



Il libro è frutto del lavoro congiunto degli autori. Nel caso servisse una attribuzione diretta dei capitoli, Diego Ponte ha provveduto alla stesura del capitolo 2, il capitolo 4 è da attribuire ad entrambi gli autori, i rimanenti capitoli sono da attribuire ad Alberto Zanutto.

Classificazione Decimale Dewey:

362.10285 (23.)PROBLEMI E SERVIZI DI ASSISTENZA SOCIALE. MALATTIE FISICHE. Elaborazione dei dati

**ALBERTO ZANUTTO
DIEGO PONTE**

**LA TRANSIZIONE DIGITALE
NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE
LOGICHE ISTITUZIONALI
E PRATICHE DI CURA A CONFRONTO**





ISBN
979-12-218-0770-7

PRIMA EDIZIONE
ROMA 12 LUGLIO 2024

INDICE

7 *Introduzione*

II CAPITOLO I

Organizzare la cura in sanità: le questioni di fondo

1.1. Le trasformazioni sociali e l'impatto sulle organizzazioni sanitarie, 11 – 1.2. Verso la modernità liquida e la società della sorveglianza, 17 – 1.3. Trasformazione digitale, datafication e libertà, 21 – 1.4. Digitalizzazione, relazioni umane e organizzazione delle cure, 24 – 1.5. La risposta all'incertezza come metodo in un'epoca di cambiamenti, 32 – 1.6. Istituzionalismo e pratiche: approcci o teorie?, 35.

41 Capitolo II

L'approccio istituzionalista: organizzazioni ed attori

2.1. Una tradizione recente che guarda al dinamismo organizzativo, 41 – 2.2. Le logiche istituzionali e il problema della relazione tra sistema, attore e azione, 42 – 2.3. Risposte alla pluralità istituzionale: azioni organizzative e individuali, 44 – 2.4. Pluralità istituzionale e sanità: il ruolo della trasformazione digitale, 46 – 2.5. Il contributo degli *arrangements* nella letteratura sulle logiche istituzionali, 48.

51 Capitolo III

Lo studio delle pratiche organizzative tra teoria e ricerca

3.1. Le pratiche come "oggetto" e come spazio interpretativo delle relazioni organizzative, 51 – 3.2. Le pratiche nelle relazioni di cura: una questione di metodo, 61 – 3.3. Le pratiche come *doing* e come soggettivazione, 63 – 3.4. Le pratiche come *agency* e *formativeness*, 66 – 3.5. Curare con le pratiche, nelle pratiche, 67.

71 Capitolo IV

La digitalizzazione in sanità: logica istituzionale o pratica?

4.1. Nuove logiche istituzionali per nuove pratiche di cura, 71 – 4.2. Cartelle elettroniche, portali, tecnologie di fronte ai bisogni di cura, 73 – 4.3. Telemonitoraggio, auto osservazioni, 77 – 4.4. Digitalizzazione e territori tra teoria e pratica, 78 – 4.5. Work Health Promotion: curarsi per gioco al lavoro, 80.

83 Capitolo V

Le *Institutional Logics* e i *Practice Based Studies*, una sinergia

5.1. Gli spazi teorici e fenomenologici per una integrazione epistemologica, 83 – 5.2. *Institutional logics* e *Practice based studies*, work in progress, 87 – 5.3. *Arrangements*, uno spazio analitico nei processi di digitalizzazione in sanità, 89 – 5.4. Il contributo degli *arrangements*, 90.

97 *Bibliografia*

INTRODUZIONE

Questo libro vuole esplorare la complessa dinamica delle tecnologie digitali che si affermano sempre più nei processi di cura delle organizzazioni sanitarie, attraverso le lenti delle prospettive teoriche delle *Institutional logics* (IL) e dei *Practice based studies* (PBS). Questi due approcci si sono sviluppati negli ultimi vent'anni illuminando il lavoro di ricerca di molti processi organizzativi in ambito sanitario. Il primo approccio, figlio dell'esperienza teorica neo-istituzionalista, affronta il bisogno delle organizzazioni di muoversi secondo linee di fondo che coinvolgono tutte le dimensioni del tessuto sociale a partire dalla cultura, dai valori e dalle logiche di azione che nel tempo si succedono. La logica della digitalizzazione è una delle più recenti logiche di sviluppo che sta connotando le nostre esperienze nelle pratiche di cura della salute. Come attori sociali possiamo assumerne le sfide o aspettare che questi passaggi si manifestino per effetto di una convergenza delle retoriche politiche, delle azioni amministrative e delle scelte organizzative, magari sollecitate da una pandemia come accaduto recentemente. Ma, in ogni caso, sono assetti che via via si rendono disponibili per il cambiamento sociale in tutte le sue possibili interpretazioni locali.

Il secondo approccio dedicato alle pratiche attinge al noto *practice turn* che ha aiutato gli studiosi delle organizzazioni a concentrarsi maggiormente sulle “relazioni” tra gli attori, osservabili attraverso le pratiche, in cui l'enfasi è nel *doing* che unisce idealmente pratiche e conoscenza proprio mentre le azioni si compiono. Questo approccio mette

in discussione l'intenzionalità diretta o indiretta degli attori tipica delle analisi sociotecniche tradizionali, per evidenziare la dimensione simbolica di *agency* e di *formativeness*, tra le altre, che caratterizzano il tessuto relazionale situato, costruito quotidianamente da attori umani e non-umani attraverso lo svolgersi delle loro pratiche nello spazio e nel tempo della vita organizzativa (Gherardi 2016).

Questi due approcci, a seconda dei punti di vista, portano con sé epistemologie che vedono comunità di studiosi sostanzialmente separate tra loro ma impegnate entrambe nell'approfondimento e nella ricerca sul campo.

Rispetto ai molteplici campi di applicazione, il nostro sguardo sarà comunque legato alle ricerche e agli studi che abbiamo condotto in questi anni e che ancora ci portano ad esplorare le organizzazioni sanitarie cercando di svelarne le molteplici sfaccettature e le implicazioni per la gestione organizzativa, l'erogazione e l'accesso ai servizi per la salute. Le organizzazioni sanitarie sono un terreno ideale per questo tipo di ricerca perché i servizi sanitari si pongono ad un crocevia complesso su cui insistono le scelte delle istituzioni, la conoscenza degli operatori, la tecnologia utilizzata e le rappresentazioni dei pazienti. La digitalizzazione, in modo particolare, ha sollecitato una molteplicità di studi perché sta trasformando significativamente l'impianto tradizionale di erogazione dei servizi anche alla luce delle maggiori complessità determinate dai diversi contesti. La digitalizzazione è, infatti, se osservata attraverso il mondo delle organizzazioni sanitarie, un campo ideale per mettere a confronto gli approcci che si interrogano sulla relazione tra pratiche e istituzioni e per provare a definire la pertinenza e la tenuta dei concetti che ne derivano.

Il libro fornisce approfondimenti sulle sfide e le opportunità che si presentano durante la transizione digitale in sanità e, a partire da questi due approcci, fornisce una riflessione su come le organizzazioni siano ancora un luogo di trasformazioni e di rappresentazioni complesse su cui convergono pressioni sociali, culture, valori e dimensioni organizzative, ma anche di management, di produzione di artefatti e di adozione di tecnologie ad alto impatto simbolico.

La trasformazione digitale, infatti, è una risorsa preziosa per gli operatori sanitari, i responsabili politici e i ricercatori interessati a

comprendere il complesso rapporto tra tecnologie digitali e pratiche sanitarie. Allo stesso tempo, essa costituisce il nuovo spazio organizzativo dal quale emergono nuovi modelli di lavoro, nuove strategie di cura e nuove possibilità di intreccio con i pazienti e le reti in cui sono inseriti. La discussione che dà origine a questo libro intende aprire questo spazio di ricerca cercando una dilatazione degli *arrangements*, previsti da queste due prospettive, per un possibile punto di incontro tra queste tradizioni e per rilanciare la ricerca intorno all'esile frontiera fenomenologica che le separa.

Le IL e i PBS sono, secondo chi scrive, un aiuto prezioso perché permettono di guardare a questi processi come spazi di conoscenza, di consapevolezza e di indirizzo per i cambiamenti in atto, mettendo insieme tendenze generali di sistema con i processi locali, situati, in cui le relazioni dominano il campo e costruiscono le identità organizzative.

I lettori e le lettrici ideali di questo contributo sono le persone interessate ai cambiamenti in corso nelle organizzazioni sanitarie che si interrogano sul cospicuo incremento dei processi di digitalizzazione cui stiamo assistendo, sia in relazione ai servizi di diagnosi e cura, come su tutta la complessa filiera della qualità della gestione dei dati sanitari, del loro accesso e utilizzo per i servizi sanitari.

Il primo capitolo cerca di esplorare da un punto di vista sociologico le tracce salienti dei cambiamenti in atto per riproporre le definizioni classiche del modernismo, dell'interpretativismo simbolico e del post-modernismo, fino alle più recenti definizioni del capitalismo della sorveglianza. Il secondo capitolo traccia il perimetro della prospettiva delle *institutional logics* per definire in modo più esplicito come la logica della digitalizzazione aiuti a definire le sfide organizzative in ambito sanitario. Il terzo capitolo indica le principali acquisizioni della prospettiva centrata sulle pratiche, i concetti salienti e le implicazioni di questo approccio negli studi organizzativi. Il quarto capitolo considera più da vicino i fenomeni della digitalizzazione che queste prospettive hanno messo al centro dei propri programmi di ricerca e di come nel tempo si registrino cambiamenti che fino a qualche tempo fa non erano facilmente riconoscibili. Il quinto capitolo, alla luce del percorso realizzato, si interroga sull'effettiva sinergia che ci può essere tra queste due prospettive. L'idea è di non tradire le tradizioni originarie ma, allo stesso

tempo, di evidenziare costrutti teorici particolarmente adatti ad una riflessività comune.

Il libro si connota più come un lavoro di posizionamento che una trattazione teorica puntuale tra le prospettive delle IL e dei PBS. Le differenze epistemologiche ci hanno spinto verso una discussione aperta, di fatto già avviata presso conferenze nazionali ed internazionali con la comunità degli studiosi e delle studiose di organizzazione. Questi tentativi di confronto hanno avuto lo scopo di provocare una riflessione tra comunità accademiche che di fatto non si incrociano quasi mai e che non percepiscono in questa distanza un problema da affrontare. D'altra parte, il dibattito presenta una sua crescente rilevanza visto che recentemente l'editore *Emerald Publishing*, con la sua collana *Research in the sociology of organizations* ha riservato due volumi, il 70 ed il 71, proprio a questo tipo di tentativo. In questi incontri, la comunità degli studiosi di IL tra cui Lounsbury, Friedland ed altri si sono confrontati con Schatzki, Nicolini ed altri colleghi della comunità dei PBS, trovando concrete difficoltà a far dialogare i due approcci. Tuttavia, gli studiosi di entrambi gli approcci riconoscono che questo confronto può essere fruttuoso e può aiutare a considerare la questione del confronto tra *meso* e *micro* con cui ogni teorizzazione organizzativa deve misurarsi. Consapevoli di queste incertezze e di queste opportunità derivanti dalla dialettica teorica, ci proponiamo di portare presso le comunità degli studi organizzativi italiani questo dibattito convinti che al di là del risultato e quindi delle possibili mete, come al solito, la parte più interessante sarà il viaggio. Probabilmente questa nostra trattazione potrà apparire parziale nel suo tentativo di tematizzare la relazione tra IL e PBS, e di questo ci scusiamo in anticipo, ma anche in questo caso abbiamo privilegiato lo sforzo di generare un campo di confronto che abbiamo indicato nei convegni internazionali, incontrando i colleghi del settore i cui commenti sono stati preziosi e quasi sempre incoraggianti.

Ringraziamo fin d'ora chi vorrà addentrarsi con curiosità in questo tentativo ed eventualmente vorrà contribuire a trovare ulteriori elementi utili per il confronto.

ALBERTO E DIEGO

CAPITOLO I

ORGANIZZARE LA CURA IN SANITÀ: LE QUESTIONI DI FONDO

1.1. Le trasformazioni sociali e l'impatto sulle organizzazioni sanitarie

Per le società contemporanee la salute è probabilmente una delle sfide più complesse che si impone nell'agenda politica dei governi. Le persone sono consapevoli che questa dimensione è determinante in ogni percorso di vita e nella definizione della qualità stessa della vita nei diversi contesti territoriali. Sebbene in generale la qualità dei servizi per la salute in Europa ottengano grande soddisfazione da parte dei cittadini e addirittura sostengono la disponibilità ad aumentare il prelievo fiscale per migliorare i propri sistemi per la salute, allo stesso tempo i cittadini europei nel 2019 avevano già messo la questione ambientale ai primi posti nelle agende degli Stati nazionali anche come causa diretta della qualità della salute in Europa. Accanto ai dati dell'Eurobarometro i cittadini occidentali ed europei hanno da tempo approvato l'idea che questa voce nei bilanci di spesa degli stati nazionali assorba la quantità di risorse maggiori tra quelle a disposizione dell'agenda politica. Complice la pandemia da Covid-19, gli stati hanno compreso che nonostante questi grandi investimenti la salute è ancora uno spazio di disuguaglianza che attraversa le nostre comunità. Nel sistema italiano questo tipo di questioni sono spesso dibattute nel confronto tra le forze politiche perché sono lo spazio amministrativo più rilevante delle regioni che debbono occuparsene da circa quarant'anni. Lo stato nazionale,

per dettato costituzionale (art. 32) è chiamato a definire le regole base dell'erogazione di questi servizi e i cosiddetti livelli essenziali di assistenza (LEA). Su di essi le regioni possono costruire i propri sistemi per la salute, differenziando i loro modelli di cura rispetto a quelli delle regioni vicine. Non è l'obiettivo di questo lavoro entrare nel merito delle complessità che caratterizzano le scelte regionali, tuttavia, è importante sottolineare che con lo sviluppo delle ICT (Information and Communication Technology) questa complessità è addirittura aumentata così come sono aumentate le differenze tra le regioni più virtuose rispetto a quelle con maggiori complessità di contesto. Segnatamente nelle regioni del nord dove i tessuti socioeconomici sono più densi è più caratterizzati da iniziative economiche e associazionismo diffuso, la risposta ai bisogni di salute è amministrata da efficienti strutture che possono avvalersi anche di modelli integrativi pubblico e privato particolarmente efficienti. Questo quadro differisce significativamente dalle regioni dove questo tipo di risposte è più complicato a causa del tessuto sociale ed economico più rarefatto. Su queste diversità si inseriscono, tra l'altro, questioni di politica economica e finanziaria che nel lungo periodo contribuiscono a mantenere la differenza tra le regioni senza che si inneschi un reale meccanismo virtuoso capace di sostenere i territori più in difficoltà rispetto a quelli più performanti. Per certi versi l'innovazione tecnologica può rappresentare un'opportunità preziosa per i territori più in difficoltà grazie alla possibilità di trasferire nuove tecnologie in quei territori. Ciò potrebbe aiutare nel processo di "ricucitura" dei territori, sostenendo la creazione di un unico tessuto connettivo che renda accessibili le competenze che comunque a macchia di leopardo sono presenti nelle diverse regioni.

La salute rimane, in ogni caso, un effetto combinato di capacità economico finanziarie e di competenze sviluppate dai territori per fornire risposte adeguate ai bisogni di salute. Anche in questo caso le infrastrutture ICT possono rappresentare un'opportunità soprattutto se riusciranno a collegare tutti questi sottosistemi di cura guidati dal soggetto privato che ha piuttosto la tendenza a costruire sistemi disegnati sulle proprie specifiche esigenze di mercato.

L'esempio più evidente di questo tentativo è rappresentato dal Fascicolo Sanitario Elettronico che ha potuto affermarsi come infrastruttura

nazionale volta a collegare tutti i sistemi sanitari regionali e fornire una base di conoscenza che tutti i sistemi erano chiamati ad alimentare. Tuttavia, anche questo sistema ha dovuto fare i conti con un'enorme diversità di sistemi per l'archiviazione dei dati e per la loro classificazione. Attualmente l'integrazione attraverso questi strumenti è ancora oggetto di sviluppo e di progetti *ad hoc* e solo recentemente sono stati aperti bandi per una progettazione di sistema che dovrebbe provare ad unificare le sperimentazioni già disponibili sul territorio nazionale. Molta parte della retorica costruita in questi anni intorno alle innovazioni digitali ha riguardato l'attribuzione di un diverso ruolo per i cittadini pazienti. Durante la prima decade dopo il 2000 e con lo sviluppo accelerato dei sistemi di gestione dei dati messi a disposizione dai vari sistemi sanitari sempre più digitalizzati, si è affermata una retorica nello sviluppo di questi sistemi volta a potenziare le risorse a disposizione dei pazienti, affinché potesse crescere significativamente la qualità delle diagnosi e della cura possibilmente contribuendo a contenere i costi. Tuttavia, a distanza di oltre dieci anni da quelle esperienze, la retorica delle *Personal Health Record* è quasi definitivamente sfumata in ragione dello sviluppo imponente portato dalla diffusione degli smartphone che di fatto hanno cambiato le logiche di sviluppo dei sistemi digitali (Marcolino *et al.*, 2018). Il trasferimento di moltissime strategie di gestione dei dati ed interazione con i servizi sanitari dal *web* al *mobile* ha permesso di superare uno dei nodi più rilevanti per la gestione di dati sensibili come quelli della salute. I sistemi cellulari, infatti, hanno sviluppato dapprima il riconoscimento con impronte digitali e poi il riconoscimento facciale, permettendo così di avere dati biometrici univoci che, una volta sbloccati, permettono di identificare con precisione l'utente dei vari servizi. Prima dell'avvento di questo tipo di riconoscimento si poteva procedere solo con riconoscimenti definiti "deboli" perché facilmente manipolabili da soggetti terzi e quindi soggetti a forti restrizioni sul piano della privacy. Anche questo piccolo esempio ci fa capire come tecnologie e pratiche e più in generale le logiche istituzionali di azione, siano continuamente in relazione tra loro e richiedano progressivi approfondimenti e attenzioni per definire la rilevanza di queste trasformazioni digitali e per comprenderne fino in fondo le potenzialità di cui possiamo beneficiare (Sarabdeen, 2022). Accanto a queste trasformazioni, in

questi anni stiamo assistendo ad altre trasformazioni profonde dei sistemi sanitari che, accogliendo sempre più l'istanza della digitalizzazione, sono chiamati a riconoscere nuovi modi di lavorare, nuovi modi di interagire, nuovi modi di archiviare i propri dati, nuovi modi di scambiare i dati con colleghi e con le strutture pubbliche, definendo così nuovi quadri concettuali per il lavoro sanitario. Abitualmente questi cambiamenti vengono definiti “trasformazioni digitali in sanità” e la loro peculiarità si vede soprattutto nei servizi sanitari che includono in modo deciso la tecnologia e che sempre più si connotano per un ruolo centrale della stessa. In questi casi, la tecnologia contribuisce significativamente al cambiamento delle aree di competenza del personale sanitario e la natura stessa della competenza del personale. Il telemonitoraggio, dei device impiantabili nei corpi dei pazienti, rappresenta forse l'esempio più esplicito di questa trasformazione digitale.

Tra i sanitari che di più vedono cambiare sotto gli occhi la relazione tra pazienti e dati sanitari, vi sono certamente anche i medici di medicina generale. Questa figura, che nella maggior parte dei sistemi sanitari è inquadrata come consulente privato, più di altri professionisti sanitari si vede continuamente sollecitato ad una insidiosa comparazione rispetto a quanto si può ottenere dai servizi online da parte dei propri pazienti⁽¹⁾. Sempre più frequentemente anche nei percorsi di formazione curati dagli ordini dei medici di medicina generale, si pone attenzione a questo fenomeno detto anche comunemente “diagnosi del dottor Google” cui i pazienti si affidano con sempre minore criticità aggiungendo così complessità nuove ad un già difficile lavoro sanitario (Van Riel *et al.*, 2017).

Dal punto di vista della digitalizzazione, i medici di medicina generale si affidano solitamente a sistemi di sviluppo privati che poi le aziende pubbliche sono chiamate ad alimentare con tutti i referti e gli esiti dei laboratori d'analisi, attraverso sistemi di intermediazione che rendono il quadro sempre più complesso. Si può anche affermare che, in via generale, la digitalizzazione non abbia affatto migliorato

(1) Capita frequentemente, ormai, di vedere affissi negli studi medici frasi o richiami alla differenza sostanziale tra il lavoro dei medici di medicina generale e “dottor internet”. Questo confronto continuo aggrava e rende ulteriormente complicato il loro lavoro. Solitamente queste comunicazioni chiedono di “scegliere” a quale professionista affidarsi per evitare di appesantire il loro lavoro.

significativamente i flussi dei dati sanitari e la gestione nel loro complesso. Anzi, queste tecnologie attraversano tutto il sistema della cura generando di volta in volta collaborazioni intelligenti, oppure incommunicabilità, sulla base di una pluralità di questioni organizzative che rimangono spesso irrisolte o problematiche. Tra queste vale la pena almeno citarne alcune che, alimentate dalle diversità regionali, rischiano di compromettere la possibilità di poter contare a breve su un sistema sanitario nazionale veramente tale, in favore, invece, di un continuo sviluppo a *patchwork* che rallenta in maniera inverosimile tutti questi processi. Su questa dinamica incide, ad esempio, la competenza informatica dei medici di medicina generale che va ad incrociarsi con le competenze digitali specifiche dei vari reparti ospedalieri e che non necessariamente si riescono a comporre in termini di complementarità (Longhini *et al.*, 2022). Come vedremo, i sistemi digitali utilizzati in sanità non sono immediatamente spiegabili come strumenti di sistema che vanno introdotti e adottati, piuttosto, divengono attori veri e propri ed interagiscono sul piano relazionale con le pratiche locali dei vari attori clinici (Cresswell, 2019). Questo tessuto è ulteriormente appesantito da una serie di questioni irrisolte per quanto riguarda il contesto italiano che rimandano, ad esempio, alla difficile collaborazione tra ospedali e medici di medicina generale e più in generale tra ospedali e periferia. Aspetto, questo, che ha avuto un ruolo determinante durante la recente pandemia a causa delle difficoltà di intervento in alcuni contesti territoriali dovuto ad un eccessivo sbilanciamento di risorse in favore degli ospedali. Un'altra difficoltà storica è la difficile composizione dei percorsi diagnostici quando ci si muove dal territorio agli ospedali e viceversa. In queste situazioni, le conoscenze e i saperi specifici messi a punto dai medici in vari anni di accompagnamento dei pazienti sono tendenzialmente ignorati o, nella migliore delle ipotesi, sottovalutati da parte dei medici specialistici. La digitalizzazione, che potrebbe essere un canale perfetto per far circolare queste conoscenze, si scontra con le pratiche preesistenti che sono mutualmente esclusive e, quindi, incapaci di intercettare le migliori risorse dei territori e degli ospedali per costruire adeguati percorsi diagnostici per i pazienti. Ciò diventa particolarmente rilevante quando si gestiscono situazioni di comorbidità e situazioni di malattie complesse, come quelle

oncologiche, che richiedono un mix particolarmente intenso di competenze specialistiche e di cospicui supporti socioassistenziali a livello territoriale. La gestione delle cure a domicilio, che tuttavia è vista come un valore in una società che registra ancora molte spinte verso la specializzazione estrema, è a tutt'oggi prerogativa affidata ai medici di medicina generale che devono prendere decisioni su veri e propri ecosistemi di cura, nei quali, i pazienti sono immersi e nei quali non sempre gli obiettivi delle specializzazioni sanitarie sono facilmente integrabili (Ugolini *et al.*, 2020; Miele, 2022). Altre difficoltà classiche di questo sistema derivano da una serie di fattori che rendono preferibile il lavoro individuale dei medici, piuttosto che essere attratti dagli incentivi a lavorare in gruppi ambulatoriali, capaci di offrire servizi aggiuntivi di supporto alle cure. Attività definita comunemente “medicina di gruppo” e prevista dall'art. 40 dell'accordo collettivo nazionale. Questa difficoltà dei medici di medicina generale, ad accettare di lavorare in gruppo e a considerare nuovi metodi di offerta dei servizi nel più ampio sistema territoriale, evidenzia il bisogno di mantenere una indipendenza e una specificità che si aggiunge al ridotto dialogo tra territorio e ospedali. Queste difficoltà si riverberano sull'esplosione dei costi che gli ospedali affrontano in questi decenni per un aumento degli accessi cui non corrisponde un effettivo innalzamento della qualità della cura come invece ci si attendeva in passato.

Questi brevi accenni alle complessità che i sistemi sanitari affrontano in Italia non sono pertanto la semplice sommatoria di diverse politiche e scelte organizzative attuate dalle regioni o dallo stato, ma sono l'esito di un mix di elementi molto articolati e complessi, e che necessitano di continui investimenti in processi di analisi e di lavoro di campo per inquadrare volta per volta le ragioni situate che determinano certi esiti piuttosto che altri. Accade nel sistema sanitario ciò che accade normalmente nel tessuto sociale e organizzativo. Nel tessuto sociale l'esito primario di ciò che auspichiamo, di ciò che deliberiamo, di ciò che va a definire particolari assetti di risposta ai bisogni di cura, è da ricercare in quel mix complesso e articolato tra le tendenze sociali che portano a trasformazioni e mutamento sociale che si intreccia in modo sempre singolare con i sistemi di cura. Questi ultimi rispondono a loro volta a logiche situate che si legano a scelte amministrative, a disponibilità di personale competente

nelle varie specializzazioni, a scelte politiche e a scelte normative maturate in risposta alle trasformazioni sociali e ai quadri normativi nazionali.

Per questo bisogna ritornare brevemente alla questione della complessità sociale per articolare un quadro di riferimento che permetta di definire le principali prospettive secondo le quali si sviluppano questi fenomeni che hanno un effetto estremamente rilevante sui sistemi di cura.

1.2. Verso la modernità liquida e la società della sorveglianza

L'interesse di questo lavoro non ci permette di soffermarci a lungo sulle prospettive di studio che hanno caratterizzato lo sviluppo delle organizzazioni e dei processi di digitalizzazione nelle organizzazioni cui altri autori hanno dedicato lavori ben documentati (Plesner e Husted, 2019). Tuttavia, i riferimenti ai principali filoni che hanno guidato la ricerca e l'approfondimento degli studi riguardanti le organizzazioni, ci obbliga a soffermarci brevemente su come nel tempo il nostro sguardo sul mondo si sia notevolmente articolato.

Richiamiamo qui il contributo di Mary Jo Hatch (2022) perché da diversi anni ha rappresentato queste trasformazioni in un quadro di riferimento citato da molti studiosi sia a livello internazionale che nazionale. In particolare, Hatch definisce la necessità di identificare almeno tre principali prospettive rispetto agli studi organizzativi. La prima prospettiva è quella definita “moderna” che racchiude in particolare l'ontologia oggettivista da cui deriva la fiducia in una realtà che esiste al di là della percezione che ne abbiamo come studiosi. La conoscenza in questa prospettiva deriva da una ricerca di tipo positivista che richiede un continuo confronto tra le teorie, le proposizioni che ne derivano e il materiale empirico. Il progresso scientifico deriva dalla capacità di confrontare queste teorie e i loro corollari attraverso il lavoro sul campo che obbliga a un confronto continuo con la realtà. La realtà, tuttavia, deve essere rappresentata dentro costrutti teorici i quali a loro volta devono essere confrontati con l'osservazione e la misurazione della realtà stessa. Serve procedere con attenzione alla costruzione di osservazioni indipendenti, confrontabili tra loro grazie al lavoro dei ricercatori che sono

chiamati a misurare il mondo, dichiarando i processi metodologici sottostanti al fine di permettere da un lato la riproducibilità dei percorsi di analisi e dall'altro la falsificazione dei costrutti fallaci elaborati nel rispetto della generalizzabilità delle teorie studiate (Hatch, 2022).

Una seconda prospettiva viene definita simbolica perché i ricercatori che si riconoscono in questo approccio sono maggiormente interessati a ciò che è conoscibile in modo soggettivo, evidenziando l'importanza della relazione tra soggetto e realtà. In questo approccio ci si concentra su una serie molto ampia di istanze che caratterizzano l'agire umano e che possono essere fortemente variabili al mutare dei contesti. Sono questi ultimi a dare significato all'esperienza e ciò apre all'idea della temporaneità della conoscenza e alla necessità di dare voce alle emozioni, alle memorie, alle aspettative che i soggetti manifestano nei diversi contesti. L'analisi organizzativa che adotta questa prospettiva si interroga su come i diversi soggetti vivano l'esperienza organizzativa e su come la loro percezione filtri la realtà attraverso la percezione sensoriale, i pregiudizi, l'incertezza delle misurazioni, legando così indissolubilmente ricercatori, esperienza e realtà. Un'ultima prospettiva individuata da Mary Jo Hatch è definita "postmoderna". In questa prospettiva si ritrovano gli studiosi che esprimono critiche serrate alla visione moderna e per certi versi strutturata della vita organizzativa, per dare voce alle narrazioni alternative e spesso minoritarie che la retorica managerialista riduce a rumori di fondo. Un nodo fondamentale di questa prospettiva è riconoscere il ruolo del linguaggio, nelle sue varie forme, per comprendere come il suo formularsi, il suo definire la realtà, spinga il lavoro del ricercatore a porre attenzione a tutto ciò che è mutevole e che dà origine ad un susseguirsi continuo di immagini narrative, testi e rappresentazioni anche visive di ogni tipo. La critica di questa prospettiva nei confronti dell'ontologia positivista è molto netta ed anzi, questo approccio, intende valorizzare tutto ciò che l'espressività degli umani è in grado di produrre. Allo stesso tempo, la prospettiva postmodernista esprime una critica anche alla prospettiva soggettivista ed interpretativista verso la quale evidenzia una distanza per l'ancoraggio che la prospettiva interpretativista pone sugli attori all'interno dei contesti organizzativi. La prospettiva postmodernista enfatizza il bisogno di riconoscere la realtà come una realtà linguisticamente prodotta e quindi, a sua volta,

è interessata al processo della produzione dei discorsi sulla realtà. Come ricorda Hatch, secondo questa prospettiva la realtà è «un testo situato in un discorso che nasce nel e dal parlare e scrivere e che è esso stesso contestualizzato dal discorso. In altre parole, il nostro discorso e ciò che consideriamo realtà, si creano a vicenda» (2022, p. 37).

A questa prospettiva riteniamo di poter aggiungere una quarta che, recuperando i recenti studi sullo sviluppo della pervasività della rete, in seguito ai processi di digitalizzazione, possiamo definire come prospettiva del “capitalismo della sorveglianza” (Zuboff, 2019). Questa prospettiva indica come i ricercatori non siano più gli attori principali della ricerca sulla realtà ma, in modo ben più specifico, lo siano i sistemi automatizzati che, attraverso la loro elaborazione dei dati prodotti dalle persone e dall’ambiente, registrati dai device di qualsiasi natura, sono in grado di restituire quadri verosimili molto più efficaci di quelli prodotti dalla ricerca tradizionale. I processi di *data mining* e di *machine learning* che sono alla base dello sviluppo dell’intelligenza artificiale, sono affidati a processi automatici capaci di elaborare infinite quantità di dati che tutti noi contribuiamo a produrre. In ambito sanitario questo scenario produrrà a breve notevoli cambiamenti che prenderanno la forma di sistemi capaci di supportare le decisioni del personale sanitario in modo ben più puntuale e progressivamente più efficace. È notizia di questi giorni che il servizio Google AI per la medicina (Med-PaLM2) ha superato brillantemente l’esame per l’abilitazione a medico con un tasso di successo del 86.5% di risposte corrette⁽²⁾. A tendere, il rischio è che queste trasformazioni porteranno alla convergenza dei principi che furono tipici delle istituzioni totali fondate sul controllo e, questo controllo, sarà garantito dai principi della scienza positivista fondata sui dati e sul monitoraggio costante per via digitale di tutti noi.

Questo nuovo processo capitalistico chiude idealmente il cerchio al di sopra delle tendenze critiche e divergenti che erano sorte con l’interpretativismo e il postmodernismo. Nel medio periodo è sensato attendersi una crescita dei movimenti anarchici o particolarmente critici rispetto a queste tendenze, perché è altrettanto improbabile che qualsiasi

(2) Si veda uno dei tanti rilanci in blog specializzati della notizia “Google’s New Medical AI Passes Medical Exam and Outperforms Actual Doctors”, qui richiamiamo quello di Artisana.it <https://www.artisana.ai/articles/googles-new-medical-ai-passes-medical-exam-and-outperforms-actual-doctors> (accesso del 30-5-2023).

sistema esperto, basato sui *big data*, sia in grado di rendere conto di tutti i particolarismi di cui è connotata la nostra esperienza quotidiana. Parte di questa complessità è rintracciabile nella inevitabile “via media” che l’intelligenza artificiale traccia seguendo le sue logiche di interpolazione dei dati. Per rimanere allo scenario dei bisogni di salute, è alquanto difficile che con i *big data* costruiti a livello mondiale si possa rispondere alle specifiche esigenze di patologie poco diffuse che sempre più spesso sono riconosciute effetto diretto dei luoghi e dei contesti di vita e di lavoro delle persone (Steimers e Schneider, 2022).

Una delle ragioni per le quali si è formata questa quarta prospettiva è rintracciabile nel lavoro di riflessione portato da autori come Zygmunt Bauman che hanno rintracciato nell’iper-individualizzazione della modernità i presupposti di un controllo puntuale dei desideri e delle scelte di consumo di ciascuno di noi. Un processo di soggettivizzazione che transita attraverso la differenziazione e l’identificazione delle nostre scelte di consumo. Come ricorda Bauman, gli impianti normativi democratici sono totalmente inadatti e in ritardo nel riconoscere il bisogno di protezione che ciascun individuo necessita a causa della sua progressiva atomizzazione in questo nuovo piccolo villaggio che è divenuto il pianeta. Si affermano sempre più tenacemente processi emozionali irrazionali come la reazione, l’offesa, la seduzione, il desiderio di capriccio irrisolto, senza poter contare sulla rete protettiva dell’inserimento in una società che si fa paese, città è stato con il suo passato e il suo futuro. E attraverso questi nuovi canali, schiacciati sul presente e sulla forza della visibilità, che il capitalismo della sorveglianza introduce nuovi confini tra norma e anomalia come ricorda Bauman. Egli distingue ad esempio tra salute e *fitness* riferendo alla salute tutti gli elementi tipici della modernità che rendono le persone disponibili all’impiego nel lavoro, mentre attribuisce al *fitness* il riferimento ad un desiderio dello stare in forma per essere pronti «ad affrontare l’insolito, il non standard, lo straordinario e soprattutto il nuovo e sorprendente» (Bauman, 2011, p. 81). Questo secondo aspetto della salute rimanda ad un’idea di impegno dei soggetti ad essere interessati a una ricerca personale per raggiungere un proprio livello di benessere, che potrà eventualmente essere la base di un incontro con il benessere personale di un altro soggetto. Un lavoro continuo che necessita di strumenti capaci di rilevare dati e misurazioni e