recognising that a one-size-fits-all approach to documentation design is unlikely to meet the diverse needs of a chronic patient population.

3.4 Artificial Intelligence and the Future of Clinical Documentation

The application of artificial intelligence to clinical documentation represents one of the most rapidly evolving areas of health technology. Large language models (LLMs) and natural language processing (NLP) tools are increasingly being deployed to reduce the administrative burden on clinicians and, more recently, to improve the patient-facing quality of clinical documents. Emerging evidence suggests that LLM-generated clinical summaries have significant potential to simplify complex medical jargon and improve readability, though concerns about hallucinations, meaning instances in which AI systems generate plausible but inaccurate content, remain a significant barrier to clinical implementation.

For AI-assisted documentation design to be clinically viable, patients must be willing to engage with and trust AI-generated content. Qualitative data from Monaci et al. (2025a) offer a preview of the complexity of patient attitudes. Participants in their hepatology study spontaneously mentioned turning to AI tools, particularly large language model chatbots, to interpret medical reports they could not understand. These accounts suggest that patients are already improvising AI-assisted document interpretation in the absence of officially supported tools, a finding that strengthens the case for proactive, patient-centred AI integration into documentation design. Critically, however, Barelo and Monaci (2025) have argued that patient-centred innovation must include the needs of diverse and potentially marginalised users, ensuring that AI-generated documentation does not reproduce or amplify existing health inequalities.

Recent experimental evidence on the impact of AI-generated documentation on patients in the clinical setting comes from Rust and colleagues (2026) who conducted a randomised trial in an internal medicine department in Germany. The trial randomised 128 participants to receive either a standard discharge summary or an LLM generated (GPT-40), physician-reviewed patient-oriented discharge summary. At discharge, the intervention group showed significantly higher Patient Activation Measure scores than controls (Hodges–Lehmann median difference 9.6 points, 95% CI 4.3–15.1, $p = .0009$), and rated the document as more helpful and comprehensible. No critical errors were identified in the LLM outputs following physician review, suggesting that hallucination risks are manageable under supervised implementation. Notably, no significant differences in perceived empathy or trust emerged between conditions suggesting that linguistic accessibility and the relational dimensions of clinical communication are distinct constructs that require separate design attention. These results are between the first high-quality causal evidences that AI-generated patient-facing documentation can improve a clinically meaningful patient outcome, and establish a methodological template for future intervention studies in this field.

Chapter 4: Methodology

4.1 Study Design

This study is part of a broader mixed-methods research project investigating citizens' expectations regarding patient-oriented clinical documentation. The present thesis reports the cross-sectional survey component of that project, focusing on citizens' use of and preferences for medical reports. A cross-sectional design was selected because it enables the simultaneous collection of data across a large and geographically diverse sample, allowing the identification of population-level patterns and the exploration of associations between variables without the logistical demands of longitudinal follow-up (Setia, 2016). This design is appropriate for descriptive and exploratory research objectives of the kind pursued here, where the aim is to map preferences and practices rather than to establish causal mechanisms.

4.2 Sample and Recruitment

Participants were recruited using a purposive sampling strategy conducted through patient and caregiver associations, institutional mailing lists, and social media channels. This multi-channel approach and sampling strategy was adopted to ensure variability in the dataset and the inclusion of participants with diverse health experiences and backgrounds. Eligible participants were adults (aged ≥ 18 years) who had received at least one medical report or after-visit summary within the previous 12 months. Additional inclusion criteria were Italian language proficiency and provision of informed consent prior to participation.

4.3 Procedure

Data were collected through an anonymous online questionnaire administered via the Qualtrics survey platform, in full compliance with General Data Protection Regulation (GDPR) requirements. The study was reviewed and approved by the Ethics Committee N. 219/25. Participants accessed the survey through a web link distributed through the recruitment channels described above and provided electronic informed consent before proceeding. Participation was entirely voluntary; participants were informed of their right to discontinue at any time without consequence. The questionnaire required approximately 25 to 30 minutes to complete.

4.4 Measures

Participants completed a questionnaire developed on the basis of prior qualitative findings and the existing literature on patient-centred communication. The survey comprised the following domains:

- Sociodemographic and health variables: age, gender, education level, employment sector, marital status, and presence of a chronic or oncological condition.
- Experience with medical reports: reading behaviour (i.e., whether participants read reports immediately upon receipt), archiving practices, and the practice of comparing reports or test results over time. Reading behaviour was assessed with the item "Do you usually read medical reports as soon as you receive them?", rated on a 4-point frequency scale (1 = never to 4 = always).

- Informational priorities: ratings of the importance of specific categories of information within medical reports, including diagnosis explanations, warning signs, medication details, and follow-up instructions. This domain was assessed with the ad hoc Informational Content Priorities scale (7 items). A sample item was “How important do you consider it that a medical report includes a clear explanation of the diagnosis?”, rated on a 4-point Likert scale (1 = not at all important to 4 = very important).
- Language features: ratings of the importance of linguistic characteristics such as clarity, absence of ambiguity, simplicity of language, and adaptation to patients’ educational level. This domain was assessed with the ad hoc Language Clarity scale (4 items). A sample item was “How important do you consider it that the language in a medical report is clear and easy to understand?”, rated on the same 4-point Likert scale (1 = not at all important to 4 = very important).
- Structural and design features: ratings of the importance of structural elements such as explanations of technical terms, highlighted key information, clear organisation, and the use of design elements to mark abnormal values. This domain was assessed with three ad hoc scales: Structure Priorities (7 items), Explanatory Support (5 items), and Visual Utility (3 items). Sample items included “How important do you consider it to include a diagnosis explained in simple terms?” and “How useful would you find colours or symbols used to highlight abnormal or critical values?”, both rated on a 4-point Likert scale (1 = not at all important/useful to 4 = very important/useful).
- Format preferences: preferred modality for receiving medical reports (paper only, digital only, or both).

In addition to the AVS-specific domains described above, the questionnaire incorporated a battery of validated instruments assessing psychological and health-related constructs relevant to documentation use and comprehension: attitudes toward artificial intelligence (General Attitudes toward Artificial Intelligence Scale; GAAIS; Schepman & Rodway, 2023), illness perception (Brief Illness Perception Questionnaire; Brief-IPQ; Broadbent et al., 2006), anxiety symptoms (Generalized Anxiety Disorder Screener; GAD-7; Löwe et al., 2008), perceived stress (Perceived Stress Scale; PSS; Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983), perceived healthcare communication quality (Health Care Communication Questionnaire; HCCQ; Gremigni, Sommaruga, & Peltenburg, 2008), distrust in the healthcare system (Health Care System Distrust Scale – Revised; HCSDS; Shea et al., 2008), communicative self-efficacy (Patient's Communication Perceived Self-Efficacy Scale; PCSS; Capone & Petrillo, 2014), depressive symptoms (Patient Health Questionnaire-9; PHQ-9; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001), self-care self-efficacy (Self-Care Self-Efficacy Scale; SCES; Yu et al., 2021), patient activation and engagement (Altarum Consumer Engagement Measure; ACE; Duke et al., 2015), health literacy (Health Literacy Scale Europe-16; HLS-EU-16; Lorini et al., 2019), perceived social support (Multidimensional Scale of Perceived Social Support; MSPSS; Zimet et al., 1988), eHealth literacy (eHealth Literacy Scale; eHEALS; Norman & Skinner, 2006), and internalised health-related stigma (Internalized Health-Related Stigma scale; I-HEARTS; Pearl et al., 2024).

4.5 Data Analysis

Data were analysed using Jamovi version 2.6 (The jamovi project, 2026). Statistical significance was set at $p < .05$. Descriptive statistics, including frequencies, percentages, means, and standard deviations, were used to summarise participant characteristics and questionnaire responses. Chi-square tests were conducted to explore associations between categorical variables (e.g., age group, presence of a chronic diagnosis) and patterns of report usage or format preference. Given the exploratory and descriptive nature of the present study, analyses focused on identifying population-level trends rather than constructing multivariate predictive models. This analytical approach is appropriate for a preliminary investigation of a relatively understudied domain, in which the primary goal is hypothesis generation and the identification of priority areas for future research.

Chapter 5: Results

5.1 Participant Characteristics

A total of 191 participants completed the survey. Detailed sociodemographic and health-related characteristics of the sample are summarised in Table 1. Participants had a mean age of 47.4 years (SD = 16.6; range 19 to 78) with the two most represented age cohorts being those aged 60 to 74 (31.4%) and 45 to 59 (27.7%). Most participants identified as female (68.1%), followed by male (31.4%) and non-binary participants (0.5%). The sample was relatively highly educated, with 59.7% of participants holding at least a bachelor's degree. Participants were recruited from across Italy, with the largest proportions residing in Lombardy (42.9%) and Lazio (32.5%). Just over a third (36.1%) of participants reported living with a chronic or oncological condition. Among those for whom employment data were available, the large majority (82.1%) worked outside the healthcare sector.

Table 1

Sociodemographic and health-related characteristics of participants.

Characteristic	n (%) or M (SD)
Age	
Mean age (years)	47.4 (SD = 16.6; range 19–78)
Age group	
18–29 years	46 (24.1%)
30–44 years	30 (15.7%)
45–59 years	53 (27.7%)
60–74 years	60 (31.4%)
≥75 years	2 (1.0%)
Gender identity	
Female	130 (68.1%)
Male	60 (31.4%)
Non-binary	1 (0.5%)
Education level	
Lower secondary school	10 (5.2%)
Upper secondary school diploma	67 (35.1%)
Bachelor's degree	17 (8.9%)
Master's degree	78 (40.8%)
Postgraduate degree/PhD	19 (9.9%)

Region of residence	
Lombardy	82 (42.9%)
Lazio	62 (32.5%)
Tuscany	11 (5.8%)
Other Italian regions	36 (18.8%)
Employment sector	
Healthcare sector	32 (17.9%)
Other sector	147 (82.1%)
Missing	12
Marital status	
Single	67 (35.1%)
Cohabiting	20 (10.5%)
Married	88 (46.1%)
Separated/divorced	10 (5.2%)
Widowed	6 (3.1%)
Chronic or oncological condition	
Yes	69 (36.1%)
No	122 (63.9%)

Note. Percentages may not sum to 100 due to rounding. For employment sector, percentages are reported on valid responses, with missing responses shown separately.

5.2 Engagement With Medical Reports

The vast majority (90.6%) of participants reported reading reports immediately upon receiving them, and 82.7% had actively compared documents or test results across time, a pattern consistent with written documentation serving as an ongoing personal health record rather than a disposable administrative artefact. Archiving practices were also highly prevalent: 97.9% of participants reported keeping their medical reports, most often in paper format only (46.6%) or in both paper and digital formats (44.0%).

5.3 Informational Priorities

When asked to rate the importance of specific content areas within medical reports, respondents assigned the highest priority to clear explanations of their diagnosis (82.7%) and to indications of warning signs requiring attention (82.2%). Medication-related information (70.2%) and guidance on follow-up steps (67.5%) were also rated as very important. Participants consistently prioritised information that is directly actionable and relevant to self-management: all four top-ranked elements concern information that directly supports a patient's capacity to understand their condition, anticipate complications, and act accordingly.

Table 2*Perceived importance of informational content in medical reports*

Report Content	n (%) rating “very important”
A clear explanation of the diagnosis	161 (83.0%)
Warning signs to monitor	159 (82.0%)
Details on prescribed medications	136 (70.1%)
Follow-up scheduling	130 (67.0%)
Useful contacts for questions	126 (64.9%)
Lifestyle recommendations	114 (58.8%)
Results of previous tests/visits	100 (51.5%)

Note. Items are ranked in descending order of endorsement.

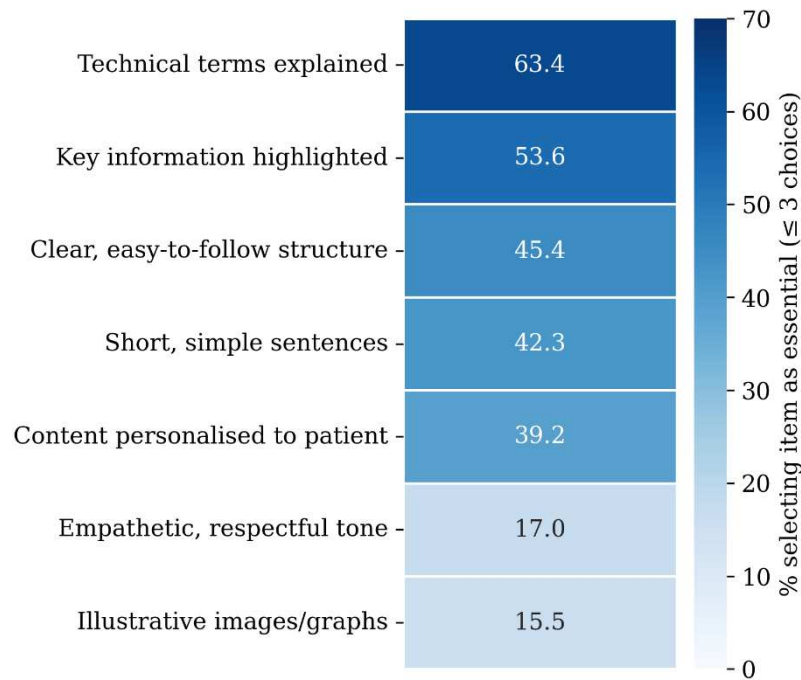
5.4 Language and Communication Features

Linguistic qualities of reports were rated as highly important by the great majority of respondents. Clear wording was the most highly rated feature in this domain, with 88.5% of participants describing it as “highly important”, followed by absence of ambiguity (85.9%). Simplicity of language was also strongly emphasised (67.5%), along with adaptation of language to patients’ educational level (56.5%). These ratings suggest that the demand for linguistic accessibility is distributed broadly across the sample, rather than being concentrated among those with lower formal qualifications.

5.5 Structural and Design Features

With respect to document structure and layout, the features most commonly rated as important were the inclusion of definitions or explanations for technical terms (61.8%), the visual highlighting of key points or summaries (52.9%), and a logically organised presentation of content (44.0%). A substantial minority also endorsed the use of short, plain sentences (40.8%) and personalisation of the document’s language and content to individual patient characteristics, including age, educational background, and language proficiency (40.3%).

Figure 1
Feature most often selected as essential for patient-centred reports.



Note. Participants selected up to 3 features they considered essential.

A separate pattern emerged for design elements serving a navigational function within the report itself. The use of colours or symbols to flag out-of-range laboratory values was considered useful by 91.1% of respondents, by far the most widely endorsed design feature measured. In contrast, elements of a more relational or supplementary visual character attracted considerably lower endorsement rates: an empathetic tone in the writing was selected by 17.3% of participants, and the inclusion of illustrative images or graphs by 16.8%. The implications of this divergence are examined in Chapter 6.

5.6 Format Preferences

A clear majority of respondents (69.1%) indicated a preference for receiving reports in both digital and paper formats simultaneously, suggesting that multimodal accessibility is broadly valued. Age was significantly associated with format preference: older participants were more likely to favour paper-based delivery compared to younger cohorts ($\chi^2(8, N = 191) = 18.11, p = .020$), a finding consistent with documented generational differences in digital access and eHealth literacy, with direct relevance to equitable documentation delivery.

Health status also emerged as a significant correlate of report-use behaviour. Those living with a chronic or oncological condition were significantly more likely to compare documents or test results across time than participants without such a diagnosis ($\chi^2(1, N = 191) = 7.61, p = .006$), pointing to a distinctly longitudinal mode of report engagement among those managing ongoing illness. This finding is taken up in the discussion that follows.

Chapter 6: Discussion

The present study set out to address a gap in the Italian empirical literature on clinical documentation by pursuing two interrelated objectives. The first was descriptive: to characterise how Italian adults use and evaluate the medical reports they receive, with particular attention to the informational content, linguistic qualities, structural features, and delivery formats they consider most important. The second was analytical: to examine whether sociodemographic and health-related variables, including age, educational attainment, and the presence of a chronic or oncological condition, are associated with different patterns of report use and format preference. Together, these findings offer population-level evidence on the heterogeneity of citizens' documentation needs, a foundation on which future work could build citizen need profiles and inform the development of an AI-assisted system for producing personalised, patient-oriented AVSs.

6.1 Medical Reports as Active Health Management Tools

The most striking finding of the present study is the degree to which participants reported actively engaging with their medical reports. A rate of 90.6% reading reports immediately upon receipt, and 82.7% comparing reports over time, substantially exceeds what might be expected from a population for whom clinical documentation was historically designed as a professional record rather than a patient-facing tool. These figures align with Hibbard and Greene's (2013) argument that activated patients, meaning those who understand their health conditions and possess the skills to manage them, treat written clinical information as an ongoing resource rather than a passive artefact. The significantly elevated rate of report comparison among participants with chronic or oncological conditions further supports this interpretation: for individuals managing long-term illness, written documentation functions as a longitudinal anchor, enabling the tracking of disease progression, medication changes, and care continuity across multiple providers and episodes (Monaci et al., 2025b; Graffigna & Barelo, 2016).

These findings have important implications for how clinical documentation should be conceptualised. If patients are actively using medical reports to understand and manage their health then the design of those reports cannot be treated as a peripheral concern. The communicative quality of a document that is read at home, without professional support, and used to make decisions about health behaviour, carries stakes that the EHR-generated default format does not adequately acknowledge.

6.2 Actionable Information as a Core Patient Need

The informational priorities identified in this study are consistent with those documented in prior research on patient-centred summaries (Clarke et al., 2018; Federman et al., 2017, 2018). Clear explanations of diagnoses, warning signs to monitor, medication-related information, and follow-up instructions consistently emerged as the most highly valued content. The shared characteristic of these elements is their actionability: they are the information that patients need in order to know what is happening to them, what to watch for, and what to do next. This orientation toward actionable information is theoretically coherent with the patient engagement framework proposed by Graffigna and Barelo (2016), in which effective health communication supports the patient's developing capacity for self-management and proactive health behaviour.

By contrast, relational elements, such as empathetic tone, and supplementary visual materials, such as explanatory images or graphs, were endorsed by substantially smaller proportions of participants. This finding warrants careful interpretation. It does not necessarily indicate that relational and visual dimensions are unimportant to patients; rather, it may reflect a prioritisation hierarchy in which basic comprehensibility is perceived as a prerequisite for more advanced communicative features. Patients who struggle to understand the core content of a report may be poorly positioned to attend to its tone or graphic presentation. This interpretation is consistent with Federman and colleagues' (2017) argument that cognitive load is the central challenge of documentation design, and with the qualitative evidence from Monaci et al. (2025a) suggesting that patients' first wish is to be told what is actually happening in a language they can understand.

6.3 Terminological Clarity: Distinguishing Functional Design Elements From Supplementary Visuals

A conceptually important distinction emerges from the present findings regarding the construct of 'visual aids' in clinical documentation. The survey assessed two categorically different types of visual element: the first was colours or symbols used to flag abnormal laboratory values, which are functional embedded design features: their purpose is to enable rapid navigation within the document itself, directing the reader's attention to clinically significant information without requiring a separate visual artefact. These were considered useful by 91.1% of respondents. The second was explanatory images or graphs, which are supplementary communicative materials intended to convey medical concepts or contextualise data: when asked to pick only 3 features they wished to see in AVS, only 16.8% of patients endorsed images and graphs.

These two types of element are not interchangeable under a single label, and conflating them risks misreading the present findings. The near-universal endorsement of functional design markers indicates that patients strongly value navigational clarity within documents; it does not indicate a general preference for visual communication over textual communication. The comparatively modest endorsement of supplementary visuals suggests that explanatory graphics, however useful in other health communication contexts, are not a primary priority for patients evaluating the features of a written report. Future research and documentation redesign efforts should distinguish these constructs explicitly, to avoid the inferential error of treating a high endorsement of one as evidence for the other.

6.4 Linguistic Accessibility and the Health Literacy Context

The strong and consistent endorsement of linguistic clarity, meaning clear wording, absence of ambiguity, simplicity of language, and adaptation to educational level, is both expected and significant in the Italian context. As noted in Chapter 3, Italian health literacy data consistently document high rates of limited health literacy across the population, with substantially elevated rates among older adults and those living with chronic conditions (Ausserhofer et al., 2025). The present findings suggest that concerns about language accessibility are not confined to a subset of participants with measurably lower literacy levels; they are broadly shared across a sample that is, by national standards, relatively highly educated. This broadens the scope of the problem and reinforces the argument that plain language in clinical documentation is not a 'special needs' accommodation but a general quality standard.

The finding that 56.5% of participants valued the adaptation of language to patients' educational level is particularly noteworthy. It suggests that participants recognise the heterogeneity of report recipients and support a personalised or stratified approach to documentation design. This aspiration is consistent with the broader patient engagement literature's emphasis on tailoring communication to individual patient characteristics (Graffigna et al., 2020), but it also poses genuine implementation challenges in a system where reports are generated through standardised EHR templates with limited capacity for individualisation.

6.5 Format Preferences and Digital Equity

The predominant preference for dual-format access, both digital and paper, among 69.1% of participants indicates that most Italian adults do not regard digital and paper formats as mutually exclusive. Rather, they appear to value the complementary affordances of both: the portability and permanence of paper, and the accessibility and searchability of digital formats. The significantly greater preference for paper among older participants is consistent with established patterns of differential digital access and eHealth literacy across generational cohorts, and has direct implications for documentation delivery strategies. A transition to exclusively digital report provision, however administratively efficient, would risk excluding a substantial proportion of older patients from the benefits of accessible clinical documentation.

These findings have equity implications that extend beyond age. The literature reviewed in Chapter 2 suggests that patients with limited digital access, lower incomes, and non-dominant linguistic backgrounds are disproportionately likely to rely on paper documentation and to be disadvantaged by digital-first delivery models (Nouri et al., 2020). Format preference data from community-based samples such as the present one provide an empirical basis for resisting a premature narrowing of documentation delivery to digital-only channels.

6.6 Implications for Artificial Intelligence in Clinical Documentation

The present findings have implications for the design and evaluation of AI-based tools for clinical documentation. The consistent prioritisation of plain language, clear structure, explanation of technical terms, and highlighted actionable information maps directly onto the capabilities that AI language models have demonstrated in early clinical documentation applications: simplification of technical jargon, extraction and emphasis of key clinical information, and generation of readable plain language summaries (Clough et al., 2024). The strong endorsement of functional design elements, particularly the near-universal support for colour- or symbol-based flagging of abnormal values, suggests that patients would welcome AI-assisted formatting interventions that direct attention to clinically significant findings.

At the same time, the present findings also highlight the importance of caution. The broad preference for adaptation of language to patient characteristics points toward the need for personalised or stratified AI systems, rather than one-size-fits-all simplification engines. And the emotional and relational dimensions of written clinical communication identified in the broader literature (Monaci et al., 2026) are not captured by metrics of readability or information density alone. AI tools designed to improve patient-facing documentation will need to be evaluated not only for their capacity to simplify language but for their effects on patients' sense of being understood, respected, and adequately informed. Barelllo and Monaci (2025) have argued that patient-centred innovation must specifically include the perspectives of people with disabilities and other marginalised groups, whose informational needs may not be adequately represented in mainstream documentation preferences.

6.7 Strengths and Limitations

The present study offers several methodological strengths. The community-based recruitment strategy, involving patient associations, institutional mailing lists, and social media, generated a geographically diverse sample drawn from across multiple Italian regions and spanning a wide age range. The inclusion of participants both with and without chronic conditions, and both with and without healthcare sector employment, provides a broader perspective on documentation preferences than clinic-based or disease-specific samples would allow.

Several limitations should, however, be acknowledged. The sample was recruited through purposive rather than probability-based methods, and the relatively high educational level of participants limits generalisability to less-educated populations who are, as the health literacy literature suggests, likely to have the greatest need for accessible documentation. The predominantly female composition of the sample (68.1%) is consistent with gender patterns in health research participation but may not be fully representative of the general population. The study is also cross-sectional, precluding inferences about causal relationships between patient characteristics and documentation preferences. Finally, the preliminary and descriptive nature of the analyses, focused on frequencies and bivariate associations rather than multivariate modelling, means that the independent contributions of variables such as health literacy, patient engagement, and illness status to documentation preferences remain to be disentangled in future research.

6.8 Conclusions and Future Directions

Citizens showed high engagement with medical reports but expressed clear and specific needs related to clarity, structure, relevance, and accessibility. These findings support a reconceptualization of clinical documentation: not as a record of care produced for professional purposes, but as a patient-facing communication tool designed to support understanding, self-management, and engagement. Improving the linguistic clarity, structural coherence, and functional design of medical reports is not a supplementary quality improvement initiative; it is a condition of patient-centred care.

Future studies should address several gaps identified by the present work. First, probability-based sampling designs would extend the generalisability of these findings to less-educated and digitally marginalised populations who are most likely to be disadvantaged by current documentation practices. Second, multivariate modelling incorporating health literacy, patient engagement, eHealth literacy, illness perception, and psychological wellbeing would allow identification of the patient-level predictors of documentation preferences and perceived report utility. Third, intervention studies evaluating the effects of plain language revisions, structured formatting, and AI-assisted simplification on patient comprehension, satisfaction, and self-management would provide the causal evidence needed to guide documentation redesign at scale. Fourth, qualitative research with specific subgroups, including patients with very low health literacy, older adults with limited digital access, and patients from migrant backgrounds, would illuminate the documentation experiences of those whose voices are least well represented in survey-based research.

References

- Ausserhofer, D., Barbieri, V., Lombardo, S., Gärtner, T., Eisendle, K., Piccoliori, G., Engl, A., & Wiedermann, C. J. (2025). Health Literacy Gaps Across Language Groups: A Population-Based Assessment in Alto Adige/South Tyrol, Italy. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 15(8), 153.
- Barello, S., & Monaci, M. (2025). Patient-Centered Innovation Must Include People With Disabilities. *JAMA Pediatrics*, 179(8), 927–928.
- Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared Decision Making—The Pinnacle of Patient-Centered Care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780–781.
<https://doi.org/10.1056/NEJMp1109283>
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631–637.
- Capone, V., & Petrillo, G. (2014). Patient's Communication Perceived Self-efficacy Scale (PCSS): Construction and validation of a new measure in a socio-cognitive perspective. *Patient Education and Counseling*, 95(3), 340–347.
- Clarke, M. A., Moore, J. L., Steege, L. M., Koopman, R. J., Belden, J. L., Canfield, S. M., & Kim, M. S. (2018). Toward a patient-centered ambulatory after-visit summary: Identifying primary care patients' information needs. *Informatics for Health and Social Care*, 43(3), 248–263.
<https://doi.org/10.1080/17538157.2017.1297305>
- Clough, R. A. J., Sparkes, W. A., Clough, O. T., Sykes, J. T., Steventon, A. T., & King, K. (2024). Transforming healthcare documentation: Harnessing the potential of AI to generate discharge summaries. *BJGP Open*, 8(1). <https://bjgpopen.org/content/8/1/bjgpo.2023.0116.abstract>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 385–396.

- Duke, C. C., Lynch, W. D., Smith, B., & Winstanley, J. (2015). Validity of a New Patient Engagement Measure: The Altarum Consumer Engagement (ACE) Measure™. *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research*, 8(6), 559–568. <https://doi.org/10.1007/s40271-015-0131-2>
- Federman, A. D., Jandorf, L., DeLuca, J., Gover, M., Munoz, A. S., Chen, L., Wolf, M. S., & Kannry, J. (2018). Evaluation of a patient-centered after visit summary in primary care. *Patient Education and Counseling*, 101(8), 1483–1489.
- Federman, A. D., Sanchez-Munoz, A., Jandorf, L., Salmon, C., Wolf, M. S., & Kannry, J. (2017). Patient and clinician perspectives on the outpatient after-visit summary: A qualitative study to inform improvements in visit summary design. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 24(e1), e61–e68.
- Graffigna, G., & Barello, S. (2022). How does patient engagement work in a real-world setting? Recommendations, caveats, and challenges from a psychosocial perspective. *Patient Education and Counseling*, 105(12), 3567–3573.
- Graffigna, G., Barello, S., Riva, G., Corbo, M., Damiani, G., Iannone, P., Bosio, A. C., & Ricciardi, W. (2020). Italian consensus statement on patient engagement in chronic care: Process and outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4167.
- Graffigna, G., Barello, S., & Triberti, S. (2016). *Patient engagement: A consumer-centered model to innovate healthcare*. Walter de Gruyter GmbH & Co KG.
- Greenup, E. P., Page, M., Best, D., Ferdinands, S., & Atkins, N. (2022). Telemedicine or In-Person: Referral Letter Content Influencing How a Patient Receives Treatment. *Telemedicine Reports*, 3(1), 101–106. <https://doi.org/10.1089/tmr.2022.0006>
- Gremigni, P., Sommaruga, M., & Peltenburg, M. (2008). Validation of the Health Care Communication Questionnaire (HCCQ) to measure outpatients' experience of communication with hospital staff. *Patient Education and Counseling*, 71(1), 57–64.
- Hibbard, J. H., & Greene, J. (2013). What The Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes And Care Experiences; Fewer Data On Costs. *Health Affairs*, 32(2), 207–214. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1061>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613.
<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

Lorini, C., Lastrucci, V., Vettori, V., Bonaccorsi, G., Alti, E., Baglioni, S., Bechini, A., Bellino, L., Berzi, N., & Bianchi, J. (2019). Measuring health literacy in Italy: A validation study of the HLS-EU-Q16 and of the HLS-EU-Q6 in Italian language, conducted in Florence and its surroundings. *Annali Dell'Istituto Superiore Di Sanita*, 55(1), 10–18.

Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care*, 46(3), 266–274.

Monaci, M., Romão, M. E., Bigi, S., Credi, B., Korenjak, M., & Barelo, S. (2025a). “About the patient, not for the patient”: A qualitative study on medical reports in hepatology. *Patient Education and Counseling*, 109363.

Monaci, M., Romão, M. E., Bigi, S., & Barelo, S. (2025b). After-visit and discharge summaries: A scoping review of stakeholder perspectives and experiences. *BMC Health Services Research*, 26(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13774-7>

Monaci, M., Javaher, S., & Barelo, S. (2025c). Open Notes in Mental Health: A Scoping Review of Stakeholder Experiences and Implications for Clinical Practice. *Healthcare*, 13(21), 2777.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12607305/>

Monaci, M., **Viviani, E.**, Sottotetti, F., Bigi, S., & Barelo, S. (2026). Beyond readability: Advancing patient-centered evaluation of AI-generated clinical reports. *Patient Education and Counseling*, 109702.

Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHEALS: The eHealth literacy scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), e507.

Nouri, S. S., Pathak, S., Livaudais-Toman, J., Gregorich, S. E., Kaplan, C. P., Diamond, L., Karliner, L. (2020). Use and Usefulness of After-Visit Summaries by Language and Health Literacy among Latinx and Chinese Primary Care Patients. *Journal of Health Communication*, 25(8), 632–639. <https://doi.org/10.1080/10810730.2020.1833385>

Okuhara, T., Furukawa, E., Okada, H., Yokota, R., & Kiuchi, T. (2025). Readability of written information for patients across 30 years: A systematic review of systematic reviews. *Patient Education and Counseling*, 135, 108656.

Pavlik, V., Brown, A. E., Nash, S., & Gossey, J. T. (2014). Association of patient recall, satisfaction, and adherence to content of an electronic health record (EHR)–generated after visit summary: A randomized clinical trial. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 27(2), 209–218.

Pearl, R. L., Li, Y., Groshon, L. C., Hernandez, M., Saunders, D., Sheynblyum, M., Driscoll, K. A., Gelfand, J. M., Manavalan, P., Montanez-Wiscovich, M., Pereira, D. B., Puhl, R. M., Wadden, T. A., Waxenberg, L. B., Westen, S. C., & Lou, X.-Y. (2024). Measuring internalized health-related stigma across health conditions: Development and validation of the I-HEARTS Scale. *BMC Medicine*, 22(1), 435. <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03661-z>

Professional Record Standards Body. (2017). Outpatient letter standards implementation guidance. NHS England.

Rust, P., Frings, J., Meister, S., Schulte, F. C., Prinz, C., & Fehring, L. (2026). Effects of large language model-generated, patient-oriented discharge summaries on patient activation: A single-centre, single-blind, randomised controlled trial in Germany. *The Lancet Digital Health*. [https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500\(26\)00014-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500(26)00014-2/fulltext)

Schepman, A., & Rodway, P. (2023). The General Attitudes towards Artificial Intelligence Scale (GAAIS): Confirmatory Validation and Associations with Personality, Corporate Distrust, and General Trust. *International Journal of Human–Computer Interaction*, 39(13), 2724–2741. <https://doi.org/10.1080/10447318.2022.2085400>

Schwarz, C. M., Hoffmann, M., Schwarz, P., Kamolz, L.-P., Brunner, G., & Sendlhofer, G. (2019). A systematic literature review and narrative synthesis on the risks of medical discharge letters for patients' safety. *BMC Health Services Research*, 19(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3989-1>

Setia, M. S. (2016). Methodology series module 3: Cross-sectional studies. *Indian Journal of Dermatology*, 61(3), 261–264.

Shea, J. A., Micco, E., Dean, L. T., McMurphy, S., Schwartz, J. S., & Armstrong, K. (2008). Development of a Revised Health Care System Distrust Scale. *Journal of General Internal Medicine*, 23(6), 727–732. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0575-3>

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agraftotis, D., & Ueters, E. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058.

Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

The jamovi project. (2026). jamovi (Version 2.6) [Computer software]. <https://www.jamovi.org>

Weetman, K., Dale, J., Spencer, R., Scott, E., & Schnurr, S. (2020). GP perspectives on hospital discharge letters: An interview and focus group study. *BJGP Open*, 4(2). <https://bjgpopen.org/content/4/2/bjgpopen20x101031.abstract>

Yu, D. S., De Maria, M., Barbaranelli, C., Vellone, E., Matarese, M., Ausili, D., Rejane, R. E., Osokpo, O. H., & Riegel, B. (2021). Cross-cultural applicability of the Self-Care Self-Efficacy Scale in a multi-national study. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2), 681–692. <https://doi.org/10.1111/jan.14617>

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

Appendix A: Questionnaire

AVS_cittadini

Inizio blocco: INTRODUZIONE

Intro Benvenuta/o! Questo questionario fa parte di uno studio che vuole capire **come i cittadini italiani leggono e interpretano i referti medici e le lettere di dimissione**. L'obiettivo è rendere questi documenti **più chiari, utili e vicini ai bisogni delle persone**. La compilazione richiede circa **20–25 minuti** ed è **completamente anonima**. Non esistono risposte giuste o sbagliate: ogni opinione conta e può contribuire a migliorare la comunicazione tra cittadini e sanità. Grazie per il suo tempo, **la sua voce può davvero fare la differenza**.

Fine blocco: INTRODUZIONE

Inizio blocco: CONSENSO INFORMATO

Consenso Il presente studio, intitolato *“Progettare referti clinici patient-oriented: uno studio mixed-methods su priorità e aspettative dei cittadini e determinanti psico-sociali”*, è stato **approvato dal Comitato Etico della Sezione di Psicologia dell'Università degli Studi di Pavia**. La ricerca è condotta dal **WHYpsy Lab** (Università degli Studi di Pavia), sotto la responsabilità della **Prof.ssa Serena Barelo** e con la collaborazione della **Dott.ssa Michela Monaci**. I dati raccolti saranno **anonimi, utilizzati solo per fini scientifici, conservati in modo protetto per un massimo di 5 anni e trattati nel rispetto del GDPR (Reg. UE 2016/679)**. La partecipazione non comporta benefici diretti, ma potrà **contribuire a migliorare la chiarezza e l'utilità dei referti medici**. Per partecipare, è sufficiente **dichiarare di aver letto e compreso l'informativa e di acconsentire al trattamento dei dati personali per le finalità sopra indicate**.

☐ Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa e acconsento al trattamento dei miei dati personali per le finalità indicate. (1)

Fine blocco: CONSENSO INFORMATO

Inizio blocco: SEZIONE 1: Informazioni socio-demografiche e profilo sanitario

In questa sezione, raccoglieremo alcune **informazioni personali** e sul suo **profilo sanitario**, che ci aiuteranno a contestualizzare meglio le sue risposte.



Q1 Quale è il suo sesso assegnato alla nascita?

- ☐ Femminile (0)
- ☐ Maschile (1)
- ☐ Intersex/con caratteristiche sessuali variate (2)
- ☐ Preferisco non rispondere (3)



Q1.2 In quale identità di genere si riconosce?

- ☐ Femminile (0)
- ☐ Maschile (1)
- ☐ Transfemminile (2)
- ☐ Transmaschile (3)
- ☐ Non-binary (4)
- ☐ Preferisco non rispondere (5)



Q2 Quale è la sua età (in anni)?

▼ 18 (18) ... 110 (110)

Q79 Quale è la sua nazionalità?

Q3 Quale è la sua regione di residenza?

- ☐ Abruzzo (1)
- ☐ Basilicata (2)
- ☐ Calabria (3)
- ☐ Campania (4)
- ☐ Emilia-Romagna (5)
- ☐ Friuli-Venezia-Giulia (6)
- ☐ Lazio (7)
- ☐ Liguria (8)
- ☐ Lombardia (9)
- ☐ Marche (10)
- ☐ Molise (11)
- ☐ Piemonte (12)
- ☐ Puglia (13)
- ☐ Sardegna (14)
- ☐ Sicilia (15)
- ☐ Toscana (16)
- ☐ Trentino-Alto Adige (17)
- ☐ Umbria (18)
- ☐ Valle d'Aosta (19)
- ☐ Veneto (20)

Q4 Quale è il suo livello di istruzione?

- ☐ Scuola elementare (1)
 - ☐ Scuola media (2)
 - ☐ Diploma di scuola superiore (3)
 - ☐ Laurea triennale (4)
 - ☐ Laurea magistrale / specialistica (5)
 - ☐ Dottorato di ricerca / titolo post-laurea (6)
-



Q73 Qual è la sua professione o occupazione principale?

- ☐ Lavoratore dipendente (1)
 - ☐ Libero professionista/lavoratore autonomo (2)
 - ☐ Dottorando/a (3)
 - ☐ Assegnista di ricerca (4)
 - ☐ Studente/ssa (5)
 - ☐ Pensionato/a (6)
 - ☐ Disoccupato/a o in cerca di occupazione (7)
-

Lavora in ambito sanitario o in un altro settore?

- ☐ Ambito sanitario (es. medico, infermiere, fisioterapista, OSS, psicologo, tecnico sanitario, etc.) (1)
- ☐ Altro settore (2)

Q5 Quale è il suo stato civile attuale?

- ☐ Celibe/Nubile (1)
 - ☐ Convivente (2)
 - ☐ Coniugato/a (3)
 - ☐ Separato/a o divorziato/a (4)
 - ☐ Vedovo/a (5)
-

Q6 Attualmente vive da solo/a o con altre persone?

- ☐ Da solo/a (1)
 - ☐ Con il/la partner (2)
 - ☐ Con familiari (es. figli, genitori, fratelli / sorelle) (3)
 - ☐ Con altre persone non familiari (4)
-



Q7 Ha mai ricevuto una diagnosi di una malattia cronica (ad es. diabete, ipertensione, BPCO, insufficienza cardiaca) o oncologica?

- ☐ Sì (1)
 - ☐ No (0)
-

Visualizza questa domanda:

If Ha mai ricevuto una diagnosi di una malattia cronica (ad es. diabete, ipertensione, BPCO, insuffi...
= Sì



Q7.1 In che anno ha ricevuto la diagnosi? In caso di più patologie, faccia riferimento alla diagnosi che ha ricevuto da più tempo.

▼ 1900 (1900) ... 2026 (127)

Visualizza questa domanda:

If Ha mai ricevuto una diagnosi di una malattia cronica (ad es. diabete, ipertensione, BPCO, insuffi...
= Sì

Q7.a Quale è la sua diagnosi?

Visualizza questa domanda:

If Ha mai ricevuto una diagnosi di una malattia cronica (ad es. diabete, ipertensione, BPCO, insuffi...
= Sì



Q7.2 Attualmente assume farmaci o segue terapie farmacologiche in modo continuativo per una malattia cronica o oncologica?

☐ Sì (1)

☐ No (0)

Visualizza questa domanda:

If Ha mai ricevuto una diagnosi di una malattia cronica (ad es. diabete, ipertensione, BPCO, insuffi...
= Sì



Q7.3 Ha una persona che la aiuta regolarmente nella gestione della salute (ad esempio un familiare, un amico o un vicino)?

- ☐ Sì, in modo regolare (1)
- ☐ Sì, ma solo in alcune situazioni (2)
- ☐ No, mai (0)

Visualizza questa domanda:

If Ha mai ricevuto una diagnosi di una malattia cronica (ad es. diabete, ipertensione, BPCO, insuffi...
= Sì



Q7.4 È iscritto/a o partecipa ad attività di un'associazione di pazienti (ad esempio gruppi di persone con la stessa malattia o che condividono esperienze di salute)?

- ☐ Sì, attualmente (1)
- ☐ In passato, ma non più (2)
- ☐ No, mai (0)



Q8 In media, quante volte si reca dal medico o in ospedale in un anno?

- ☐ Mai (0)
- ☐ 1-2 volte (1)
- ☐ 3-5 volte (2)
- ☐ 6-10 volte (3)
- ☐ Più di 10 volte (4)



Q9 Attualmente si prende cura in modo regolare di una persona con problemi di salute o non autosufficiente (es. un familiare o un amico/a)?

- ☐ Sì (1)
- ☐ No (0)

Visualizza questa domanda:

If Attualmente si prende cura in modo regolare di una persona con problemi di salute o non autosuffi... = Sì



Q9.1 Di chi si prende principalmente cura?

- ☐ Genitore (1)
- ☐ Suocero/a (2)
- ☐ Partner/coniuge (3)
- ☐ Figlio/a (4)
- ☐ Altro familiare (es. fratello/sorella, nonno/a) (5)
- ☐ Amico/a (6)
- ☐ Altro (specificare) (7) _____

Visualizza questa domanda:

If Attualmente si prende cura in modo regolare di una persona con problemi di salute o non autosuffi... = Sì

Q9.2 Da quanto tempo si prende cura in modo regolare di questa persona?

- ☐ Meno di 6 mesi (1)
- ☐ 6-12 mesi (2)
- ☐ 1-3 anni (3)
- ☐ Più di 3 anni (4)

Fine blocco: SEZIONE 1: Informazioni socio-demografiche e profilo sanitario

Inizio blocco: SEZIONE 2: Esperienza personale con i referti medici

Le chiediamo alcune informazioni sulle sue **abitudini** nella **gestione dei referti medici** che riceve.



Q10 Ha l'abitudine di conservare o archiviare i referti medici ricevuti?

- ☐ Sì, in formato cartaceo (1)
- ☐ Sì, in formato digitale (2)
- ☐ Entrambi (3)
- ☐ No (0)

Q11 Solitamente, legge i referti medici appena li riceve?

- ☐ Mai (1)
- ☐ Raramente (2)
- ☐ Spesso (3)
- ☐ Sempre (4)



Q12 Ha mai confrontato i risultati di esami o referti ricevuti in momenti diversi?

- ☐ Sì (1)
- ☐ No (0)

Visualizza questa domanda:

If Ha mai confrontato i risultati di esami o referti ricevuti in momenti diversi? = Sì

Q12.1 Se sì, in che modo li ha confrontati?

- ☐ Tenendoli a mente (1)
- ☐ Annotando a mano (2)
- ☐ Usando fogli Excel o strumenti digitali (3)
- ☐ Altro (specificare): (4) _____

Fine blocco: **SEZIONE 2: Esperienza personale con i referti medici**

Inizio blocco: **SEZIONE 3: Competenze sociali e risorse personali**

Prima di approfondire le sue preferenze sui referti medici, vorremmo capire meglio come percepisce le sue **competenze e risorse personali** nel **gestire la salute e le informazioni sanitarie**.

HEALTH LITERACY In questa sezione le presenteremo alcune situazioni relative alla gestione della salute e delle informazioni sanitarie. Le chiediamo di indicare, per ciascuna di esse, quanto per lei è facile o difficile svolgere l'attività descritta.

	1 Molto facile (1)	2 Abbastanza facile (2)	3 Abbastanza difficile (3)	4 Molto difficile (4)
1. Trovare informazioni sui trattamenti delle malattie che la riguardano (es. su siti web affidabili, chiedendo al medico o presso farmacie/associazioni di pazienti) (1)	☐	☐	☐	☐
2. Scoprire dove ottenere aiuto professionale quando è malato/a (2)	☐	☐	☐	☐
3. Capire ciò che il suo medico le dice (3)	☐	☐	☐	☐
4. Comprendere le istruzioni del medico o del farmacista su come assumere una medicina prescritta (4)	☐	☐	☐	☐
5. Valutare quando potrebbe essere necessario chiedere un secondo parere a un altro medico (5)	☐	☐	☐	☐
6. Usare le informazioni che il medico le dà per prendere decisioni sulla sua malattia (6)	☐	☐	☐	☐
7. Seguire le istruzioni fornite dal medico o dal farmacista (7)	☐	☐	☐	☐

8. Trovare informazioni su come gestire problemi di salute mentale come stress o depressione (8)

☐☐☐☐

9. Comprendere le raccomandazioni sanitarie riguardo a comportamenti come fumare, fare poca attività fisica o bere troppo alcol (9)

☐☐☐☐

10. Capire perché sono necessari gli screening di salute (10)

☐☐☐☐

11. Valutare se le informazioni sui rischi per la salute diffuse dai media sono affidabili (11)

☐☐☐☐

12. Decidere come proteggersi dalle malattie sulla base delle informazioni fornite dai media (es. TV, giornali, Internet, social) (12)

☐☐☐☐

13. Scoprire attività che favoriscono il benessere psicologico (13)

☐☐☐☐

14. Comprendere i consigli sulla salute provenienti da familiari o amici (14)

☐☐☐☐

15. Trovare nei media informazioni su come migliorare la propria salute (15)

☐☐☐☐

16. Valutare quali comportamenti quotidiani sono collegati alla sua

☐☐☐☐

salute (16)

|

DIGITAL LITERACY In questa parte troverà alcune affermazioni riguardanti l'uso di Internet per ottenere informazioni sulla salute. Le chiediamo di esprimere, per ciascuna di esse, il grado di accordo con quanto riportato.

	1 Completamente in disaccordo (1)	2 In disaccordo (2)	3 Né d'accordo né in disaccordo (3)	4 D'accordo (4)	5 Completamente d'accordo (5)
1. So come trovare risorse utili sulla salute su Internet (1)	☐	☐	☐	☐	☐
2. So come usare Internet per rispondere alle mie domande sulla salute (2)	☐	☐	☐	☐	☐
3. Conosco quali risorse sulla salute sono disponibili online (3)	☐	☐	☐	☐	☐
4. So dove trovare risorse utili sulla salute su Internet (4)	☐	☐	☐	☐	☐
5. So come usare le informazioni sulla salute trovate su Internet per aiutarmi (5)	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ho le competenze necessarie per valutare	☐	☐	☐	☐	☐

le risorse
sulla salute
trovate
online (6)

7. So
distinguere
risorse di
qualità alta
da quelle di
bassa
qualità su
Internet (7)

8. Mi sento
sicuro/a
nell'usare le
informazioni
trovate su
Internet per
prendere
decisioni di
salute (8)



GENOMIC LITERACY Per ciascun termine, le chiediamo di indicare quanto si sente competente nel comprenderne il significato.

	1 Non lo conosco (1)	2 L'ho sentito nominare, ma non so definirlo (2)	3 Posso darne una definizione approssimativa (3)	4 So definirlo in modo corretto, ma semplice (4)	5 So definirlo con precisione e in termini tecnici (5)
Gene (1)	☐	☐	☐	☐	☐
DNA (2)	☐	☐	☐	☐	☐
Mutazione genetica (3)	☐	☐	☐	☐	☐
Genoma/Genomica (4)	☐	☐	☐	☐	☐
Variante genetica (5)	☐	☐	☐	☐	☐
Biomarcatori genetici (6)	☐	☐	☐	☐	☐
Epigenetica (7)	☐	☐	☐	☐	☐
Sequenziamento del DNA (8)	☐	☐	☐	☐	☐
Test genetico (9)	☐	☐	☐	☐	☐
Medicina di precisione (10)	☐	☐	☐	☐	☐

PATIENT ENGAGEMENT Le presenteremo ora alcune affermazioni relative al suo coinvolgimento personale nella gestione della sua salute e alla sua esperienza con il sistema sanitario. Le chiediamo di indicare, per ciascuna affermazione, quanto è d'accordo.

	1 Completamente in disaccordo (1)	2 In disaccordo (2)	3 Né d'accordo né in disaccordo (3)	4 D'accordo (4)	5 Completamente d'accordo (5)
1. Dedico tempo a informarmi su temi legati alla salute. (1)	☐	☐	☐	☐	☐
2. Anche nei periodi di stress, riesco comunque a fare le cose che mi aiutano a restare in salute. (2)	☐	☐	☐	☐	☐
3. Mi sento a mio agio nel parlare della mia salute con il mio medico. (3)	☐	☐	☐	☐	☐
4. Quando decido di migliorare la mia salute, di solito ci riesco. (4)	☐	☐	☐	☐	☐
5. Mi è capitato di portare al mio medico informazioni sulla mia salute che ho trovato da solo/a. (5)	☐	☐	☐	☐	☐

6. Quando devo scegliere un nuovo specialista, cerco informazioni online. (6)	☐	☐	☐	☐	☐
7. Riesco a seguire con costanza i miei piani di attività fisica e alimentazione sana. (7)	☐	☐	☐	☐	☐
8. Prima di scegliere un medico, confronto le informazioni o le opinioni disponibili su di lui/lei (recensioni online, passaparola, reputazione professionale, ecc.). (8)	☐	☐	☐	☐	☐
9. Ho una buona esperienza nell'utilizzo del sistema sanitario (9)	☐	☐	☐	☐	☐
10. Quando scelgo un nuovo medico, tengo conto di valutazioni ufficiali sulla qualità delle cure o sulla soddisfazione dei pazienti. (10)	☐	☐	☐	☐	☐

11. A volte i medici danno consigli diversi: sta a me decidere quale seguire. (11)

☐☐☐☐☐

12. Ritengo di saper gestire bene la mia salute. (12)

☐☐☐☐☐

Visualizza questa domanda:

If Ha mai ricevuto una diagnosi di una malattia cronica (ad es. diabete, ipertensione, BPCO, insuffi...
= Si

SELF-EFFICACY / CARE Le proponiamo alcune situazioni che riguardano la gestione della sua salute e dei trattamenti che segue. Le chiediamo di indicare, per ciascuna situazione, quanto si sente in grado/efficace di riuscire a svolgere l'azione descritta.

	1 Per niente efficace (1)	2 (2)	3 Abbastanza efficace (3)	4 (4)	5 Completamente efficace (5)
1. Riuscire a mantenere la mia salute stabile e senza sintomi. (1)	☐	☐	☐	☐	☐
2. Seguire le indicazioni e le cure prescritte dal mio medico. (2)	☐	☐	☐	☐	☐
3. Continuare a seguire le cure anche quando è difficile o mi pesa farlo. (3)	☐	☐	☐	☐	☐
4. Controllare regolarmente come sta la mia salute (per esempio con visite/monitoraggio regolari). (4)	☐	☐	☐	☐	☐
5. Continuare a controllare la mia salute anche quando è faticoso o impegnativo. (5)	☐	☐	☐	☐	☐
6. Accorgermi se qualcosa cambia nel mio stato di salute. (6)	☐	☐	☐	☐	☐
7. Capire se i sintomi che sento sono importanti o se posso gestirli da solo/a. (7)	☐	☐	☐	☐	☐
8. Fare qualcosa per stare meglio quando ho dei sintomi. (8)	☐	☐	☐	☐	☐

9. Non arrendermi e continuare a cercare un modo per stare meglio, anche quando è difficile. (9)

☐☐☐☐☐

10. Capire se quello che ho fatto o il rimedio che ho usato ha davvero funzionato. (10)

☐☐☐☐☐

Fine blocco: SEZIONE 3: Competenze sociali e risorse personali

Inizio blocco: SEZIONE 4: Priorità durante una visita medica

In questa sezione, le chiederemo di riflettere su quali **aspetti** considera **più importanti** per sentirsi **soddisfatto/a dopo una visita medica**.



Q13 Quanto ritiene importanti i seguenti aspetti durante una visita medica?

	1 Per niente importante (1)	2 Poco importante (2)	3 Abbastanza importante (3)	4 Molto importante (4)
Ricevere spiegazioni chiare e comprensibili sulla diagnosi/esito della visita (1)	☐	☐	☐	☐
Avere il tempo per fare domande e ottenere risposte esaurienti (2)	☐	☐	☐	☐
Sentirsi ascoltato/a e compreso/a dal medico (3)	☐	☐	☐	☐
Ricevere informazioni dettagliate sui farmaci o sul trattamento (4)	☐	☐	☐	☐
Ottenere indicazioni chiare sui prossimi passi (esami, controlli, follow-up) (5)	☐	☐	☐	☐
Avere accesso a materiali informativi aggiuntivi (brochure, link, ecc.) (6)	☐	☐	☐	☐
Ridurre i tempi di attesa prima della visita (7)	☐	☐	☐	☐

Q14 Quanto ritiene che la comprensione delle informazioni ricevute durante una visita medica influenzi la sua:

Q14.a a. Soddisfazione verso la cura ricevuta?

- ☐ Per niente (1)
 - ☐ Poco (2)
 - ☐ Abbastanza (3)
 - ☐ Molto (4)
-

Q14.b b. Capacità di seguire correttamente le prescrizioni?

- ☐ Per niente (1)
- ☐ Poco (2)
- ☐ Abbastanza (3)
- ☐ Molto (4)

Fine blocco: SEZIONE 4: Priorità durante una visita medica

Inizio blocco: SEZIONE 5: Relazione medico-paziente

Ora le chiediamo alcune **opinioni** su come si è sentito/a nella **comunicazione con il medico/specialista o l'operatore sanitario** durante una visita/colloquio.



Q15 Il medico/specialista le ha mai spiegato i contenuti e le informazioni di un referto medico?

- ☐ Sì, sempre (1)
 - ☐ A volte (2)
 - ☐ Raramente (3)
 - ☐ Mai (4)
-

Q16 Ritiene importante che il medico/specialista riveda insieme al paziente i contenuti di un referto medico?

- ☐ Per niente importante (1)
 - ☐ Poco importante (2)
 - ☐ Abbastanza importante (3)
 - ☐ Molto importante (4)
-

COMMUNICATION In questa sezione troverà alcune affermazioni che descrivono diversi aspetti della comunicazione con il medico, lo specialista o un altro operatore sanitario. Le chiediamo di indicare, per ciascuna affermazione, quanto ritiene di aver vissuto quella specifica esperienza durante la sua ultima visita.

	1 Per nulla (1)	2 Poco (2)	3 Abbastanza (3)	4 Molto (4)	5 Moltissimo (5)
1. È stato/a in grado di risolvere il mio problema. (1)	☐	☐	☐	☐	☐
2. È stato/a in grado di gestire situazioni difficili. (2)	☐	☐	☐	☐	☐
3. È rimasto/a calmo/a (ha controllato emozioni inappropriate) (3)	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ha tenuto in considerazione la mia privacy. (4)	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ha rispettato i miei bisogni. (5)	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ha formulato richieste in modo chiaro. (6)	☐	☐	☐	☐	☐
7. Mi ha fornito informazioni chiare. (7)	☐	☐	☐	☐	☐
8. Mi ha trattato con cortesia e rispetto. (8)	☐	☐	☐	☐	☐
9. Mi ha rivolto una domanda	☐	☐	☐	☐	☐

in modo
aggressivo. (9)

10. Mi ha
risposto in
modo
aggressivo.
(10)

11. Mi ha
trattato in
modo
sbrigativo o
brusco. (11)

12. Mi ha
guardato negli
occhi. (12)

13. Mi ha
rivolto un
sorriso. (13)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

SELF-EFFICACY COMM In questa parte le presenteremo alcune situazioni che descrivono possibili modalità di interazione con il medico/specialista. Le chiediamo di indicare, per ciascuna situazione, quanto si sente in grado/efficace di riuscire a comportarsi in quel modo.

	1 Per nulla sicuro/a (1)	2 Poco sicuro/a (2)	3 Abbastanza sicuro/a (3)	4 Sicuro/a (4)	5 Completamente sicuro/a (5)
1. Riesco a chiedere al mio medico più informazioni sulla mia malattia, anche quando sono presenti altri operatori sanitari (come infermieri o altri medici). (1)	☐	☐	☐	☐	☐
2. Riesco a chiedere spiegazioni al mio medico sull'andamento della mia malattia, anche se mi sento ansioso/a o preoccupato/a. (2)	☐	☐	☐	☐	☐
3. Riesco a dire al mio medico, con sincerità, se non ho seguito completamente il trattamento. (3)	☐	☐	☐	☐	☐
4. Riesco a chiedere al mio medico di spiegarmi in modo semplice una terapia nuova o difficile da capire. (4)	☐	☐	☐	☐	☐

5. Riesco a dire al mio medico che non mi sento capace di gestire la mia malattia. (5)	☐	☐	☐	☐	☐
6. Riesco a esprimere i miei dubbi sul trattamento, anche se il medico ha fretta o mi interrompe. (6)	☐	☐	☐	☐	☐
7. Riesco a ripetere con parole mie le informazioni che il medico mi ha appena dato, per assicurarmi di aver capito bene. (7)	☐	☐	☐	☐	☐
8. Riesco a restare concentrato/a su ciò che dice il medico, anche se arrivo alla visita dopo una discussione o una giornata stressante. (8)	☐	☐	☐	☐	☐
9. Riesco ad ascoltare con attenzione le spiegazioni del medico, anche se penso di conoscere già le informazioni perché riguardano una terapia simile a quella di un	☐	☐	☐	☐	☐

conoscente.
(9)

10. Riesco a guardare il mio medico negli occhi e dirgli che non ho seguito la terapia. (10)

☐☐☐☐☐

11. Riesco a dire al mio medico cosa mi piace o non mi piace del trattamento che sto facendo. (11)

☐☐☐☐☐

12. Riesco a dire al mio medico quale tipo di trattamento preferisco (per esempio pillole o iniezioni), anche se lui o lei non sembra molto disponibile ad ascoltarmi. (12)

☐☐☐☐☐

13. Riesco a chiedere un consiglio sul mio stile di vita (come alimentazione o attività fisica), anche se il medico sembra voler concludere la visita. (13)

☐☐☐☐☐

14. Riesco a esprimere il mio disaccordo se un medico

☐☐☐☐☐

si comporta in modo arrogante o poco rispettoso. (14)

15. Riesco a far notare al medico che è distratto o non mi sta ascoltando. (15)

16. Riesco a dire al medico che non ho capito bene quando usa parole troppo difficili per spiegarmi la mia malattia. (16)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Fine blocco: SEZIONE 5: Relazione medico-paziente

Inizio blocco: SEZIONE 6: Fiducia nel sistema e innovazione

Vorremmo anche conoscere la sua **opinione generale** sul **sistema sanitario** e sulle **nuove tecnologie**, come l'intelligenza artificiale, che stanno entrando nel mondo della salute.

MISTRUST In questa sezione le presenteremo alcune affermazioni che riguardano il funzionamento del sistema sanitario. Le chiediamo di indicare, per ciascuna affermazione, quanto è d'accordo.

	1 Completamente in disaccordo (1)	2 Poco d'accordo (2)	3 Né d'accordo né in disaccordo (3)	4 Abbastanza d'accordo (4)	5 Completamente d'accordo (5)
1. Il sistema sanitario fa del suo meglio per migliorare la salute dei pazienti (1)	☐	☐	☐	☐	☐
2. Il sistema sanitario nasconde i propri errori (2)	☐	☐	☐	☐	☐
3. I pazienti ricevono cure mediche di alta qualità dal sistema sanitario (3)	☐	☐	☐	☐	☐
4. Il sistema sanitario commette troppi errori (4)	☐	☐	☐	☐	☐
5. Il sistema sanitario mette il profitto al di sopra dei bisogni dei pazienti (5)	☐	☐	☐	☐	☐
6. Il sistema sanitario fornisce cure mediche eccellenti (6)	☐	☐	☐	☐	☐
7. I pazienti ricevono lo stesso trattamento medico dal sistema sanitario, indipendentemente dalla loro razza o etnia (7)	☐	☐	☐	☐	☐
8. Il sistema sanitario mente per fare soldi (8)	☐	☐	☐	☐	☐

9. Il sistema sanitario conduce esperimenti sui pazienti senza che loro lo sappiano (9)

☐☐☐☐☐

Q77 In generale, quanto ritiene di conoscere il significato del termine “Intelligenza Artificiale” (IA)?

- ☐ Non so cosa significhi (1)
- ☐ Ne ho sentito parlare, ma non saprei spiegarlo (2)
- ☐ So a grandi linee cosa significa (3)
- ☐ So spiegarlo in modo semplice (4)
- ☐ So spiegarlo con precisione (5)

Q78 Ha mai utilizzato strumenti o applicazioni che impiegano l'Intelligenza Artificiale (IA)?

- ☐ Sì, spesso (1)
 - ☐ Sì, qualche volta (2)
 - ☐ Credo di sì, ma non ne sono sicuro/a (3)
 - ☐ No (4)
 - ☐ Non so/non saprei dire (5)
-

ATTITUDE AI Le seguenti affermazioni riguardano opinioni e percezioni legate all'Intelligenza Artificiale (di seguito abbreviata con "IA") applicata in diversi ambiti della vita quotidiana e della salute. Le chiediamo di esprimere, per ciascuna affermazione, il suo grado di accordo.

	1 Completamente in disaccordo (1)	2 In disaccordo (2)	3 Né d'accordo né in disaccordo (3)	4 D'accordo (4)	5 Completamente d'accordo (5)
1. Per transazioni (economiche) di routine, preferirei interagire con un sistema di IA piuttosto che con un umano. (1)	☐	☐	☐	☐	☐
2. L'IA può fornire nuove opportunità economiche per questo paese. (2)	☐	☐	☐	☐	☐
3. Le organizzazioni (private e governative) usano l'IA in modo non etico. (3)	☐	☐	☐	☐	☐
4. I sistemi di IA possono aiutare le persone a sentirsi più felici. (4)	☐	☐	☐	☐	☐
5. Sono colpito/a da ciò che l'IA può fare. (5)	☐	☐	☐	☐	☐
6. Penso che i sistemi di IA commettano molti errori. (6)	☐	☐	☐	☐	☐
7. Sono interessato/a all'uso dei sistemi di IA nella mia vita quotidiana. (7)	☐	☐	☐	☐	☐
8. Trovo l'IA oscura. (8)	☐	☐	☐	☐	☐

9. L'IA potrebbe prendere il controllo delle persone. (9)	☐	☐	☐	☐	☐
10. Penso che l'IA sia pericolosa. (10)	☐	☐	☐	☐	☐
11. L'IA può avere un impatto positivo sul benessere delle persone. (11)	☐	☐	☐	☐	☐
12. L'IA è entusiasmante. (12)	☐	☐	☐	☐	☐
13. Un operatore/assistente con IA sarebbe meglio di un lavoratore in molti lavori di routine. (14)	☐	☐	☐	☐	☐
14. Ci sono molte applicazioni utili dell'IA. (15)	☐	☐	☐	☐	☐
15. Rabbrivisco/tremo per il disagio quando penso agli usi futuri dell'IA. (16)	☐	☐	☐	☐	☐
16. I sistemi di IA possono fornire/offrire prestazioni migliori degli umani. (17)	☐	☐	☐	☐	☐
17. Gran parte della società beneficerà di un futuro ricco/pieno di IA. (18)	☐	☐	☐	☐	☐
18. Vorrei utilizzare l'IA nel mio lavoro. (19)	☐	☐	☐	☐	☐
19. Le persone come me soffriranno se l'IA	☐	☐	☐	☐	☐

verrà utilizzata
sempre di più. (20)

20. L'IA è usata per
spiare le persone.
(21)

☐☐☐☐☐

Fine blocco: SEZIONE 6: Fiducia nel sistema e innovazione

Inizio blocco: SEZIONE 7: Priorità informative nei referti medici

Questa sezione mira a capire quali **informazioni** considera **più importanti** da includere in un referto medico.

Q16 Quanto ritiene importante che un referto medico includa le seguenti informazioni?

	1 Per niente importante (1)	2 Poco importante (2)	3 Abbastanza importante (3)	4 Molto importante (4)
Una spiegazione chiara della diagnosi (1)	☐	☐	☐	☐
Dettagli sui farmaci prescritti (2)	☐	☐	☐	☐
Segnali di allarme da monitorare (3)	☐	☐	☐	☐
Raccomandazioni su stile di vita (4)	☐	☐	☐	☐
Programmazione di follow-up (5)	☐	☐	☐	☐
Contatti utili per domande (6)	☐	☐	☐	☐
Esiti di esami/visite precedenti (7)	☐	☐	☐	☐

Fine blocco: SEZIONE 7: Priorità informative nei referti medici

Inizio blocco: **SEZIONE 8: Struttura e formato dei documenti**

Una volta individuati i contenuti più importanti, ci interessa anche capire come preferirebbe che fossero **organizzati e presentati** nel referto.

Q17 Quanto ritiene importante includere le seguenti sezioni in un referto medico?

	1 Per niente importante (1)	2 Poco importante (2)	3 Abbastanza importante (3)	4 Molto importante (4)
Introduzione breve sul motivo della visita (1)	☐	☐	☐	☐
Diagnosi spiegata in termini semplici (2)	☐	☐	☐	☐
Farmaci prescritti con istruzioni dettagliate (3)	☐	☐	☐	☐
Suggerimenti pratici per il recupero fisico (4)	☐	☐	☐	☐
Prossimi passi (es.visite di controllo, esami o altri appuntamenti medici da fare in seguito) (5)	☐	☐	☐	☐
Contatti utili per emergenze o chiarimenti (6)	☐	☐	☐	☐
Una sintesi iniziale seguita da sezioni più dettagliate ("a strati") (7)	☐	☐	☐	☐

Q18 Quanto riterrebbe utile trovare all'interno del referto le seguenti caratteristiche visuali?

	1 Per niente utile (1)	2 Poco utile (2)	3 Abbastanza utile (3)	4 Molto utile (4)
Grafici che mostrano l'andamento degli esami nel tempo (1)	☐	☐	☐	☐
Colori o simboli per evidenziare dati anomali o critici (3)	☐	☐	☐	☐
Linea cronologica della storia clinica (es. visite, esami, trattamenti) (4)	☐	☐	☐	☐

Q19 Quale formato preferirebbe per ricevere un referto medico?

- ☐ Solo in formato cartaceo (1)
 - ☐ Solo in formato digitale (es. email, app, portale online) (2)
 - ☐ Entrambi i formati (cartaceo e digitale) (3)
-

Q20 Quanto ritiene importanti le seguenti caratteristiche per un referto medico in formato digitale?

	1 Per niente importante (1)	2 Poco importante (2)	3 Abbastanza importante (3)	4 Molto importante (4)
Accessibilità offline (scaricabile e salvabile) (1)	☐	☐	☐	☐
Protezione della privacy (es. accesso sicuro) (2)	☐	☐	☐	☐
Compatibilità con smartphone/tablet/computer (3)	☐	☐	☐	☐
Notifiche di aggiornamenti o promemoria (4)	☐	☐	☐	☐

Fine blocco: **SEZIONE 8: Struttura e formato dei documenti**

Inizio blocco: **SEZIONE 9: Linguaggio e chiarezza**

Esploriamo le sue opinioni su come il **linguaggio** nei referti medici possa essere reso più **chiaro e centrato sul paziente**.

Q21 Quanto ritiene importante che il linguaggio in un referto medico sia:

	1 Per niente importante (1)	2 Poco importante (2)	3 Abbastanza importante (3)	4 Molto importante (4)
Chiaro e comprensibile (1)	☐	☐	☐	☐
Semplice e privo di termini complessi (2)	☐	☐	☐	☐
Privo di ambiguità (3)	☐	☐	☐	☐
Adeguito al livello di istruzione del paziente (4)	☐	☐	☐	☐



Q22 Ha mai percepito il linguaggio usato nei referti medici come freddo o impersonale (es. troppo formale, con molte sigle o scritto senza riferimenti diretti alla persona)?

- ☐ Mai (0)
- ☐ Raramente (1)
- ☐ A volte (2)
- ☐ Spesso (3)
- ☐ Sempre (4)



Q23 Ha mai percepito il linguaggio usato nei referti medici come stigmatizzante (es. parole che fanno sentire giudicati, colpevoli o “diversi”)?

- ☐ Mai (0)
- ☐ Raramente (1)
- ☐ A volte (2)
- ☐ Spesso (3)
- ☐ Sempre (4)

Q24 Quanto ha fatto esperienza dei seguenti sentimenti durante la lettura di un referto medico?

	1 Mai (1)	2 Raramente (2)	3 A volte (3)	4 Spesso (4)	5 Sempre (5)
Tranquillità (1)	☐	☐	☐	☐	☐
Confusione (2)	☐	☐	☐	☐	☐
Ansia/preoccupazione (3)	☐	☐	☐	☐	☐
Sfiducia verso le informazioni ricevute (4)	☐	☐	☐	☐	☐
Speranza (6)	☐	☐	☐	☐	☐
Vergogna/imbarazzo (7)	☐	☐	☐	☐	☐
Rassicurazione (9)	☐	☐	☐	☐	☐
Fiducia verso le informazioni ricevute (10)	☐	☐	☐	☐	☐

Q25 Quanto ritiene utile includere nei referti medici le seguenti risorse per spiegare i termini tecnici?

	1 Per niente utile (1)	2 Poco utile (2)	3 Abbastanza utile (3)	4 Molto utile (4)
Un glossario con definizioni (1)	☐	☐	☐	☐
Note esplicative accanto ai termini tecnici (2)	☐	☐	☐	☐
Esempi pratici di prescrizioni mediche (es. spiegazioni che mostrano cosa fare nella pratica, come seguire una dieta ipercalorica o gestire la pressione alta) (3)	☐	☐	☐	☐
Immagini o grafici (es. figure esplicative, tabelle o rappresentazioni visive dei dati) (4)	☐	☐	☐	☐
Rimandi a siti, linee guida o risorse online affidabili per approfondire il referto (6)	☐	☐	☐	☐

Q26 Quanto ritiene importante che lo stile del linguaggio utilizzato in un referto medico sia:

	1 Per niente importante (1)	2 Poco importante (2)	3 Abbastanza importante (3)	4 Molto importante (4)
Empatico e rispettoso (1)	☐	☐	☐	☐
Personalizzato per il paziente (2)	☐	☐	☐	☐
Coinvolgente e motivante (3)	☐	☐	☐	☐
Neutrale e non giudicante (4)	☐	☐	☐	☐

Q27 Ha mai avuto difficoltà a comprendere un referto medico a causa di:

	1 Mai (1)	2 Raramente (2)	3 A volte (3)	4 Spesso (4)	5 Sempre (5)
Termini tecnici non spiegati (1)	☐	☐	☐	☐	☐
Fraasi troppo lunghe o complesse (2)	☐	☐	☐	☐	☐
Mancanza di contesto o dettagli (3)	☐	☐	☐	☐	☐
Linguaggio percepito come troppo impersonale (4)	☐	☐	☐	☐	☐



Q28 Quali delle seguenti caratteristiche ritiene fondamentali per rendere i referti medici chiari, comprensibili e centrati sul paziente? (Selezioni fino a 3 risposte)

- ☐ Uso di frasi brevi e semplici (1)
- ☐ Spiegazione dei termini tecnici (2)
- ☐ Esempi o elementi visivi (es. immagini, grafici) (3)
- ☐ Adozione di un tono empatico e rispettoso (4)
- ☐ Linguaggio e contenuti adattati al paziente (es. età, livello di istruzione, lingua) (5)
- ☐ Struttura chiara e facile da seguire (6)
- ☐ Informazioni più importanti evidenziate (es. sintesi o punti chiave) (7)

Fine blocco: SEZIONE 9: Linguaggio e chiarezza

Inizio blocco: SEZIONE 10: Percezione della malattia

Visualizza questa domanda:

If Ha mai ricevuto una diagnosi di una malattia cronica (ad es. diabete, ipertensione, BPCO, insuffi...
= Si



ILLNESS PERCEPTION In questa sezione trova alcune domande sul modo in cui percepisce la sua condizione di salute. Indichi, per ciascuna, quanto l'affermazione la rappresenta su una scala da 0 a 10, dove 0 significa "per niente" e 10 "moltissimo".

	0 Per niente (0)	1 (1)	2 (2)	3 (3)	4 (4)	5 (5)	6 (6)	7 (7)	8 (8)	9 (9)	10 Moltissimo (10)
1. Quanto la sua malattia influenza la sua vita? (1)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Per quanto tempo pensa che continuerà la sua malattia? (2)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Quanto controllo sente di avere sulla sua malattia? (3)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Quanto pensa che il trattamento possa aiutare la sua malattia? (4)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Quanto spesso avverte sintomi legati alla sua malattia? (5)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Quanto è preoccupato/a per la sua malattia? (6)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Quanto ritiene di comprendere bene la sua malattia? (7)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. Quanto la sua malattia la influenza dal punto di vista emotivo (ad esempio, la rende arrabbiato/a, spaventato/a, triste o depresso/a)?
(8)

Fine blocco: SEZIONE 10: Percezione della malattia

Inizio blocco: SEZIONE 11: Benessere psicologico e stigma

In questa sezione le faremo alcune domande sul suo **benessere emotivo**, sulle **reti di supporto sociale** e su come vive eventuali **difficoltà** o **preoccupazioni legate alla salute**.

SOCIAL SUPPORT In questa sezione troverà alcune affermazioni riguardanti il sostegno che riceve da persone significative, familiari e amici. Le chiediamo di indicare, per ciascuna affermazione, quanto è d'accordo.

	1 Completamente in disaccordo (1)	2 In disaccordo (2)	3 Abbastanza in disaccordo (3)	4 Né in disaccordo né d'accordo (4)	5 Abbastanza d'accordo (5)	6 D'accordo (6)	Completamente d'accordo (7)
1. C'è una particolare persona che mi è vicina quando ho bisogno (1)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. C'è una particolare persona con cui posso condividere le mie gioie e i miei dispiaceri (2)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. La mia famiglia cerca veramente di aiutarmi (3)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ricevo dalla mia famiglia l'aiuto morale e il sostegno di cui ho bisogno (4)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ho una particolare persona che è un'autentica fonte di conforto per me (5)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. I miei amici/le mie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

amiche
cercano
veramente di
aiutarmi (6)

7. Posso
contare sui
miei
amici/sulle
mie amiche
quando le
cose vanno
male (7)

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

8. Posso
parlare dei
miei
problemi
nella mia
famiglia (8)

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

9. Ho
amici/amiche
con i quali/le
quali posso
condividere
le mie gioie
e i miei
dispiaceri (9)

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

10. C'è una
particolare
persona
nella mia vita
che si
interessa dei
miei
sentimenti
(10)

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

11. La mia
famiglia è
disponibile
ad aiutarmi
quando devo
prendere
decisioni
(11)

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

12. Posso
parlare dei
miei

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

problemi con
i miei
amici/le mie
amiche (12)

Visualizza questa domanda:

If Ha mai ricevuto una diagnosi di una malattia cronica (ad es. diabete, ipertensione, BPCO, insuffi...
= Si

STIGMA Le presenteremo ora alcune affermazioni che riguardano il modo in cui percepisce la sua condizione di salute e come pensa che essa influenzi le relazioni con gli altri. Le chiediamo di esprimere, per ciascuna affermazione, il suo grado di accordo.

	1 Completamente in disaccordo (1)	2 In disaccordo (2)	3 Abbastanza in disaccordo (3)	4 Né in disaccordo né d'accordo (4)	5 Abbastanza in d'accordo (5)	6 D'accordo (6)	Co d
1. Mi sento fuori posto nella maggior parte delle situazioni a causa della/e mia/e condizione/i di salute. (1)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
2. Avere questa/e condizione/i di salute ha rovinato la mia vita. (2)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
3. Le persone senza la/e mia/e condizione/i di salute non potrebbero mai capirmi davvero. (3)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4. Mi sento imbarazzato/a o mi vergogno di avere questa/e condizione/i di salute. (4)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
5. Sono deluso/a da me stesso/a per avere questa/e condizione/i di salute. (5)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

6. Mi do la colpa per la/e mia/e condizione/i di salute. (6)

☐☐☐☐☐☐

7. Penso che gli stereotipi (o le supposizioni) negativi sulle persone con la/e mia/e condizione/i di salute siano veri anche per me. (7)

☐☐☐☐☐☐

8. Le persone mi trattano ingiustamente perché ho questa/e condizione/i di salute. (8)

☐☐☐☐☐☐

9. Altre persone pensano che io non possa ottenere molto nella vita a causa della/e mia/e condizione/i di salute. (9)

☐☐☐☐☐☐

10. Le persone mi ignorano perché ho questa/e condizione/i di salute. (10)

☐☐☐☐☐☐

11. Le persone mi prendono meno sul serio perché ho questa/e condizione/i di

☐☐☐☐☐☐

salute. (11)

12. Altre
persone non
credono che
la/e mia/e
condizione/i di
salute mi
colpisca/no
tanto quanto
dico. (12)

☐☐☐☐☐☐

13. La
maggior parte
delle persone
non sarebbe
interessata ad
avvicinarsi a
me perché ho
questa/e
condizione/i di
salute. (13)

☐☐☐☐☐☐

14. Se i datori
di lavoro
sapessero
che ho
questa/e
condizione/i di
salute,
sarebbero
meno
propensi ad
assumermi.
(14)

☐☐☐☐☐☐

15. Non
condivido
molto di me
con gli altri
perché non
voglio
appesantirli
con la/e mia/e
condizione/i di
salute. (15)

☐☐☐☐☐☐

16. Non
passo molto
tempo con
altre persone
perché temo

☐☐☐☐☐☐

cosa possano
pensare di me
a causa
della/e mia/e
condizione/i di
salute. (16)

17. Le
supposizioni
negative sulle
persone con
la/e mia/e
condizione/i di
salute mi
tengono
isolato/a dal
mondo che mi
circonda. (17)

18. Evito le
situazioni
sociali per
proteggere la
mia famiglia o
i miei amici
dall'imbarazzo
legato alla/e
mia/e
condizione/i di
salute. (18)

19. Stare con
persone che
non hanno
la/e mia/e
condizione/i di
salute mi fa
sentire come
se non
appartenessi
al gruppo.
(19)

20. Cerco di
non
avvicinarmi a
persone che
non hanno
la/e mia/e
condizione/i di
salute per
evitare il

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

rifiuto. (20)

21. Non dico
agli altri che
ho questa/e
condizione/i di
salute perché
temo che mi
giudichino.
(21)

☐	☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

22. In
generale,
riesco a
vivere la vita
come voglio
anche con
la/e mia/e
condizione/i di
salute. (22)

☐	☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

23. Posso
avere una vita
buona e
appagante,
nonostante
la/e mia/e
condizione/i di
salute. (23)

☐	☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

24. Le
persone con
la/e mia/e
condizione/i di
salute danno
contributi
importanti alla
società. (24)

☐	☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

25. Vivere con
la/e mia/e
condizione/i di
salute mi ha
reso/a una
persona forte.
(25)

☐	☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------



STRESS In questa parte troverà alcune domande relative a come si è sentito o comportato nell'ultimo mese in situazioni di vita quotidiana. Le chiediamo di indicare, per ciascuna domanda, con quale frequenza ha vissuto quella specifica esperienza.

	0 Mai (0)	1 Quasi mai (1)	2 A volte (2)	3 Abbastanza spesso (3)	4 Molto spesso (4)
1. Nell'ultimo mese, quanto spesso si è sentito/a turbato/a per qualcosa accaduto inaspettatamente? (1)	☐	☐	☐	☐	☐
2. Nell'ultimo mese, quanto spesso ha avuto la sensazione di non riuscire a controllare le cose importanti della sua vita? (2)	☐	☐	☐	☐	☐
3. Nell'ultimo mese, quanto spesso si è sentito/a nervoso/a e stressato/a? (3)	☐	☐	☐	☐	☐
4. Nell'ultimo mese, quanto spesso si è sentito/a sicuro/a della sua capacità di affrontare i suoi problemi personali? (4)	☐	☐	☐	☐	☐
5. Nell'ultimo mese, quanto spesso ha avuto la sensazione che le cose stessero andando come desiderava? (5)	☐	☐	☐	☐	☐
6. Nell'ultimo mese, quanto	☐	☐	☐	☐	☐

spesso ha avuto la sensazione di non riuscire a gestire tutte le cose che doveva fare? (6)

7. Nell'ultimo mese, quanto spesso è riuscito/a a controllare le irritazioni della sua vita? (7)

☐☐☐☐☐

8. Nell'ultimo mese, quanto spesso ha avuto la sensazione di avere tutto sotto controllo? (8)

☐☐☐☐☐

9. Nell'ultimo mese, quanto spesso si è sentito/a arrabbiato/a per cose accadute al di fuori del suo controllo? (9)

☐☐☐☐☐

10. Nell'ultimo mese, quanto spesso ha avuto la sensazione che le difficoltà si accumulassero al punto da non poterle superare? (10)

☐☐☐☐☐

ANSIA Le proporremo ora alcune domande riguardanti sintomi di ansia che può aver provato nelle ultime due settimane. Le chiediamo di indicare, per ciascun sintomo, con quale frequenza lo ha sperimentato.

	0 Mai (0)	1 Alcuni giorni (1)	2 Più della metà dei giorni (2)	3 Quasi ogni giorno (3)
1. Sentirsi nervoso/a, ansioso/a o teso/a (1)	☐	☐	☐	☐
2. Non riuscire a smettere di preoccuparsi o a tenere sotto controllo le preoccupazioni (2)	☐	☐	☐	☐
3. Preoccuparsi troppo per varie cose (3)	☐	☐	☐	☐
4. Avere difficoltà a rilassarsi (4)	☐	☐	☐	☐
5. Essere talmente irrequieto/a da far fatica a stare seduto/a fermo/a (5)	☐	☐	☐	☐
6. Infastidirsi o irritarsi facilmente (6)	☐	☐	☐	☐
7. Avere paura che possa succedere qualcosa di terribile (7)	☐	☐	☐	☐



DEPRESSIONE Le presenteremo alcune domande riguardanti lo stato d'animo che può aver provato nelle ultime due settimane. Le chiediamo di indicare con quale frequenza ne ha fatto esperienza.

	0 Mai (0)	1 Alcuni giorni (1)	2 Più della metà dei giorni (2)	3 Quasi ogni giorno (3)
1. Scarso interesse o piacere nel fare le cose (1)	☐	☐	☐	☐
2. Sentirsi giù, di cattivo umore, disperato (2)	☐	☐	☐	☐
3. Soffrire d'insonnia o dormire troppo (3)	☐	☐	☐	☐
4. Sentirsi stanco o con poche energie (4)	☐	☐	☐	☐
5. Avere scarso appetito o mangiare troppo (5)	☐	☐	☐	☐
6. Sentirsi un fallito o di aver deluso la famiglia (6)	☐	☐	☐	☐
7. Difficoltà a concentrarsi (7)	☐	☐	☐	☐
8. Muoversi/parlare lentamente o agitarsi più del solito (8)	☐	☐	☐	☐
9. Pensieri di morte o di farsi del male (9)	☐	☐	☐	☐

Fine blocco: **SEZIONE 11: Benessere psicologico e stigma**

Inizio blocco: SEZIONE 12: Strategie personali per comprendere i documenti

In questa sezione ci interessa capire se, dopo aver ricevuto un referto medico, le è mai capitato di **cercare ulteriori informazioni** per **comprenderlo meglio** e quali **strategie** ha utilizzato. Le chiediamo inoltre di indicare se ha incontrato **difficoltà** nel **valutare l'affidabilità** delle informazioni trovate.

Q29 Ha mai cercato informazioni aggiuntive per capire meglio un referto medico? (Selezioni tutte le risposte che si applicano)

- ☐ Sì, online (es. Google, siti medici, forum, ecc.) (1)
 - ☐ Sì, utilizzando strumenti di intelligenza artificiale (es. ChatGPT, ecc.) (2)
 - ☐ Sì, parlando con amici/familiari (3)
 - ☐ Sì, parlando con gruppi di supporto di pazienti/associazioni di pazienti (4)
 - ☐ Sì, consultando altri professionisti sanitari (5)
 - ☐ No (6)
-

Visualizza questa domanda:

*If Ha mai cercato informazioni aggiuntive per capire meglio un referto medico? (Selezioni tutte le r...
= Sì, online (es. Google, siti medici, forum, ecc.)*



Q29.1 Se ha cercato online (Google, siti medici, forum, ecc.), ha mai avuto difficoltà a capire se l'informazione fosse affidabile?

- ☐ Sì (1)
 - ☐ No (0)
-

Visualizza questa domanda:

*If Ha mai cercato informazioni aggiuntive per capire meglio un referto medico? (Selezioni tutte le r...
= Sì, utilizzando strumenti di intelligenza artificiale (es. ChatGPT, ecc.)*



Q29.2 Se ha cercato utilizzando strumenti di intelligenza artificiale (es. ChatGPT, ecc.), ha mai avuto difficoltà a capire se l'informazione fosse affidabile?

☐ Sì (1)

☐ No (0)

Fine blocco: SEZIONE 12: Strategie personali per comprendere i documenti

Inizio blocco: SEZIONE 13: Suggerimenti

Per concludere, ci piacerebbe raccogliere eventuali **proposte** o **idee personali** per migliorare i referti medici che i cittadini ricevono.

Q30 Se potesse migliorare i referti medici, cosa cambierebbe o aggiungerebbe?

Fine blocco: SEZIONE 13: Suggerimenti
