

**GISMa**

**Senonetwork**

## **Indagine sull'integrazione e collaborazione tra i programmi di screening mammografico e i centri aderenti a Senonetwork**

### **1. Introduzione**

Il tumore della mammella è un tema di sanità pubblica a livello globale. In Italia, è il primo tumore per incidenza e mortalità nel sesso femminile [1]. Il controllo della malattia include interventi diversi nelle varie fasi del percorso, dalla prevenzione e diagnosi precoce fino al follow-up. Il percorso clinico è presidiato da diverse società scientifiche, attive in ambito oncologico e senologico, che fanno parte del comitato scientifico di Senonetwork (Network dei centri italiani di senologia). Il Gruppo Italiano Screening Mammografico (GISMa) è la società si propone di promuovere la qualità dello screening mammografico organizzato.

In Italia, lo screening mammografico è attivo da molti anni ed è previsto tra i livelli essenziali di assistenza (LEA). Esso si articola in programmi organizzati di screening mammografico (PSM) che invitano attivamente le donne residenti in età target. In parallelo allo sviluppo dello screening, il modello del centro multidisciplinare di senologia (o breast unit, BU) è stato recepito in Italia con il documento "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia", approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 18 dicembre 2014. Il modello adottato risponde ai requisiti della *European Society of Breast Cancer Specialists* (EUSOMA) [2], sostenuto da raccomandazioni del Parlamento Europeo nel 2003 e nel 2006. Il monitoraggio dell'attuazione del modello dei centri di senologia, previsto dall'accordo Stato-Regioni, viene effettuato da Agenas ed è oggetto di un censimento periodico da parte di Europa Donna [3].

L'impostazione dello screening mammografico in programmi di popolazione rivolti a persone sane e il focus del centro di senologia sul percorso diagnostico-terapeutico del cancro della mammella pone una sfida rispetto alle modalità di integrazione di questi due livelli, in particolare in una fase storica in cui il follow-up delle donne operate al seno, in particolare oltre i 5-10 anni dall'intervento, mostra i limiti di una separazione rigida tra screening rivolto a donne sane asintomatiche e post-trattamento in carico a centri clinici [4]. Inoltre, quando una BU è concepita come un servizio su base di popolazione, come è indicato dai requisiti EUSOMA [2], il parallelismo con il modello dello screening organizzato, così come la necessità da parte della BU di dotarsi di strumenti di raccolta ed analisi dei dati di servizio e di reclutamento della popolazione – una concezione che è un patrimonio indiscusso dei PSM.

### **2. L'integrazione tra screening e breast unit**

L'integrazione tra PSM e BU può essere un beneficio per tutti gli attori del percorso. I PSM possono portare nella costruzione e nell'attività delle BU i loro principi fondanti: protocolli basati sull'evidenza, responsabilità in capo a una persona definita, responsabilità per una popolazione residente e per un obiettivo che deve essere ottenuto e dimostrato, valutazione e pubblicazione dei risultati, appropriatezza perseguita attivamente e documentata, e assistenza multidisciplinare autentica. A loro

volta, le BU possono avere un ruolo chiave per il rilancio dei programmi di screening nelle aree del paese dove questi sono inefficienti e inadeguati.

### 3. Il progetto

Il GISMa ha espresso una forte opzione a favore dell'integrazione tra PSM e BU [5]. L'indagine qui proposta rappresenta uno degli sviluppi di questo impegno, volto a richiamare l'attenzione del mondo della senologia (inclusi gli iscritti alla società) sui rapporti di integrazione tra PSM e BU e ribadire i requisiti-chiave delle BU ai fini di questa integrazione. L'indagine si situa all'interno di una visione di ampio respiro, in cui il GISMa e Senonetwork con la partnership di Europa Donna si propongono di esplorare l'integrazione tra PSM e BU anche a livello di politiche regionali e di individuare i determinanti di un migliore livello di integrazione. Questi aspetti verranno sviluppati in fasi successive del progetto. Questo documento dettaglia scopi e modalità dell'indagine volta a studiare l'integrazione a livello dell'operatività delle singole BU e le barriere/facilitatori all'integrazione.

### 4. Scopi

Gli scopi di questa indagine sono:

- (1) mappare la distribuzione geografica in Italia di BU e PSM in relazione alle rispettive aree di responsabilità dei due;
- (2) far emergere le caratteristiche e il livello di integrazione tra PSM e le BU aderenti a Senonetwork. Per la misura dell'integrazione, si fa riferimento alle dimensioni organizzativa, funzionale, clinica, servizio, normativa e sistemica (Questionario 1);
- (3) individuare le realtà che hanno raggiunto un livello ottimale di integrazione e favorire la messa in comune delle loro esperienze e *best practice*;
- (4) esplorare la percezione dei referenti PSM e BU su aspetti di utilità, di sforzo richiesto, di accettabilità dell'integrazione tra le due fasi del percorso assistenziale e le condizioni facilitanti quest'ultima (Questionario 2).

### 5. Definizioni

#### 5.1 Definizione di integrazione delle cure

L'integrazione tra diversi setting di cura e tra diversi erogatori di servizi sanitari è un concetto multidimensionale che non riconosce una definizione univoca in letteratura [6]. Ad esempio, il concetto di integrazione può declinarsi diversamente a seconda delle diverse prospettive: del processo, dell'utente finale (cittadino/paziente) e del sistema sanitario [6]. Inoltre, si può distinguere tra "cura integrata" come obiettivo finale e "integrazione" come metodo per raggiungere questo obiettivo [7].

La definizione che più si avvicina all'integrazione tra PSM e BU può essere quella proposta da Kodner, che evidenzia il legame tra i diversi livelli dell'integrazione e l'outcome finale in termini di impatto sull'utente finale: *"Integration is a coherent set of methods and models on the funding, administrative, organisational service delivery and clinical levels designed to create connectivity, alignment and collaboration within and between the cure and care sectors. The goal of these methods and models is to enhance quality of care and quality of life, consumer satisfaction and system efficiency for patients...cutting across multiple services, providers and settings. [Where] the result of such multi-*

*pronged efforts to promote integration [lead to] the benefit of patient groups [the outcome can be called] integrated care” [8].*

La tassonomia dell'integrazione può riconoscere numerose dimensioni come, ad esempio, la tipologia (es. organizzativa, clinica, di servizio, etc.) (Tabella 1), il meccanismo (sistemica o normativa) (Tabella 1), il livello dei processi considerati (verticale o orizzontale), l'intensità (completa o parziale) [6].

## **5.2 Integrazione tra PSM e BU**

Considerando questi parametri, l'integrazione tra PSM e BU si può definire come:

- verticale: il suo oggetto sono servizi in diversi stadi del percorso del cancro della mammella (lo screening termina con la diagnosi, cioè nel momento in cui avviene la presa in carico da parte della BU),
- di livello meso, perché si rivolge a gruppi di popolazione invece che a singoli (micro). I gruppi non sono completamente sovrapponibili, perché la popolazione target del PSM che rimane sana al termine dell'esperienza in screening non diventerà mai parte della popolazione seguita dalla BU quando affetta da cancro della mammella;

Mentre queste definizioni si possono attribuire automaticamente all'interazione screening-BU sulla scorta dell'ambito di azione delle rispettive attività, le dimensioni della tipologia e dell'intensità possono variare a seconda del contesto locale. D'altra parte, è proprio in base alla tipologia e al grado di integrazione tra PSM e BU che si può definire quali siano “la qualità” (tipologia) e “la quantità” (intensità) dell'integrazione, contemplati dalla raccomandazione GISMa, e stabilire se un PSM e una BU sono veramente “integrati”. In Tabella 2, è riportata una declinazione delle tipologie di integrazione rispetto all'interfaccia PSM-BU.

## **5.3 Il modello della Teoria Unificata dell'Accettazione e dell'Uso della Tecnologia**

Le percezioni (fattori umani) hanno una notevole rilevanza nei processi di accettazione e facilitazione dell'introduzione di cambiamenti nella pratica lavorativa, in quanto le aspettative incidono in maniera rilevante sui comportamenti. Esplorare i meccanismi che influenzano le intenzioni di mettere in atto specifici comportamenti e il comportamento stesso è utile per far emergere quali possono essere le determinanti di un alto/basso livello di accettazione del cambiamento.

In letteratura il modello della Teoria Unificata dell'Accettazione e dell'Uso della Tecnologia (UTAUT), sviluppato attraverso la revisione e integrazione di otto teorie e modelli dominanti delle scienze comportamentali e organizzative, propone un'interessante lettura sulle intenzioni di mettere in atto specifici comportamenti (*behavioural intention to use*, BI) ed il comportamento stesso (*use behaviour*) [12]. In base allo schema UTAUT, l'intenzione di mettere in atto uno specifico comportamento (*behavioural intention to use*, BI), ed il comportamento stesso (*use behaviour*) sono determinati da 4 costrutti principali: l'aspettativa di prestazione (*performance expectancy*, PE), l'aspettativa di sforzo (*effort expectancy*, EE), l'influenza sociale (*social influence*, SI) e le condizioni facilitanti (*facilitating conditions*, FC).

- L'aspettativa di prestazione (PE), che sostituisce l'utilità percepita del modello Technology Acceptance Model (TAM), rappresenta quanto un individuo crede che la tecnologia lo aiuterà ad ottenere vantaggi nello svolgimento del proprio lavoro, in termini anche di maggiore utilità e miglior risultati prestazionali nell'effettuare i propri compiti.
- L'aspettativa di sforzo (EE) è intesa come il livello di facilità d'uso della tecnologia e rappresenta quanto un individuo crede che l'uso della tecnologia sia facile. Questo costrutto corrisponde alla facilità percepita dell'uso della tecnologia del modello TAM.

- L'influenza sociale (SI) è definita come il grado in cui un individuo crede che coloro che sono importanti nel contesto di implementazione della tecnologia ritengano che la tecnologia debba essere utilizzata e la raccomandino fortemente. Di fatto rappresenta l'ascendente positivo che i soggetti ritenuti influenti hanno rispetto all'utilizzo della tecnologia.
- Le condizioni facilitanti (FC) sono costituite da quanto un individuo crede che l'infrastruttura tecnica ed organizzativa sia disponibile per supportare l'uso della tecnologia e capace di farlo effettivamente.

L'influenza di questi fattori chiave sull'intenzione del comportamento ed il comportamento stesso è di volta in volta moderata da altre caratteristiche quali il genere, l'età, l'esperienza e la volontarietà d'uso. Si ritiene che, esaminando la presenza di ciascuno di questi costrutti nel "real world", si sia in grado di valutare a livello di singolo individuo l'intenzione all'utilizzo di uno specifico sistema. Nel modello UTAUT i primi tre costrutti, cioè PE, EE e SI, influenzano l'intenzione di utilizzare la tecnologia, mentre l'uso effettivo è condizionato dall'intenzione all'uso e dalle condizioni facilitanti.

Dall'analisi del valore predittivo delle diverse variabili del modello UTAT realizzato da Venkatesh et al. (2003) [12] emerge che soltanto l'aspettativa di prestazione (PE) e l'intenzione all'uso (BI) risultano essere i miglior predittori rispettivamente dell'intenzione all'uso e dell'uso stesso.

#### **5.4 Esportare il modello della UTAUT nello studio dell'integrazione tra PSM e BU come innovazione organizzativa**

Il modello UTAUT è stato sviluppato e utilizzato ampiamente per analizzare il livello di accettazione e d'uso di innovazioni in diversi ambiti e settori [13-17]. Questo *framework* può essere utilizzato per valutare le aspettative degli *user* con riferimento a specifiche innovazioni anche di tipo organizzativo perchè incorpora teorie del comportamento umano e permette quindi di analizzare le percezioni dei soggetti con riferimento a un più ampio concetto di innovazione. In questo senso, l'integrazione tra PSM e BU si può ritenere equivalente a una innovazione organizzativa e utilizzare il modello UTAUT per studiarne i meccanismi.

Nella Tabella 3 vengono riportati gli item proposti per operationalizzare i costrutti del modello. È stato rimosso dal modello la variabile relativa alla volontarietà d'uso (*voluntariness of use*) perché nel caso di studio in oggetto i professionisti non sono chiamati a scegliere se aderire al cambiamento o no, ma devono seguire l'indicazione strategica aziendale circa l'integrazione tra lo screening e le attività delle BU. E' stata invece aggiunta la dimensione della valutazione dell'esperienza di integrazione per esplorare la relazione con i costrutti del modello UTAT. Le ipotesi dello studio, infatti, oltre alla verifica del modello UTAT per l'analisi dei meccanismi di accettazione del cambiamento in osservazione, è anche di verificare se l'aspettativa di prestazione, l'aspettativa di sforzo, l'influenza sociale e le condizioni facilitanti sono associate alla soddisfazione dei professionisti rispetto all'integrazione.

## **6. Protocollo operativo**

La procedura di preparazione e somministrazione dei questionari fa riferimento alle *best practice* per le survey riportate da Burns et al. [10].

### **6.1 Target della survey**

I target della survey sono le BU afferenti a Senonetwork e i PSM italiani. La persona responsabile della compilazione dei questionari è identificata nel clinical lead per le BU e nel direttore del programma per i PSM. La somministrazione dei questionari ai PSM seguirà quella alle BU e verrà dettagliata in una versione successiva del protocollo per cui verrà chiesto il contributo di ONS.

## **6.2 Sviluppo e test dei questionari**

### *6.2.1. I questionari*

Le BU riceveranno due questionari differenti:

1. Il Questionario 1 è formulato con il fine di misurare l'integrazione tra PSM e BU rispetto alle sei dimensioni dell'integrazione. Le domande misurano le dimensioni dell'integrazione secondo gli aspetti caratterizzanti il rapporto PSM-BU riportati in Tabella 2 per mezzo di domande a risposta chiusa.
2. Il Questionario 2 esplora la percezione degli rispondenti su aspetti di utilità, di sforzo richiesto, di accettabilità dell'integrazione tra PSM e BU e le condizioni facilitanti dell'integrazione stessa. Le domande a risposta chiusa con scala Likert sono progettate sul modello UTAUT incorporando i quattro predittori del comportamento degli *user*, ossia "performance expectancy, effort expectancy, social influence e facilitating conditions" [12] come riportato in Figura 1.

I questionari sono stati sviluppati con la supervisione metodologica dei ricercatori della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e con il contributo informale di membri del direttivo GISMa, di Senonetwork, di Europa Donna, di ONS e altri esperti della materia.

### *6.2.2 Pre-test*

I questionari saranno inseriti in SurveyMonkey e sottoposti ad un pre-test per valutare la corretta comprensione delle domande da parte dei destinatari e la loro appropriatezza. La fase di pre-test consisterà nella compilazione dei questionari con raccolta di commenti da parte di tre/quattro BU destinatarie, scelte in diverse aree geografiche: Nord, Centro e Sud.

### *6.2.3 Pilota*

I questionari, modificati a seguito dei commenti raccolti con il pre-test saranno infine somministrati a una BU volontaria per valutare, oltre a residui problemi nella chiarezza delle domande, la facilità d'uso del tool (ed eventuali problemi tecnici), il tempo richiesto per la compilazione ed eventuali ulteriori suggerimenti sulla formulazione e identificazione delle domande.

## **6.4 Lo svolgimento della survey**

### *6.3.1 Annuncio della survey e invio dei questionari ai destinatari*

I Questionari 1 e 2 saranno inviati ai direttori di BU a nome di GISMa e Senonetwork dalla segreteria di Senonetwork. Sarà usata un'e-mail che conterrà, come minimo, le seguenti informazioni: scopo della survey, tempo entro cui inviare la risposta, link ai questionari, tutela dei dati personali, policy per la pubblicazione dei risultati, contatti per domande e assistenza tecnica. La comunicazione sarà indirizzata sia al direttore della BU, sia al radiologo referente.

### *6.4.2 Azioni finalizzate al raggiungimento di un tasso di risposta adeguato*

La copertura del maggior numero possibile di BU e PSM è necessaria per il raggiungimento degli scopi dello studio. Quindi, si metteranno in atto le seguenti azioni volte ad aumentare il tasso di rispondenza:

- invio di un'e-mail di promemoria una settimana prima della scadenza,
- invio di un'e-mail di sollecito una settimana dopo la scadenza,
- contatto telefonico con i direttori delle BU e dei PSM quindici dopo la scadenza, con eventuale compilazione telefonica del questionario assistita da uno degli sperimentatori.

## **6.5 Analisi dei dati**

Una volta raccolti i questionari, le risposte verranno esaminate e sarà stilata una lista delle risposte incomplete, non comprensibili o non coerenti. Sulla base di questa analisi, i rispondenti ai questionari riceveranno una richiesta di chiarimenti o correzioni.

Al fine di consentire una stratificazione delle risposte in funzione delle caratteristiche delle BU e dei PSM, il dataset che include le risposte ai questionari verrà linkato con dataset nella disponibilità di Senonetwork e di ONS per associare alla singola BU e PSM i dati descrittivi (per BU) e di performance (PSM) corrispondenti (v. paragrafo 6.6). Saranno inclusi anche i dati generali (volume, certificazione, area geografica, etc.) delle BU che hanno dichiarato a Senonetwork di non essere collegate a PSM (n=28) per identificare i possibili determinanti della mancanza di collaborazione con il PSM.

Come primo step, i ricercatori della Scuola Superiore Sant'Anna effettueranno un'analisi descrittiva dei risultati. A seguito della discussione di questi dati con i partecipanti al questionario e con GISMa/Senonetwork verrà pianificata una fase di analisi di secondo livello.

## **6.6. Confidenzialità dei dati**

I dati forniti da BU e PSM verranno pubblicati in forma aggregata e in modo che la singola BU e PSM non siano riconoscibili. I dati delle BU saranno gestiti in forma anonimizzata; gli identificativi delle BU saranno conosciuti dalla sola segreteria Senonetwork.

## **6.7 Pubblicazione dei risultati della survey**

Le incertezze legate all'emergenza sanitaria impediscono di fare previsioni sul riavvio delle attività congressuali e convegnistiche e, per conseguenza, di programmare la diffusione dei risultati della survey. I siti web di GISMa e Senonetwork daranno adeguata comunicazione delle iniziative che saranno prese al riguardo. A completamento dello studio, i risultati saranno anche pubblicati sotto forma di articoli scientifici su riviste nazionali e internazionali.

## **6.8 Utilizzo del materiale fornito dalle BU**

Nel Questionario 1 sarà richiesto alle BU di indicare la loro eventuale disponibilità a mettere a disposizione materiale utile (es. PDTA, moduli, istruzioni operative) come best practices utili per altre realtà italiane. La BU potrà indicare se desidera mettere a disposizione il materiale in forma anonima o riconoscibile e ne autorizzerà volta per volta la pubblicazione sui siti che ne faranno richiesta.

## 7. Bibliografia

1. EUSOMA. The requirements of a specialist breast unit. *Eur J Cancer* 2000;36:2288e93.
2. Wilson AR, Marotti L, Bianchi S, Biganzoli L, Claassen S, Decker T, Frigerio A, Goldhirsch A, Gustafsson EG, Mansel RE, Orecchia R, Ponti A, Poortmans P, Regitnig P, Rosselli Del Turco M, Rutgers EJ, van Asperen C, Wells CA, Wengström Y, Cataliotti L. *Eur J Cancer* 2013;49:3579-87.
3. <https://europadonna.it/progetti/breast-unit/il-libro-breast-unit/>
4. Bucchi L, Belli P, Benelli E, Bernardi D, Brancato B, Calabrese M, Carbonaro LA, Caumo F, Cavallo-Marincola B, Clauser P, Fedato C, Frigerio A, Galli V, Giordano L, Golinelli P, Mariscotti G, Martincich L, Montemezzi S, Morrone D, Naldoni C, Paduos A, Panizza P, Pediconi F, Querci F, Rizzo A, Saguatti G, Tagliafico A, Trimboli RM, Zuiani C, Sardanelli F. Recommendations for breast imaging follow-up of women with a previous history of breast cancer: position paper from the Italian Group for Mammography Screening (GISMa) and the Italian College of Breast Radiologists (ICBR) by SIRM. *Radiol Med.* 2016 Dec;121(12):891-896.
5. Saguatti G, Naldoni C, Benelli E, Fedato C, Frigerio A, Galli V, Giordano L, Golinelli P, Morrone D, Paduos A, Querci F, Rizzo A, Bucchi L. Letter to the Editor regarding the paper by F. Cardoso et al. 'European Breast Cancer Conference manifesto on breast centres/units'. *Eur J Cancer* 2017; 87:199-200.
6. Integrated care models: an overview. WHO, Regional Office for Europe, 2016.
7. Lewis RQ, Rosen R, Goodwin N, Dixon J. Where next for integrated care organisations in the English NHS? The Nuffield Trust, 2010
8. Kodner D, Spreeuwenberg C. Integrated care: meanings, logic, applications and implications – a discussion paper. *International journal of integrated care (serial online)* 2002; Vol 12.
9. Shaw S, Rosen R, Rumbold B. What is integrated care? Nuffield Trust, 2013.
10. Burns KEA, Duffett M, Kho ME, Meade MO, Adhikari NKJ, Sinuff T, Cook DJ. A guide for the design and conduct of self-administered surveys of clinicians <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2474876/pdf/20080729s00016p245.pdf>
11. <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>
12. Venkatesh, V., Morris, M.G., Davis, F.D., & Davis, G.B. (2003). User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View. *MIS Quarterly*, 27, 425-478.
13. Williams, M. D., Rana, N. P., & Dwivedi, Y. K. (2015). The unified theory of acceptance and use of technology (UTAUT): a literature review. *Journal of enterprise information management*.
14. Vanneste, D., Vermeulen, B., & Declercq, A. (2013). Healthcare professionals' acceptance of BelRAI, a web-based system enabling person-centred recording and data sharing across care settings with interRAI instruments: a UTAUT analysis. *BMC medical informatics and decision making*, 13(1), 129.
15. Cimperman, M., Brenčič, M. M., & Trkman, P. (2016). Analyzing older users' home telehealth services acceptance behavior—applying an Extended UTAUT model. *International journal of medical informatics*, 90, 22-31.
16. Khatun, F., Palas, M. J. U., & Ray, P. K. (2017). Using the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology model to analyze cloud-based mHealth service for primary care. *Digital Medicine*, 3(2), 69

**Tabella 1. Tassonomia dell'integrazione.**

TIPOLOGIA DI INTEGRAZIONE	DEFINIZIONE
Organizzativa	Collegamento tra le due organizzazioni dal punto di vista formale: contratti, convenzioni, etc.
Funzionale	Integrazione delle funzioni non cliniche e di supporto (back-office)
Di servizio	Integrazione delle funzioni cliniche dal punto di vista organizzativo
Clinica	Processo di cura unico e integrato
Normativa	Condivisione di valori e commitment
Sistemica	Coerenza di regole e politiche

Modificato da Shaw et al. [9].

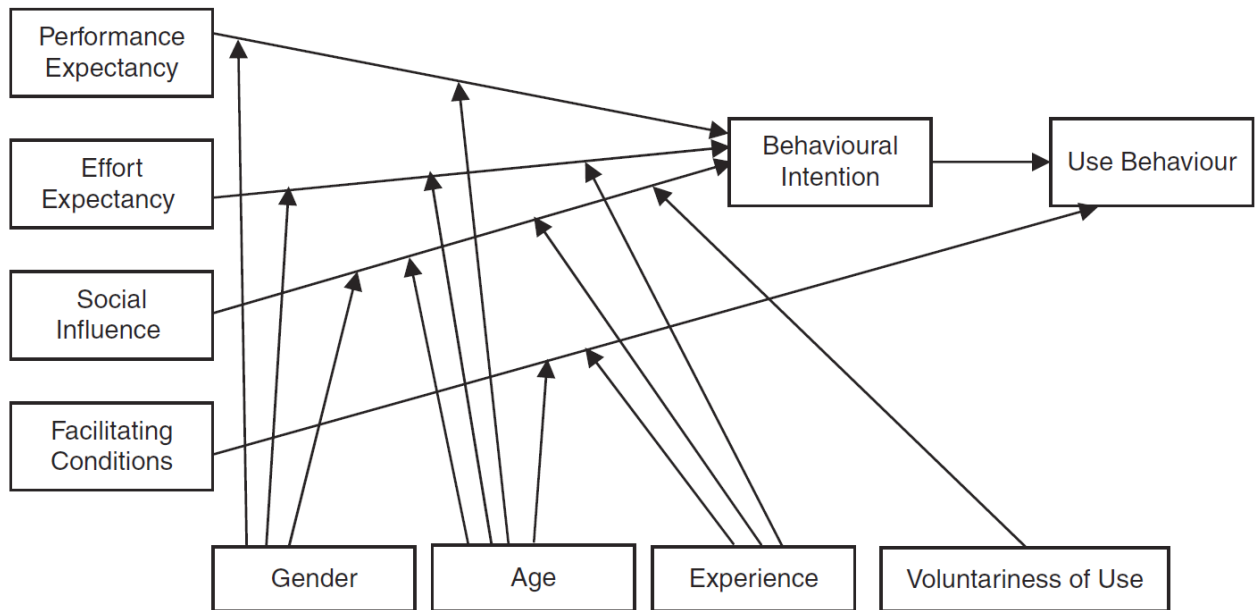
**Tabella 2. Tipologie dell'integrazione applicate al rapporto PSM-BU.**

TIPOLOGIA DI INTEGRAZIONE	ASPETTI CARATTERIZZANTI RAPPORTO PSM-BU
Organizzativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipologia del rapporto formale tra PSM e BU: es. se sono sotto lo stesso ente legale o sotto enti legati diversi. Se la seconda, tipo di accordo contrattuale: contratto, convenzione, accordo, etc.</li> <li>• Utilizzo del budget per le attività: se il budget dello screening è lo stesso della BU o se è diverso</li> </ul>
Funzionale	Tutti gli aspetti di condivisione dei dati: database, gestionale per slot agende, etc.
Di servizio	<p>Se il personale dello screening partecipa ai meeting multidisciplinari e se sì quali profili</p> <p>Se i radiologi di screening sono coinvolti anche nella clinica</p>
Clinica	Se lo screening è integrato nel PDTA (o protocollo) della BU, livello di condivisione delle linee guida
Normativa	Se il Clinical Lead della BU è "accountable" anche per lo screening.
Sistemica	Se il Clinical Lead della BU è "accountable" per i risultati della BU a livello di popolazione (come avviene nello screening, NdR)



**Tabella 3. Operazionalizzazione delle variabili modello UTAUT**

<b>Costrutto del modello</b>	<b>Items</b>
Aspettativa di prestazione (PE)	L'integrazione fra le BU e il programma screening mammografico rappresenta una opportunità per creare nuovi percorsi nella mia professione
	L'integrazione fra le BU e il programma screening mammografico è un elemento che mi fa sentire più sicuro della qualità delle prestazioni che erogo al paziente
	L'integrazione fra le BU e il programma screening mammografico determina un miglior servizio per l'utente
Aspettativa di sforzo (EE)	Ho le competenze necessarie per seguire il percorso di integrazione fra le BU e il programma screening mammografico
	L'integrazione fra le BU e il programma screening mammografico è integrante della mia vita lavorativa
Influenza sociale (SI)	I miei colleghi ritengono che l'integrazione fra le BU e il programma screening mammografico valorizzi la nostra professione
Condizioni facilitanti (FC)	Lavorare in un ambiente che integra vari servizi ha reso necessaria una politica aziendale
	La mia Azienda favorisce l'integrazione fra le BU e il programma screening mammografico
Intenzione all'uso (BI)	Continuerò a seguire l'integrazione fra le BU e il programma screening mammografico
Uso della tecnologia	Mi sono adattato con convinzione all'integrazione fra le BU e il programma screening mammografico
Valutazione dell'esperienza di uso della tecnologia	L'integrazione fra le BU e il programma screening mammografico applicata al mio lavoro rende il mio ambiente lavorativo stimolante
	L'integrazione fra le BU e il programma screening mammografico applicata al mio lavoro rende il mio ambiente lavorativo soddisfacente



Source: Venkatesh *et al.* (2003)

**Figura 1. Il modello della Teoria Unificata dell'Accettazione e dell'Uso della Tecnologia**