

Commento

a cura di Antonio Botti*

Il modello di sanità territoriale che la progettualità del PNRR si prefigge di realizzare, perseguendo i principi di *prossimità*, *innovazione* e *uguaglianza*, si fonda su una struttura organizzativa reticolare basata sulla digitalizzazione dei processi e di alcune prestazioni. Pertanto, il processo di *change management* che guiderà la fase di transizione avviata dal DM77 dovrà tenere in debita considerazione le criticità che il modello organizzativo e l'introduzione delle tecnologie digitali possono determinare.

Riorganizzare la sanità territoriale per realizzare reti di prossimità, strutture di assistenza intermedia e valorizzare la telemedicina per supportare i pazienti cronici richiede una migliore integrazione dell'attuale organizzazione distrettuale, da una parte, con la medicina convenzionata (MMG e PLS) e, dall'altra, con l'assistenza ospedaliera. Di fatto il modello immaginato prevede l'integrazione di diverse reti di assistenza in un modello sempre più integrato e articolato. Una delle criticità dei modelli reticolari è rappresentata dal governo, ossia dall'individuazione chiara sia dei principi di funzionamento sia dell'organo o degli organi chiamati a governare e rendere operativi tali principi. Focalizzando l'attenzione sul tema del governo della rete, dovrebbe essere evitata la generazione di una *poliarchia* alla Dahl (1961), ossia di un assetto fortemente frammentato e pluralistico delle amministrazioni e dei poteri pubblici. Tale rischio può palesarsi quando si integrano strutture che operano a livelli diversi con varie strutture decisionali che funzionano come amministrazioni composte (Borgonovi, 1996), ciascuna delle quali è dotata di almeno un'attribuzione su una specifica materia. Il rischio di poliarchia può essere riscontrato nel dato della survey condotta dalla FIASO che evidenzia come nelle Case di Comunità l'integrazione delle attività svolte con l'assistenza specialistica e i servizi sociali derivi più dalla collaborazione spontanea tra i professionisti che non da un sistema preordinato e strutturato. Allo stesso modo, tale rischio può ancora riscontrarsi nella previsione dell'allegato 2 del DM n. 77/22 nella misura in cui lascia ampia discrezionalità alle regioni nella definizione e configurazione dei Distretti.

Nella costruzione di reti che integrano risorse diverse, un ulteriore rischio può palesarsi sia a livello organizzativo sia funzionale. Il rischio organizzativo deriva dall'integrazione di uffici che originariamente appartenevano a enti diversi. Il rischio funzionale è rappresentato dalla concertazione delle attività, si pensi, per esempio, ai problemi di coordinamento dell'attività di liberi professionisti convenzionati, come i MMG e i PLS, con quella di lavoratori inquadrati come dipendenti e soggetti a regole di orari e turni definite in sede di contrattazione collettiva. Il fatto che la riforma preveda investimenti e finanziamenti indirizzati alle infrastrutture e alle tecnologie, senza considerare il personale sanitario, rende questo rischio particolarmente rilevante.

La spinta verso l'innovazione, presente in entrambe le componenti della Missione 6 del PNRR e nella riorganizzazione della sanità territoriale, si caratterizza per un duplice impatto che interessa sia la dimensione organizzativa sia la dotazione strutturale, risultando particolarmente evidente per la telemedicina, la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico e per l'erogazione e monitoraggio dei LEA. L'adozione di tecnologie digitali unitamente all'adozione di tecnologie sanitarie all'avanguardia, alla creazione di

* Antonio Botti, Professore ordinario di Economia e Gestione delle Imprese – Università degli Studi di Salerno. E-mail: abotti@unisa.it.

modelli di assistenza integrata e alla promozione di approcci preventivi, per mitigare la prevalenza delle malattie croniche, rappresenta un modello che consente di innovare il sistema sanitario coniugando l'efficacia delle prestazioni con l'efficienza nell'utilizzo delle risorse. Mettere la tecnologia al servizio dei bisogni sociali della collettività è il paradigma su cui si basa l'idea di Society 5.0 (Deguchi *et al.*, 2020), che mira a integrare le tecnologie digitali nella società per rispondere ai bisogni sociali migliorando la qualità della vita e promuovendo la sostenibilità. Le teorie sui servizi, e in particolare la service-dominant logic (Vargo, Maglio & Akaka, 2008), sottolineano la profonda interconnessione che esiste tra l'utilizzo della tecnologia, l'empowerment degli attori e la creazione di valore condiviso. L'approccio manageriale alla co-creazione di valore risulta essere perfettamente coerente con i principi fondanti la Society 5.0 e di fatto tale paradigma può rappresentare un approccio efficace per stimolare la collaborazione tra cittadini e istituzioni. Il ritardo evidenziato dalla survey delle aziende sanitarie rispetto agli obiettivi del PNRR può mettere a rischio il raggiungimento degli obiettivi. Infatti, come "vincere aiuta a vincere", allo stesso modo "raggiungere dei risultati tangibili spinge le persone a impegnarsi nel processo di cambiamento". Se le persone lavorano e non vedono i risultati del loro lavoro questo può produrre demotivazione e ridurre il loro livello di engagement.

Il successo del PNRR e della riforma della sanità territoriale passa anche per la digitalizzazione del sistema. La pandemia da Covid-19 ha accelerato la digitalizzazione, in particolare nel campo dei servizi sanitari con previsione di grandi benefici economici. Inoltre, il Covid-19 ha prodotto nelle persone un abbassamento della barriera psicologica rappresentata dalle tecnologie digitali, in quanto molti hanno dovuto utilizzare tali tecnologie per necessità. Questa trasformazione, però, richiede il soddisfacimento di specifiche condizioni sia a livello infrastrutturale sia a livello individuale (Gjika, Qurku & Pano, 2023). Il *technology acceptance model* (TAM) è uno dei modelli più utilizzati che consentono di valutare l'accettazione di una nuova tecnologia sulla base della teoria dell'azione ragionata (TRA) di Ajzen e Fishbein (1980). Il modello sottolinea che le persone decidono come e quando utilizzare una nuova tecnologia in base all'utilità e alla facilità di uso percepita (Davis, 1989; Davis, Bagozzi & Warshaw, 1989). Inoltre, variabili esterne come l'influenza sociale possono determinare l'atteggiamento delle persone verso la nuova tecnologia, che può cambiare a seconda dell'età e del sesso. Il Covid-19 ha accelerato la digitalizzazione di molti servizi, elevando il livello di utilità percepita, ma questa spinta iniziale va adeguatamente supportata affinché le persone continuino in questo processo di cambiamento. Uno studio condotto in Albania (Gjika, Qurku & Pano, 2023) sull'introduzione in sanità delle tecnologie digitali, in particolare della telemedicina, ha evidenziato come l'implementazione del cambiamento richiede, oltre agli investimenti iniziali, ulteriori investimenti per il mantenimento del sistema informativo e per la formazione del personale medico e paramedico nell'uso delle nuove tecnologie. Tale studio evidenzia come nelle aree rurali vi sia una carenza sia di infrastrutture tecnologiche sia di personale medico qualificato e di specialisti e, all'aumentare dell'età, le persone sono meno flessibili nell'uso della tecnologia. La realtà dei borghi rurali del nostro Paese presenta delle similitudini con quella dello studio citato, per cui è verosimile che il processo di digitalizzazione della sanità incontri gli stessi problemi. Migliorare l'accesso dei pazienti alle ICT e la loro conoscenza nel servizio medico coinvolge tanto la dotazione infrastrutturale pubblica e privata quanto questioni strettamente educative. Un maggiore investimento del sistema dell'istruzione sulle tecnologie digitali contribuirebbe a ridurre il divario digitale della popolazione, preparando le nuove generazioni alla società digitale. Tutto ciò potrebbe produrre ulteriori benefici sia in termini di riduzione degli ostacoli amministrativi e legali (si pensi alle implicazioni in tema di privacy che in questa riflessione non sono affrontate) sia in termini di incremento della fiducia dei pazienti nella telemedicina e nei servizi sanitari a distanza.

Bibliografia

- Ajzen I., & Fishbein M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Borgonovi E. (1996). *Principi e sistemi aziendali per le pubbliche amministrazioni*. Milano: Egea.
- Dahl R.A. (1961). *Who governs? Democracy and power in an american city*. New Haven: Yale University Press.
- Davis F.D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*, 13(3): 319-340. DOI: 10.2307/249008.
- Davis F.D., Bagozzi R.P., & Warshaw P.R. (1989). User acceptance of computer technology: A comparison of two theoretical models. *Management Science*, 35(8): 982-1003. DOI: 10.1287/mnsc.35.8.982.
- Deguchi A., Hirai C., Matsuoka H., Nakano T., Oshima K., Tai M., & Tani S. (2020). What is society 5.0. *Society*, 5(0): 1-24.
- Gjika I., Qurku R., & Pano N. (2023). Digital Technologies in Health Services: Old and New Challenges. *Economic Alternatives*, 2: 440-452. DOI: 10.37075/EA.2023.2.12 2023.
- Vargo S.L., Maglio P.P., & Akaka M.A. (2008). On value and value co-creation: A service systems and service logic perspective. *European management journal*, 26(3): 145-152.