Evaluating and promoting territorial preparedness to telemedical services: a pilot study on end-user acceptability of telemedicine guided by the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology Framework (UTAUT)

Presentazione a cura di: Dr. Marco Lezcano, Prof.ssa Margherita Pasini e Prof.ssa Maria Gabriella Landuzzi



Telemedicina

Servizio di assistenza sanitaria in cui la distanza tra professionista e **assistito/a è considerata un fattore critico**, ossia quando i due non si trovano nello stesso luogo (World Health Organization, 2022).

Caratteristiche e obiettivi del lavoro

Questionario anonimo rivolto a un gruppo di cittadini, **SENZA ESPERIENZA** nell'uso della telemedicina che vivono nelle province di Verona e Belluno.

Ottobre 2025 - Dicembre 2025; N = 429

Obiettivo: fornire informazioni sugli antecedenti che portano i cittadini ad accettare e utilizzare i servizi di telemedicina senza aver esperienza pratica nel loro utilizzo.

Perché questo lavoro?

Preparazione del territorio -> «Grado di preparazione di istituzioni sanitarie e comunità ai cambiamenti introdotti da nuove tecnologie in sanità» (Khoja et al., 2007).

Molta attenzione su **professionisti e figure istituzionali** (Shaqrah, 2010; Kim & Choi, 2021; Wubante et al., 2022; Safadi et al., 2026; Suwanbamrung & Endrias, 2026), poca attenzione verso la **”preparazione” pubblica e pazienti** (Mauco et al., 2016; Katz et al., 2024).

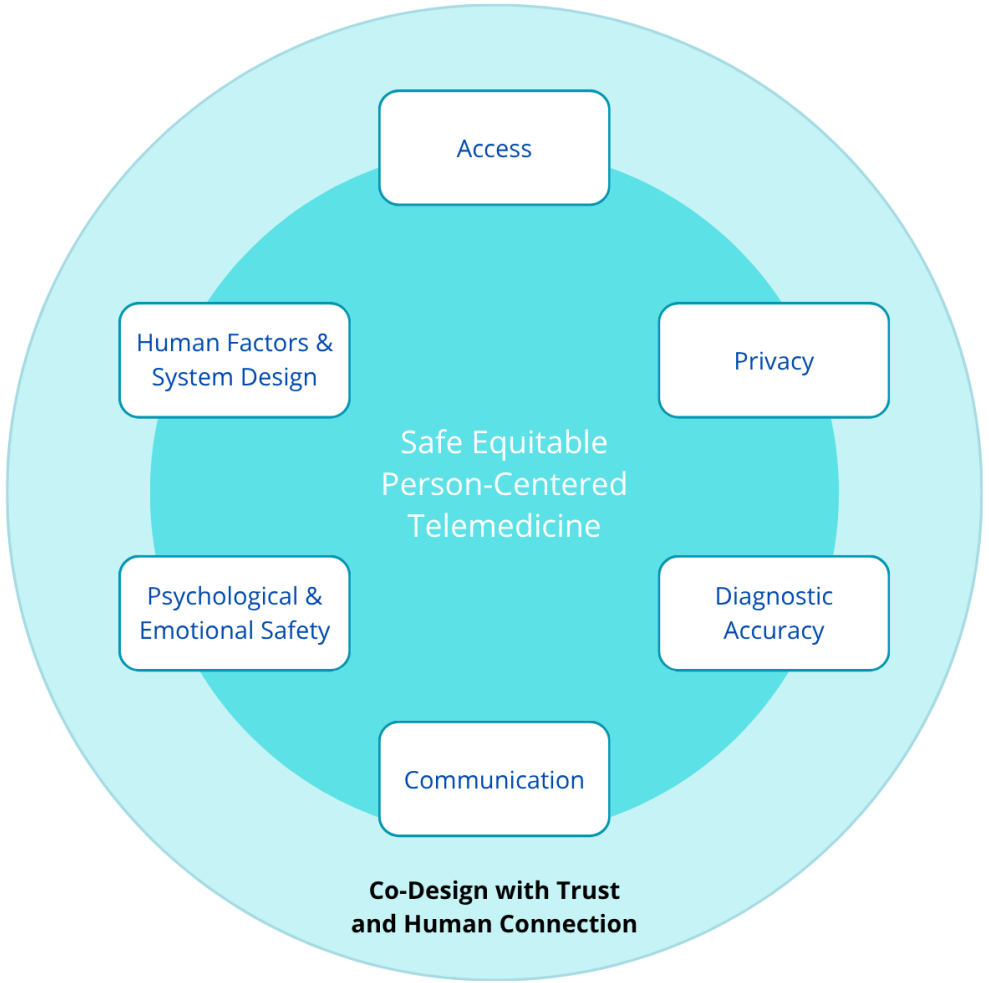
⬇

Associato a fallimenti in progetti legati alla telesalute e telemedicina (Stanimirovic et al., 2024).

Lavori che sottolineano l’utilità del coinvolgimento di pazienti e cittadini per migliorare accettabilità, adozione e successo implementativo della telemedicina (Arize & Onwujekwe, 2017; Heboyan et al., 2025).

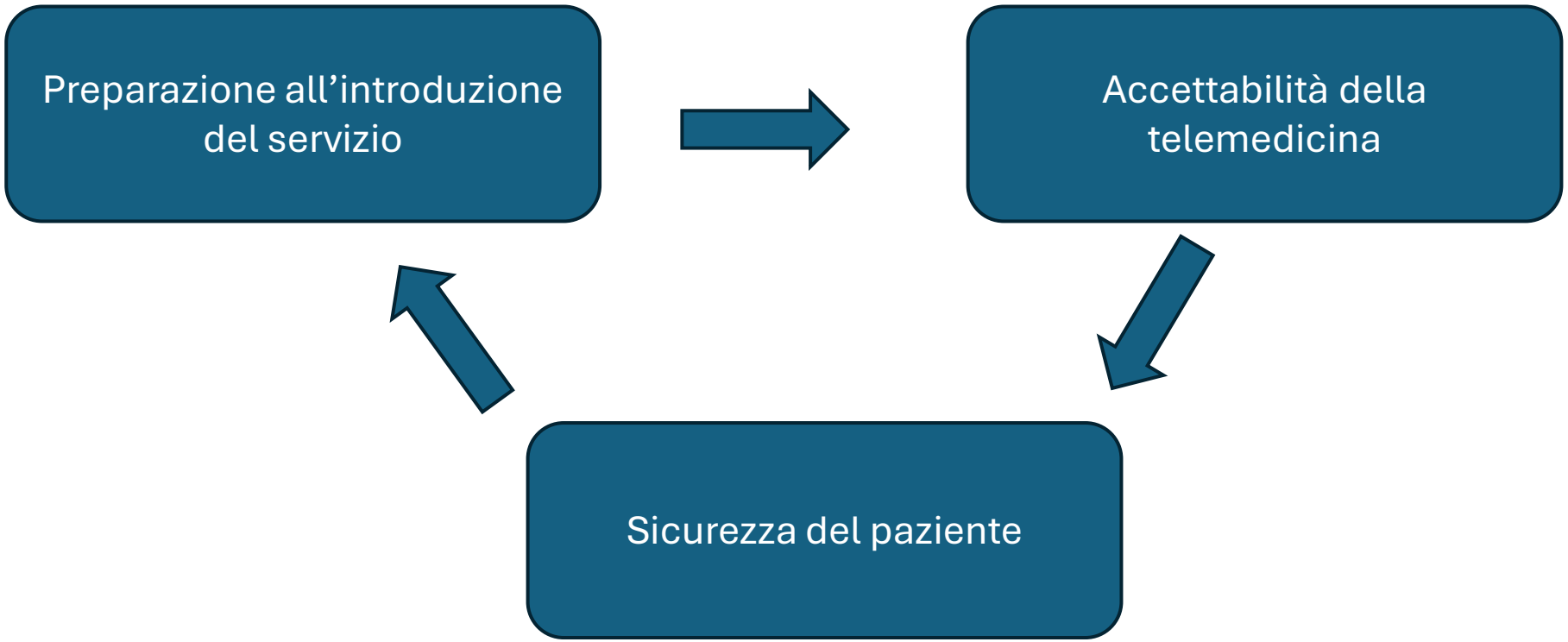
Altri motivi?

Aderenza e utilizzo dei servizi come criterio di misura per la valutazione della **sicurezza del paziente** (Lunova et al., 2025).



Modello tratto da Perry e colleghi (2021)

Relazione tra i fenomeni



Come abbiamo misurato l'accettabilità?

Ci siamo basati sulla Teoria Unificata per l'Accettazione e l'Utilizzo di Tecnologie (Unified Theory of Acceptance and Use of Technology, UTAUT; Venkatesh et al., 2003). Composta dalle seguenti variabili:

Utilità Percepita (UP) -> Definito come il grado in cui l'utilizzo della telemedicina fornirà vantaggi ai consumatori nello svolgimento di determinate attività.

Facilità di Utilizzo (FU) -> Grado di facilità, percepito dall'individuo, nell'utilizzo della telemedicina.

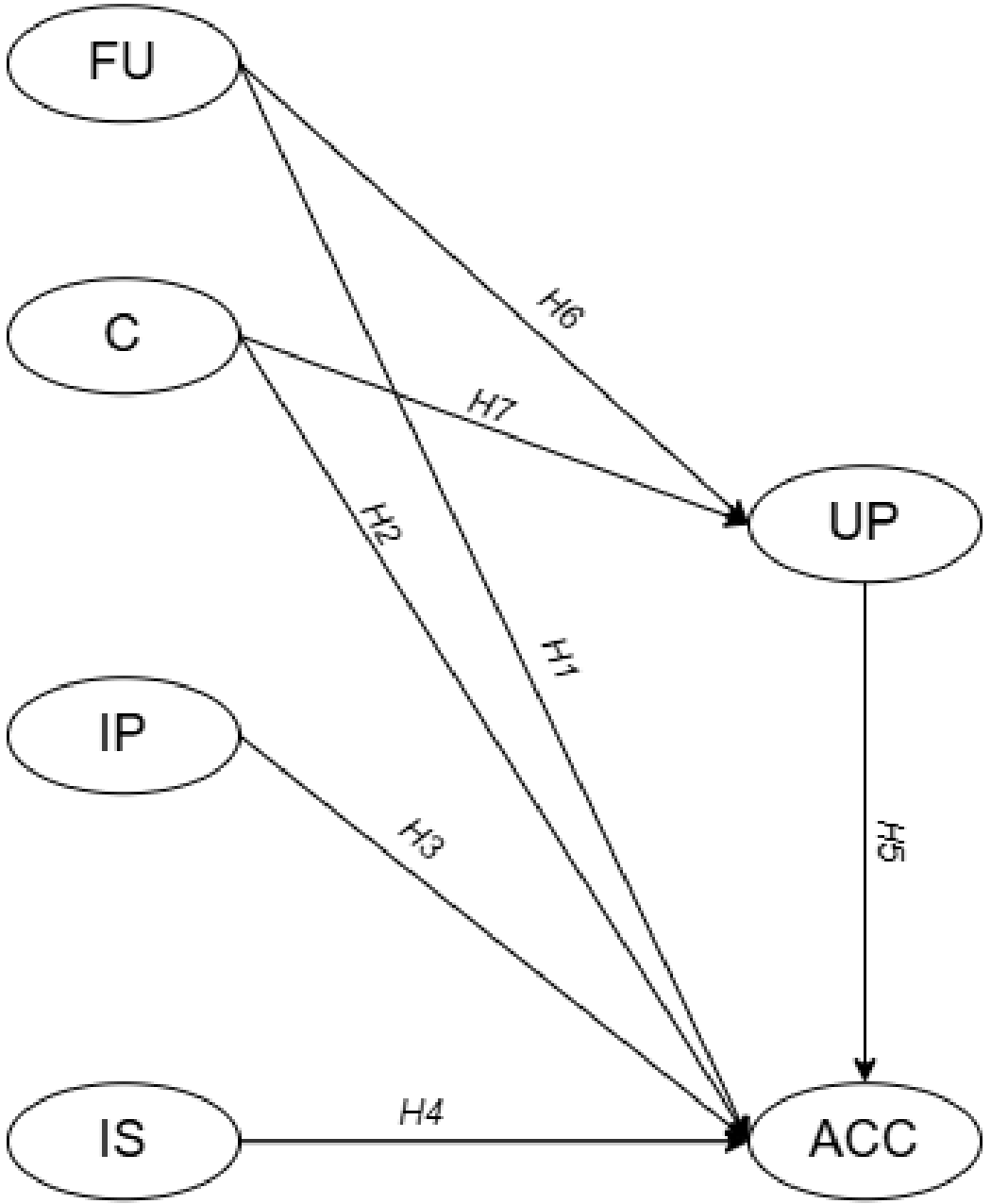
Influenza Sociale (IS) -> Grado con cui un individuo percepisce che le persone per lui/lei importanti, ritengono che lui/lei debba utilizzare i servizi di telemedicina per prendersi cura della propria salute.

Innovazione Personale (IP) -> Caratteristica di un individuo che riflette la volontà individuale di provare nuove tecnologie.

Accettabilità (ACC) -> Volontà di un individuo di utilizzare i servizi di telemedicina in futuro.

Compatibilità (C) -> Grado in cui la telemedicina è in linea con il sistema di cura attualmente utilizzato dall'individuo.

Il nostro modello



Lavori simili: Cimperman et al., 2016; Koo et al., 2023

Questionario

1. Introduzione al concetto di telemedicina (comprensibilità); ✓
2. Compilazione di domande su una serie di affermazioni riguardanti l'accettazione del servizio (scala di misura da 1 a 5);
3. Raccolta di informazioni socio-demografiche.

Tempo di compilazione: 15/20 minuti



Affidabilità

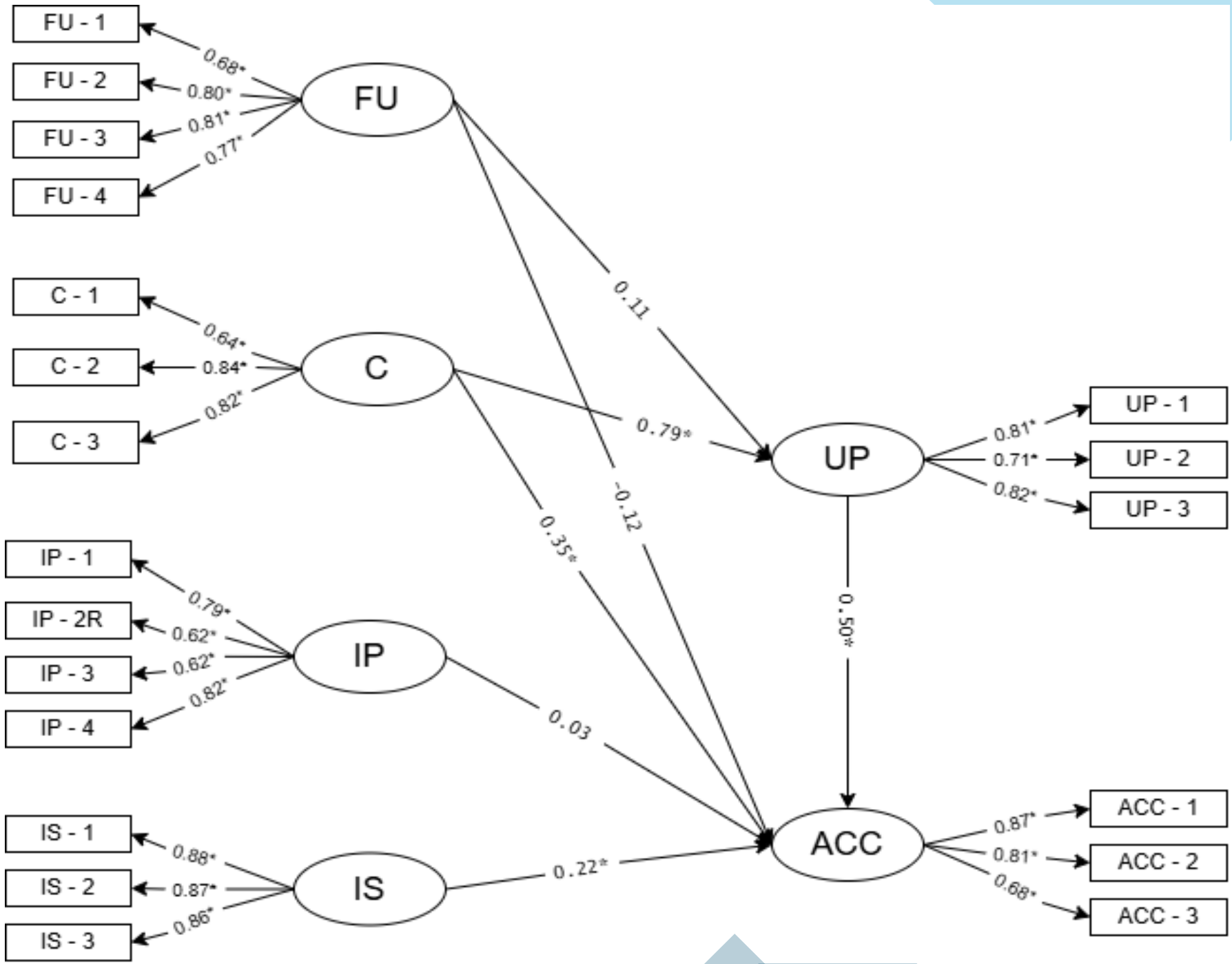
Variabile	ω (Omega di McDonald; 0.80)
Facilità di Utilizzo	0.85
Utilità Percepita	0.82
Compatibilità	0.80
Innovazione Personale	0.80
Influenza Sociale	0.90
Accettabilità	0.82

Invarianza modello di misura

Tipo	
Invarianza di genere (uomini vs donne)	✓
Invarianza livello d'educazione	✓
Invarianza provenienza urbana	✓
Invarianza provenienza suburbana (periferia)	✓
Invarianza provenienza rurale	✓

Relazioni tra antecedenti

Indici di fit
CFI = 0.96
TLI = 0.96
RMSEA = 0.05 (CI, 0.04 – 0.06)
SRMR = 0.05



Effetti indiretti

Hypothesis	ß	Stima	Std.Err	Intervallo di confidenza 95%	*p-value*
H6					
Effetto indiretto FU -> ACC	0.06	0.08	0.06	[-0.02 0.16]	0.139
Effetto totale FU -> ACC	- 0.06	- 0.09	0.11	[-0.22 0.10]	0.401
H7					
Effetto indiretto C -> ACC	0.40	0.55	0.13	[0.18 0.63]	<.001
Effetto totale C -> ACC	0.75	1.03	0.13	[0.55 0.94]	<.001

Differenze nelle relazioni tra gruppi?

Solo tra gruppi di partecipanti provenienti da aree di periferia vs non- periferia: $\Delta\chi^2(7) = 19.46$, $p = .007$, ΔRMSEA = .091

Quali relazioni?

Un effetto più forte dell'influenza sociale dalle persone che provengono da aree suburbane: ($\beta_{peripheral} = 0.32$ vs $\beta_{non\text{-}peripheral} = 0.26$; $\chi^2(1) = 11.447$, $p = <.001$)

Nella pratica?

Compatibilità: necessità di studio delle correnti strutture, problematiche e necessità del sistema. I pazienti vedono come più compatibili i servizi più utili.

Influenza sociale: In casi di possibilità ridotte di esperienza diretta, persone importanti come veicolo di legittimità, accuratezza e utilità del servizio.

Utilità percepita: in linea con letteratura esistente (Rho et al., 2013; Faqih et al., 2015; Liu et al., 2019; Park et al., 2020; Wang et al., 2021), rilevante anche prima dell'effettivo uso della tecnologia.

Limiti

Numerosità campionaria ristretta

Età giovane

Nessun tipo specifico di telemedicina/paziente/malattia

Grazie per l’attenzione!

Domande?

Contatto: marco.lezcano@univr.it

