UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE

Sede di Milano
Dottorato di ricerca in Sociologia Organizzazioni e Culture
Ciclo XXXVIII
S.S.D. Sps/09 Sociologia dei processi economici e del lavoro

Piattaforme digitali e professionisti nel settore E-Health.

Coordinatore: Prof.ssa Rosangela Lodigiani
Tutor: Prof.ssa Ivana Pais

Tesi di Dottorato di:
Matteo Parmigiani
N. Matricola: 5213998

Anno Accademico 2025/2026

INTRODUZIONE. 6

CAPITOLO 1. 11

1.1 Definizione, classificazione e ruolo socio-economico delle piattaforme digitali. 13

1.2 Il modello organizzativo. 19

1.3 Il management algoritmico. 23

1.4 Piattaforme e sanità. 29

1.5 Le piattaforme digitali di cura alla persona in Italia. 35

1.6 Il disegno della ricerca. 37

1.7 Mappatura e indicatori. 40

1.8 Definire un modello di piattaforma. 70

1.9 Caratteristiche a confronto delle piattaforme analizzate. 79

CAPITOLO 2. 82

2.1 Introduzione: espansione e offerta delle piattaforme digitali nel settore e-Health. 84

2.2 Individuazione dei casi studio. 87

2.2.1 Disegno della ricerca. 95

2.3 Primo caso: Doctolib. 98

2.3.1 Nascita e Mission. 99

2.3.2 Il modello Doctolib. 109

2.3.3 La piattaforma e i medici. 115

2.3.4 Sistema di valutazione dei medici. 120

2.3.5 Privacy. 122

2.3.6 Doctolib alla prova. 124

2.4 Idoctors. 125

2.4.1 Una piattaforma nata da un'esigenza personale. 126

2.4.2 Funzionamento di Idoctors. 128

2.4.3 Idoctors e medici. 133

2.4.4 Valutazione e sistema reputazionale. 138

2.5 Doctorium 141

2.5.1 Doctorium, idea di partenza e business. 142

2.5.2 Funzionamento di Doctorium. 145

2.5.3 Medici specialisti di Doctorium. 148

2.5.4 Valutazione dei professionisti. 152

2.5.5 Privacy. 153

2.6 Cup Solidale. 155

2.6.1 Piattaforma: storia, missione e business. 156

2.6.2 Recensioni e sistema di valutazione delle strutture sanitarie. 161

2.7 Le piattaforme a confronto. 163

CAPITOLO 3. 167

3.1 Introduzione: Come le piattaforme impattano sulle logiche professionali. 167

3.2 Il campione dei professionisti. 171

3.2.1 Questioni etiche e gestione dei dati della ricerca. 177

3.3 Brevi cenni sui concetti di professione e professionalizzazione nella storia della sociologia. 180

3.3.1 La professione medica negli studi sulle professioni: il contributo di Eliot Freidson. 186

3.3.2 Approcci foucaultiani allo studio delle professioni. 192

3.4 Le logiche dei professionisti e le dinamiche delle

piattaforme. 198

3.5 Approfondimento con le interviste. 200

3.5.1 Accesso alla piattaforma, moltiplicazione del capitale sociale e meccanismi di chiusura. 201

3.5.2 Le piattaforme favoriscono l'accesso ai campi. 209

3.5.3 Valutazione e recensione degli utenti. 213

3.5.4 La reputazione delle piattaforme e la reputazione dei medici. 216

3.5.5 La riduzione dell'autonomia dei professionisti. 219

3.6 Piattaforme e autonomia dei professionisti. 223

CONCLUSIONE. 226

APPENDICE. 232

Indice delle tabelle. 248

Indice delle figure. 249

Bibliografia. 250

INTRODUZIONE.

Negli ultimi anni le piattaforme digitali hanno iniziato a permeare differenti aspetti della vita quotidiana, trasformando non solo il modo in cui le persone interagiscono ma anche le loro abitudini. Diversi sono i settori e gli ambiti sociali in cui questo fenomeno sta conoscendo una forte espansione. L'ambito indagato nella presente trattazione riguarda il lavoro nel settore della salute e dell'assistenza sanitaria. Ciò che si vuole esplorare riguarda in particolare quelle dinamiche concernenti il rapporto tra piattaforme digitali, salute, modalità di accesso, organizzazione e fruizione dei servizi sanitari in Italia; un fenomeno che, sebbene in rapida espansione, risulta ancora poco indagato dal punto di vista sociologico. In un contesto caratterizzato dalla crescente digitalizzazione, le piattaforme di cura rappresentano un cambiamento significativo nel panorama sanitario. L'intermediazione algoritmica e l'erogazione di servizi attraverso infrastrutture digitali stanno modificando profondamente le relazioni tra pazienti e professionisti, creando nuove logiche di interazione e modificando le identità professionali dei medici. La pandemia di COVID-19 ha ulteriormente accelerato questa trasformazione nella quale le piattaforme digitali si sono inserite assumendo spazi e ruoli importanti per garantire l'accesso ai servizi sanitari.

La letteratura e il dibattito accademico hanno contribuito a definire i tratti fondamentali del modello piattaforma, ponendo in evidenza le implicazioni e le particolarità del modello organizzativo delle piattaforme in generale. Le piattaforme sanitarie si differenziano

dalle altre piattaforme per la delicatezza dei servizi erogati, per la gestione di dati sensibili, e per il ruolo centrale svolto dai professionisti della salute nella mediazione tra tecnologia e cura. Tuttavia, gran parte delle ricerche finora si è concentrata su esperienze internazionali (Cina, USA, Nord Europa), mentre manca una sistematizzazione delle esperienze presenti in Italia, un settore in cui la cura alla persona è profondamente caratterizzata da specificità territoriali, istituzionali e culturali. La telemedicina in Italia viene approfondita prevalentemente per le sue caratteristiche legate all'impatto sociale, ovvero a come la sua introduzione stia modificando la relazione tradizionale tra medico e paziente e l'organizzazione del sistema sanitario (Cipolla, Maturo, Ardissone 2017) ma anche per la dimensione di accessibilità da parte di tutta la popolazione, comprese le fasce più deboli, e la potenziale disparità che ne potrebbe conseguire (Nicolini, Bruni, Fasol 2003).

Partendo da tali riflessioni, la domanda di ricerca che orienta questa analisi può essere così formulata: come si configurano le piattaforme digitali attive nel settore della cura alla persona in Italia e quali modelli organizzativi, relazionali e tecnologici adottano? L'obiettivo è quello di capire se e in che misura queste piattaforme riproducano o trasformino le dinamiche tipiche della platform economy, e se sia possibile individuare elementi comuni che consentano di delineare una classificazione. Per rispondere alla domanda di ricerca, il lavoro propone un'analisi empirica basata su una mappatura sistematica delle piattaforme italiane di cura digitale attive tra Gennaio 2024 e Febbraio 2025. La metodologia adottata si ispira a quella utilizzata da Pais et al. (2023) nello studio delle piattaforme di welfare, ed è stata adattata al contesto della cura alla persona. È stato così costruito un database che raccoglie 31 piattaforme operanti sul territorio nazionale.

La raccolta dei dati si è basata su tre fonti principali: analisi dei siti ufficiali delle piattaforme, documenti pubblici e interviste esplorative. L'obiettivo era identificare un insieme di variabili strutturali e funzionali, tra cui forma giuridica, tipologia dei servizi offerti, modalità di erogazione, rapporto con i professionisti, modello di governance, utilizzo degli algoritmi, presenza di sistemi reputazionali, target degli utenti e ambito territoriale di riferimento.

La seconda domanda di ricerca che sta alla base dell'indagine effettuata nel terzo capitolo riguarda la seguente dinamica: come le piattaforme stanno riscrivendo le logiche di appartenenza e l'identità professionale dei medici che decidono di lavorare tramite piattaforma professionale? L'analisi parte dall'articolazione dei quattro casi studio analizzati, che è stata utilizzata da cornice interpretativa per comprendere come i professionisti percepiscono e sperimentano il lavoro all'interno dei seguenti modelli di piattaforma: il modello *profession-driven digital care* con medici di Idoctors e il modello *profession-driven blended care* con medici di Doctolib, Doctorium e Cup Solidale. Modelli che saranno presentati e illustrati nel primo capitolo. Ciò che vuole essere indagato riguarda le dinamiche di trasformazione delle logiche di aggregazione e di identità professionale operate dalle piattaforme.

Alla luce di ciò, il presente lavoro è stato volutamente suddiviso in tre capitoli, ognuno dei quali rispecchia una fase della ricerca condotta.

La prima parte intende presentare, attraverso un'analisi desk, le piattaforme digitali del settore E-Health come dispositivi di mediazione, esplorando i modelli organizzativi e le logiche di funzionamento. Si propone una mappatura delle piattaforme di cura

attive in Italia, con un focus sulle loro caratteristiche distintive e sulle relazioni instaurate tra piattaforme, professionisti e utenti. Questa prima analisi è risultata utile al fine di elaborare delle tipologie di piattaforme, caratterizzate da tratti comuni, che nel capitolo verranno esposte.

Il secondo capitolo approfondisce il funzionamento delle piattaforme digitali attive nel settore sanitario, con un focus particolare su come esse siano progettate, su quali relazioni attivino tra i soggetti coinvolti e sulle logiche che ne guidano l'operatività quotidiana. Per cui, l'obiettivo sarà volto ad indagare, attraverso l'identificazione di quattro casi studio, realizzati attraverso interviste qualitative a Ceo e amministratori delle piattaforme, la strutturazione, i meccanismi e i processi messi in campo dalle piattaforme digitali del settore sanitario al fine di ampliare la propria rete e migliorare i servizi offerti nel rapporto coi pazienti e come la combinazione di questi elementi stia contribuendo non solo all'espansione delle piattaforme ma anche all'ampliamento dell'offerta che esse promuovono.

Infine, il terzo capitolo, partendo dalle evidenze emerse nei capitoli precedenti sulle dinamiche di funzionamento delle piattaforme, sarà finalizzato ad approfondire le logiche di trasformazione del lavoro dei professionisti, indagando come le piattaforme stiano riscrivendo le logiche di appartenenza e l'identità professionale dei medici. L'analisi è realizzata attraverso interviste ai professionisti. Il rapporto tra professioni ed organizzazioni costituisce uno degli ambiti principali della sociologia delle professioni e l'intreccio tra attività professionale e struttura entro cui la si esercita rappresenta un livello di analisi che può contribuire alla restituzione di una fotografia puntuale dei mutamenti che avvengono dal punto di vista dell'organizzazione e da quello delle professioni.

Più in generale questo lavoro intende contribuire al dibattito sulle implicazioni delle tecnologie digitali nel settore sanitario e nelle logiche professionali, fornendo un'analisi delle piattaforme di cura in Italia e delle loro conseguenze per i professionisti. La ricerca mira a offrire spunti di riflessione sulle sfide e le opportunità che queste tecnologie presentano, nonché sulle necessità di garantire un accesso equo e di qualità ai servizi sanitari in un mondo sempre più digitalizzato.

CAPITOLO 1. Le piattaforme digitali come dispositivi di mediazione: modelli, attori e cornici interpretative.

Ormai già da diversi anni, la crescente diffusione delle piattaforme digitali in ambiti sempre più ampi della vita sociale ed economica sta investendo anche il settore della cura e dell'assistenza sanitaria. Uno studio dell'Osservatorio Tech4globalHealth del 2025 evidenzia come, nonostante limiti creati da barriere regolatorie e organizzative, il settore della salute veda numerosi investimenti nel campo della digitalizzazione e come l'intermediazione algoritmica e l'erogazione di servizi attraverso infrastrutture digitali stiano trasformando in profondità le modalità di accesso, organizzazione e fruizione dei servizi medici. In questo scenario, le piattaforme digitali di cura rappresentano un fenomeno in rapida espansione, ma ancora poco indagato dal punto di vista sociologico, soprattutto con riferimento al contesto italiano.

Il presente capitolo intende apportare un contributo utile ad approfondire studi e ipotesi che vadano a colmare questa lacuna attraverso un'analisi sistematica delle piattaforme di cura alla persona attualmente attive in Italia. Dopo aver delineato il quadro teorico di riferimento e discusso la letteratura esistente sul modello di piattaforma e sui servizi digitali in ambito medico e sociosanitario, l'attenzione sarà rivolta al caso italiano, mediante un'indagine empirica finalizzata a mappare le principali piattaforme presenti sul territorio.

L'obiettivo è duplice. Da un lato, comprendere in che modo le piattaforme digitali stiano riconfigurando il campo della cura, esaminandone le caratteristiche, i modelli organizzativi, le logiche di

funzionamento e le implicazioni per i professionisti coinvolti. Dall'altro, proporre una tipologia analitica che consenta di distinguere e classificare le diverse piattaforme, offrendo così una chiave interpretativa utile per leggere le dinamiche emergenti nel settore.

In quest'ottica, il capitolo si interroga sulle principali caratteristiche che accomunano e differenziano le piattaforme italiane, sui modelli organizzativi ed economici che adottano, sulla natura delle relazioni che instaurano tra piattaforme, professionisti e utenti, nonché sul grado in cui queste esperienze si avvicinano o si discostano dai modelli internazionali descritti in letteratura. L'indagine mira inoltre a individuare eventuali configurazioni ricorrenti, capaci di rappresentare tipologie idealtipiche di piattaforma, utili a interpretare il loro ruolo nei processi di trasformazione della cura.

Per rispondere a questi interrogativi, il capitolo è articolato in più sezioni. Nella prima parte viene proposta una riflessione teorica sul concetto di piattaforma e sulle sue implicazioni nel settore sanitario. La seconda parte illustra la metodologia di ricerca adottata e presenta la mappatura delle piattaforme selezionate, attraverso l'analisi di specifici indicatori strutturali e organizzativi. Nella parte conclusiva, infine, i risultati dell'indagine vengono discussi mettendo in evidenza tratti comuni e differenze significative, e viene proposta una classificazione delle piattaforme italiane in quattro profili idealtipici, che costituiranno il principale punto di riferimento per le successive analisi qualitative.

1.1 Definizione, classificazione e ruolo socio-economico delle piattaforme digitali.

Seppure il termine piattaforma, soprattutto a seguito della congiuntura pandemica e conseguenti lockdown, sia entrato nel linguaggio quotidiano, resta ad oggi oggetto di numerosi utilizzi in ambiti diversi e con significati differenti. La varietà interpretativa del termine “piattaforma” può adattarsi a diversi contesti (Gillespie 2010) ed essere utilizzata in settori e per motivi differenti. Una piattaforma può essere fisica, con riferimento a un’area elevata, come una piattaforma ferroviaria o un palco, utilizzata per scopi specifici, come l'imbarco di passeggeri o la presentazione di eventi. Può essere tecnologica e riferirsi a un ambiente software o hardware che consente l'esecuzione di applicazioni come, ad esempio, un sistema operativo o un framework di sviluppo. Oppure può essere una base programmatica per la definizione delle linee politiche di un partito o un sindacato. Scostandoci dall’ambito semantico e approfondendo quello socio-economico ci accorgiamo che esiste una molteplice varietà di tentativi di categorizzare e analizzare gli elementi di trasformazione indotti dall’avvento delle piattaforme digitali (Pirone 2019).

Riguardo le piattaforme di natura digitale, una definizione istituzionale è stata elaborata dalla Commissione Europea (Eu Commission 2019) nella Direttiva (UE) 2019/1150 e successivamente nel Regolamento (UE) 2022/2065, dove il termine ‘piattaforma online’ viene formalmente definito come un servizio di intermediazione digitale, offerto tramite software, volto a facilitare transazioni tra

diversi gruppi di utenti. Si tratta di definizioni che riconoscono in modo esplicito la funzione di connessione e interazione economica svolta dalle piattaforme nell'economia digitale.

Un contributo fondamentale alla comprensione del fenomeno delle piattaforme è offerto da Srnicek (2017), che le definisce come infrastrutture digitali capaci di intermediare tra due o più attori o gruppi, consentendo loro di interagire. La piattaforma digitale assume così il ruolo di intermediario in grado di abilitare utenti differenti, offrendo a chi la utilizza opportunità di vendita, guadagno e scambio di prodotti o servizi. L'autore fornisce inoltre una panoramica dei principali modelli, distinguendo cinque tipi: le piattaforme di advertising, come Google o Facebook, che raccolgono dati dagli utenti, li elaborano e li trasformano in strumenti per la vendita di spazi pubblicitari; le piattaforme cloud, che offrono servizi di cloud computing alle imprese digitali; le piattaforme industriali, cioè l'evoluzione dei processi manifatturieri tradizionali attraverso l'inserimento di sensori, chip e tracker connessi in rete; le piattaforme di prodotto, pensate per consumatori che desiderano accedere a un bene per un periodo limitato.

L'ultimo tipo identificato dall'autore è anche quello sul quale ci soffermiamo maggiormente, ovvero le *piattaforme lean* dove i profitti vengono incrementati riducendo il più possibile i costi come il possesso di asset, il capitale fisso, i costi di manutenzione. Uber, per citare un esempio ampiamente utilizzato dall'autore, non possiede vetture. Si tratta di una società senza patrimonio ma che possiede la piattaforma di software e analisi dei dati. I lavoratori che accedono alla piattaforma vengono inquadrati come "collaboratori autonomi", pagati a incarico e questo permette alla piattaforma Uber, come alle altre piattaforme lean, di risparmiare sul costo del personale. Questo modello permette alle

piattaforme di sfruttare beni fisici sui quali non esercitano la proprietà creando valore in uno spazio sociale ed economico che non è né interno né esterno alla piattaforma. A tutti gli effetti le piattaforme Lean intermediano direttamente prestazioni professionali (*Labor based Platform*) o scambi di beni e servizi (*Capital based platform*), senza la necessità di possedere beni di proprietà.

Srnicek (2017) sottolinea inoltre un aspetto che sarà ripreso più avanti: l'importanza della partecipazione attiva dei beneficiari del servizio offerto dalla piattaforma. Questo modello di impresa digitale è fortemente condizionato dagli effetti di rete, i quali non solo rafforzano la credibilità della piattaforma sul mercato, ma introducono anche sistemi di valutazione che la spingono ad attrarre un numero crescente di utenti. Tale dinamica sta consolidando una forma di governance in cui le piattaforme esercitano un vero e proprio «potere infrastrutturale» (Marrone 2024), che nella sua espressione più radicale può arrivare fino alla disconnessione degli utenti dal servizio stesso.

La pandemia del 2020, con i conseguenti lock down, modificando le abitudini quotidiane dei cittadini, ha rappresentato una spinta all'espansione delle piattaforme, che sono penetrate ancora più a fondo nella vita di tutti, trasformandola in modo sostanziale (PLUS 2021). In molti casi le piattaforme si sono poste come valida alternativa ed efficace strumento di gestione della crisi dovuta all'immobilità delle merci imposta dal lockdown; la consegna a domicilio di cibo grazie al *food delivery* (Callum 2019) o le comunicazioni attraverso piattaforme come Zoom o Teams sono solo alcuni esempi di questo fenomeno.

L'economia delle piattaforme è quindi un termine che ha acquisito sempre più importanza nell'ultimo decennio. Grazie allo sviluppo di Internet e delle tecnologie della comunicazione, all'inizio

del XXI secolo sono progressivamente emerse importanti piattaforme commerciali. Si è potuto assistere a progressivo dominio quasi “statale” sulle vite degli imprenditori e dei consumatori da parte di aziende come Apple, Amazon o E-bay (Lehdonvirta, 2022). Vent'anni dopo, le funzioni e i servizi dell'economia delle piattaforme stanno diventando sempre più efficienti. Se si osservano le prime dieci aziende con la più alta capitalizzazione di mercato a livello mondiale, la maggior parte di esse si fonda su piattaforme o su tecnologie digitali (Xue, Tian & Zhao, 2020).

A differenza degli intermediari tradizionali, le piattaforme raccolgono e memorizzano dati che vengono poi impiegati nei propri algoritmi, così da ottimizzare l’incontro tra domanda e offerta e offrire servizi aggiuntivi a entrambi i lati del mercato. L’espansione dell’economia delle piattaforme si intreccia con fenomeni come la sharing economy e la gig economy, che ne rappresentano manifestazioni concrete nei diversi settori. La piattaforma non crea un nuovo mercato ma, fungendo da intermediario, rende più efficiente l’incontro tra domanda e offerta già esistenti. Per la sua natura digitale, tende a generare dinamiche monopolistiche, poiché i costi marginali di utilizzo sono trascurabili. L’accesso a questo tipo di economia vede alcune particolarità come l’impegno di minor forza lavoro rispetto alle industrie tradizionali e un rischio di deprezzamento più contenuto.

Sebbene molte imprese continuino a fondare la propria attività principalmente sulla vendita di prodotti o servizi, la capacità di connettere diversi gruppi di utenti sta assumendo un ruolo sempre più centrale nei modelli di business basati sulle piattaforme.

La generazione e la proliferazione di queste realtà ha posto le basi per lo sviluppo di nuovi concetti economici come “Platform

Capitalism", modello economico in cui le piattaforme operano come attori che intermediano per facilitare le transazioni sfruttando economie di scala, effetti di rete e capitalizzazione dei dati per generare profitti e scalare i mercati (Srnicek 2017) o "Platform society", dove le piattaforme digitali giocano un ruolo trasversale in ambiti e settori differenti, integrandosi nei mercati e guidando le interazioni sociali, economiche e politiche (Van Dijck, Poell, De Waal 2019).

Il concetto di capitalismo delle piattaforme, in sostanza, pone "la piattaforma al centro della comprensione critica della circolazione economica digitale" (Langley & Leyshon, 2017, p. 28). La sua ascesa rappresenta un fenomeno complesso, caratterizzato da un rapporto ambivalente con il mondo del lavoro. Il tema è stato indagato da prospettive disciplinari differenti – dagli studi sul lavoro e sull'occupazione alla sociologia, fino all'informatica e all'innovazione – che hanno messo in luce aspetti specifici del modello.

A questo possiamo aggiungere che il dibattito sull'economia di piattaforma ha fin qui seguito due principali linee interpretative cronologicamente susseguitesi. La prima identificava nelle piattaforme un modello di "economia democratica" in cui l'innovazione dal basso creava possibilità di emancipazione dal dominio delle vecchie strutture economiche e lavorative, favorendo lo sviluppo di modelli di organizzazione orizzontali (Bruni ed Esposito 2019). Questa prima linea interpretativa è stata superata da una secondo approccio che identifica nelle piattaforme digitali un modello incentrato sulla logica di massimizzazione dei profitti e che dunque rinforzano il sistema economico capitalista (Ossewaarde e Reijers 2017, Snircek 2017).

Nel quadro della Platform Economy, Vallas e Schor (2020) distinguono due linee principali di diffusione delle piattaforme digitali.

La prima ha origine all'interno dell'economia tradizionale e si manifesta nei processi di digitalizzazione che si sviluppano nelle imprese esistenti. La seconda, invece, sottolinea l'aspetto più innovativo: la nascita di aziende native digitali che, da un lato, entrano in mercati consolidati e, dall'altro, sono in grado di crearne di nuovi. Sharing economy, digital economy, gig economy, platform economy sono solo alcuni dei termini utilizzati nell'approfondimento del fenomeno (Pais 2019) e proprio grazie a questi diversi tentativi interpretativi è possibile identificare alcuni caratteri comuni che riguardano principalmente la creazione di valore in modo differente nell'economia, un nuovo modello di business non più basato su innovazione del prodotto da vendere o sul servizio da erogare e l'affermarsi di nuovi attori capaci di intermediare domanda e offerta (Pirone 2018).

Alla luce di queste considerazioni definitorie e dei diversi tentativi di classificazione emersi in letteratura, nelle sezioni che seguono l'attenzione si sposterà sugli aspetti organizzativi e gestionali delle piattaforme digitali. In particolare, verranno analizzati i modelli organizzativi (1.2) e le forme di management algoritmico (1.3) che caratterizzano il funzionamento delle piattaforme, con l'obiettivo di mettere a fuoco le logiche di governance e le implicazioni socio-economiche che esse producono.

1.2 Il modello organizzativo.

Van Dijck, De Wall e Poell descrivono la piattaforma, nel libro Platform Society (2019), come un'architettura digitale programmabile, pensata e progettata per facilitare e riorganizzare le interazioni tra gli utenti, sottolineandone l'orientamento alla raccolta sistemica di dati, al loro trattamento algoritmico e alla loro valutazione monetaria. Questa analisi pone l'accento su un elemento costitutivo che è il legame e l'interdipendenza tra centralità della raccolta dei dati e funzionamento algoritmico ed evidenzia la pervasività della piattaforma come modello organizzativo capace di coinvolgere tutti gli attori sociali, dai cittadini fruitori dei servizi, alle imprese e le istituzioni pubbliche. Gli autori continuano identificando due modelli: le "Big Five" ovvero Apple, Alphabet, Amazon, Facebook e Microsoft, definite come piattaforme-infrastruttura, le più influenti e strutturate e capaci di fornire servizi informativi e le piattaforme di settore, ovvero quelle piattaforme agili, che non possiedono asset proprietari e offrono servizi digitali in settori specifici. Questa prima distinzione è utile per effettuare un'operazione di chiarezza necessaria per addentrarsi e comprendere meglio gli aspetti organizzativi che vanno a definire l'organizzazione e la strutturazione del secondo modello, le piattaforme di settore, che saranno oggetto di studio più avanti. Osservando l'assetto organizzativo di queste piattaforme è possibile rilevare che in questo modello, nonostante siano presenti dei confini che racchiudono un nucleo interno gerarchico e organizzativo, di dimensioni medio piccole e che esercita forme di gestione e supervisione del lavoro, è determinante ciò che avviene al di fuori di questi confini. Stark e Watkins (2018) hanno spiegato il modello

piattaforma, inteso come modello che si caratterizza per la capacità di cooptare le risorse e gli asset necessari al proprio funzionamento, utilizzando la metafora matematica del nastro di Möbius. La gestione e il controllo si manifestano attraverso relazioni *multi-sided*, ovvero relazioni tipicamente tripartite che vedono da un lato il proprietario della piattaforma, dall'altro il fornitore (può trattarsi di forza lavoro o forza vendita) e dal terzo lato l'utente cliente (Stark e Pais 2020). In questo rapporto le piattaforme non esercitano il controllo sulle altre parti ma lo delegano mantenendo comunque autorità sulle funzioni centrali. A questo decentramento del controllo non corrisponde dunque un processo di delega dei poteri gestionali che rimangono nelle mani del management centrale il quale definisce norme e funzionamento della piattaforma (Kornberger et al. 2017). A fornire un ulteriore chiarimento mirante a marcare il quadro teorico sul concetto di organizzazione delle piattaforme è il contributo di Rachlitz (2023) il quale definisce quattro processi intrinsechi: fornire, ovvero creare e mantenere l'infrastruttura tecnologica necessaria. Regolare e stabilire le regole e le dinamiche di mercato. Integrare, ovvero facilitare le interazioni tra i partecipanti della rete e orchestrare, cioè gestire le relazioni e le interazioni all'interno della meta-organizzazione.

Tutti gli attori coinvolti, compresi gli utenti definiti forza lavoro e forza vendita, nonostante vincolati da norme definite dalla piattaforma non ne sono contrattualmente subordinati e assumono anch'essi lo status di "cliente" della piattaforma.

Stark e Pais (2020) sottolineano l'importanza del sistema di rating, ovvero valutazioni effettuate dai beneficiari della transazione, formulate con semplici punteggi numerici, rappresentazioni grafiche o con indicatori binari - pollice in su/giù, "mi piace", repost, retweet e

vari- che possono essere sommati per ottenere un punteggio e dare feedback per informare i fornitori sulle loro prestazioni ma sono anche visibili alle altre piattaforme competitor le quali possono basarsi su queste per indirizzare le proprie decisioni. L'altro sistema evidenziato dagli autori è il sistema di ranking, ovvero classifiche capaci di generare una competizione per guadagnare attenzione, visibilità e di conseguenza possibilità maggiori di scambi e incontri tra i vari utenti. In questa competizione per l'attenzione, gli attori della piattaforma concorrono per una più alta posizione che viene di volta in volta determinata dalle valutazioni aggregate di altri utenti, a volte da controparti dirette, a volte anche da fornitori.

In questo quadro, gli attori coinvolti non sono più soltanto i proprietari della piattaforma, gli investitori o i lavoratori. Un ruolo decisivo è assunto anche dai consumatori, che attraverso le loro interazioni e valutazioni contribuiscono direttamente alla produzione di valore. Come osserva Srnicek (2017), gli effetti di rete non si limitano a rafforzare la legittimazione della piattaforma sul mercato, ma incidono anche sulle dinamiche interne: i feedback dei clienti influenzano infatti non solo la reputazione e le prospettive dei lavoratori, ma orientano anche le strategie di marketing e il posizionamento competitivo delle stesse piattaforme.

La piattaforma come architettura digitale non solo facilita le interazioni tra utenti, ma si fonda su un sistema complesso di raccolta e trattamento dei dati. La distinzione tra le "Big Five" e le piattaforme di settore evidenzia la varietà dei modelli operativi, ciascuno con le proprie dinamiche di controllo e gestione. La particolare capacità delle piattaforme di cooptare risorse al di fuori dei loro confini, unita al sistema di rating e ai ranking, sono elementi che evidenziano come la

competizione per l'attenzione degli utenti diventi un elemento cruciale nell'economia digitale. Pertanto la piattaforma si configura come un modello organizzativo pervasivo che coinvolge tutti gli attori sociali, rendendo necessaria una riflessione sulle sue implicazioni sociali ed economiche.

Il ruolo attivo del consumatore come generatore di valore, messo in luce da Srnicek (2017), apre una questione di fondo: il modello organizzativo della piattaforma rappresenta un nuovo paradigma o piuttosto un'evoluzione di modelli preesistenti? La letteratura su questo punto non è concorde. Da un lato, alcuni autori sottolineano elementi di continuità con modelli precedenti, come il toyotismo o le forme di outsourcing estremo tipiche della globalizzazione neoliberale (Kornberger et al., 2017). Dall'altro, autori come Van Dijck et al. (2019) e Stark & Pais (2020) sostengono che il funzionamento della piattaforma – fondato su intermediazione algoritmica, raccolta di dati in tempo reale, sistemi reputazionali e relazioni multi-sided – segni una forte discontinuità strutturale rispetto al passato.

In questo lavoro si adotta questa seconda prospettiva, in quanto si ritiene che la piattaforma non rappresenti meramente una sorta di evoluzione digitale di modelli aziendali tradizionali, ma rappresenti invece un modello organizzativo inedito, ossia in grado di ridefinire in modo radicale i rapporti tra produzione e consumo, lavoro e controllo, pubblico e privato. La piattaforma, pertanto, non soltanto riorganizza le interazioni sociali, ma si configura come forma istituzionale autonoma della contemporaneità, la cui logica pervasiva richiede un'analisi critica e continua delle sue implicazioni economiche, sociali e normative.

1.3 Il management algoritmico.

Kaine e Josserand (2019) hanno definito la gestione algoritmica, e più in generale la questione del management algoritmico, un tema di grande attualità tra professionisti e ricercatori. Nonostante il crescente interesse accademico, il settore ha dovuto affrontare alcune sfide (terminologia e definizioni ambigue). Una probabile spiegazione di ciò risiede nella natura interdisciplinare del tema, che di conseguenza comporta una serie di prospettive di ricerca in specifici ambiti (Jabagi, et al., 2019). Un aspetto centrale del dibattito sulle piattaforme riguarda comunque il concetto di management algoritmico, inteso come quel processo di automazione decisionale incorporato nella piattaforma digitale che sostituisce, in parte o del tutto, funzioni tradizionalmente svolte dall'uomo (Baiocco, 2022; Kornberger, 2017; Duggan, 2020). La letteratura si interroga sui tratti distintivi di questo modello, mettendo in evidenza elementi come l'assegnazione automatica dei compiti ai lavoratori (Kellogg, 2020), l'opacità dei criteri utilizzati per queste assegnazioni e le criticità che, in alcuni casi, rendono necessario l'intervento umano (Duggan et al., 2020). Da un lato le piattaforme monitorano automaticamente le attività degli utenti che interagiscono con lo scopo di ottimizzare l'incontro tra i servizi, le competenze specifiche e le preferenze dei clienti (Möhlmann 2021). Dall'altro operano un controllo sui lavoratori valutando le loro prestazioni attraverso sistemi di rating e incentivi economici al fine di aumentarne la produttività (Kellog, Möhlgie 2020). Ai lavoratori può essere concessa una certa autonomia nella selezione dei compiti o delle attività

ma la piattaforma opera comunque una forma di controllo monitorando il numero degli accessi (Pulignano 2023).

Il management algoritmico non riguarda soltanto il controllo dei lavoratori, ma investe l'intera governance della piattaforma. Esso incide infatti su variabili centrali come la visibilità dei contenuti (ranking e suggerimenti personalizzati), l'allocazione delle risorse, le relazioni tra clienti e fornitori e persino la definizione delle priorità strategiche (Pasquale 2015, Zuboff 2019). Attraverso il monitoraggio continuo delle attività degli utenti e la raccolta sistematica dei dati, le piattaforme mirano a ottimizzare l'incontro tra domanda e offerta, ridefinendo l'interazione economica in chiave predittiva e performativa (Möhlmann 2021).

Secondo Ferrari e Graham (2021), gli algoritmi occupano un posto centrale nella società, svolgendo un ruolo chiave nel plasmare il modo in cui le persone vivono, amano e lavorano. Negli ultimi anni, la letteratura sull'argomento ha evidenziato che gli algoritmi possono annunciare una nuova era di trasparenza, efficienza e buona governance (Rogers, 2018).

Riprendendo i concetti di controllo gestionale nelle imprese, Kellogg, Valentine e Christin (2020) teorizzano che la gestione del lavoro tramite algoritmo possa essere ricondotta a sei meccanismi fondamentali: indirizzare, limitare, raccomandare, valutare, registrare e sostituire i lavoratori. Tra questi, la raccomandazione algoritmica indica l'uso di algoritmi da parte dei datori di lavoro per orientare le decisioni dei lavoratori, presentando loro opzioni e opportunità già preselezionate dal sistema (Gabrilovich, Dumais & Horvitz, 2004).

Altro elemento riguarda la restrizione algoritmica, per cui i datori di lavoro possono iscrivere gli algoritmi con presupposti e prescrizioni

che limitano le attività dei lavoratori (Callaghan e Thompson, 2001). In questo modo il lavoratore ha accesso solo a determinate informazioni che presuppongono comportamenti specifici impedendone altri. A differenza di altre forme di controllo definite da Kellogg (2020) come "forme di controllo razionale", di tipico utilizzo nelle aziende, il controllo algoritmico consente di limitare le informazioni in modo istantaneo e occulto. L'esempio riportato riguarda la piattaforma Uber in cui gli algoritmi vengono implementati per restringere le scelte dei turni, delle corse o delle consegne di modo da rendere più agevole il servizio (Calo e Rosenblat, 2017). La registrazione invece comporta l'uso di procedure computazionali per monitorare, aggregare spesso in tempo reale, un'ampia gamma di dati provenienti da fonti interne ed esterne. I datori di lavoro possono utilizzare i dati raccolti per quantificare, confrontare e valutare i risultati dei lavoratori per quanto riguarda la frequenza e la durata dei compiti assegnati, la qualità dei risultati, del lavoro svolto e il tempo di lavoro non produttivo (Alvesson e Karreman, 2007). Questo fenomeno genera un'asimmetria tra le informazioni possedute dai manager e quelle di cui i lavoratori sono a conoscenza (Zuboff, 2018). I manager utilizzano tecnologie computazionali e raccolte di dati quantitativi e qualitativi per operare valutazioni e classifiche al fine di calcolare le prestazioni dei lavoratori e attuare analisi predittive sulla loro produttività (Karreman e Alvesson 2004).

Le piattaforme possono attuare anche strategie di "gamification del lavoro di piattaforma" (Cherry, 2011) ovvero un sistema di stimolo dell'elemento ludico del lavoro atto a spronare il lavoratore a migliorare sempre più la sua performance accrescendone di conseguenza la produttività (Gerber e Krzywdzinski, 2019; Cameron, 2020). Rosenblat

e Stark (2016) hanno dimostrato in uno studio come il sistema reputazionale basato sulle recensioni dei clienti abbia permesso a Uber di ridurre l'autonomia degli autisti ed esercitare indirettamente un controllo sul lavoro con azioni di penalizzazione o addirittura disconnessione.

Graham e Ferrari (2021) identificano tre strategie attraverso cui i lavoratori possono reagire al potere algoritmico, soprattutto nei momenti in cui esso non si applica in modo pieno o prevedibile: manipolazione, sovversione e distruzione.

La prima riguarda l'elusione diretta del potere algoritmico mediante pratiche che violano le regole della piattaforma. In diversi casi documentati, i lavoratori hanno utilizzato software di terze parti per accettare o rifiutare automaticamente richieste di lavoro, generare prenotazioni false o manipolare i flussi di dati con sistemi GPS contraffatti, come avvenuto per alcuni autisti Uber (Adegoke, 2017).

La seconda si riferisce invece al sovvertimento delle logiche della piattaforma senza infrangerne formalmente le regole, sfruttando opportunità create dallo stesso funzionamento del sistema. Rientrano in questa categoria pratiche come la cancellazione intenzionale di corse per evitare valutazioni negative (Möhlmann & Zalmanson, 2017), l'uso di più account e dispositivi, o il rifiuto sistematico di servizi poco remunerativi come UberPOOL. Un caso empirico noto è quello degli autisti di Uber e Lyft all'aeroporto Reagan di Washington D.C., che si sono coordinati spegnendo temporaneamente le app per simulare scarsità di offerta e provocare un aumento dei prezzi (Mamiit, 2019).

La terza strategia implica azioni collettive mirate a interrompere il funzionamento ordinario della piattaforma, spesso attraverso forme di "picchetto digitale". Ad esempio i conducenti di Lyft a New York e

in altre città degli Stati Uniti nel maggio del 2019 hanno deciso di interrompere il servizio per un giorno, rifiutandosi di accettare corse. Queste pratiche, meno frequenti ma documentate in letteratura, mirano a ottenere potere contrattuale alterando o bloccando i processi operativi continui della piattaforma.

Il management, sebbene possa conferire una certa autonomia ai lavoratori, crea anche asimmetrie informative e forme di controllo che limitano le loro scelte ed evidenziano la complessità delle relazioni di potere all'interno della piattaforma. In generale questi studi sembrano affermare la struttura digitale e algoritmica della piattaforma come elemento fondamentale e funzionale a nascondere o comunque opacizzare il management, rendendo più labili le relazioni industriali e fragili le condizioni dei lavoratori di piattaforma.

Partendo da tale prospettiva, il presente lavoro intende una chiave di lettura strutturalista-critica, che si concentra sulle modalità di controllo, governance e distribuzione del potere insite nell'architettura digitale delle piattaforme. Tale approccio trova le sue radici nei Critical Management Studies (Alvesson & Willmott 1992; Fournier & Grey 2000), che mettono in evidenza come i sistemi organizzativi non siano mai neutri, ma incorporino logiche di dominio e asimmetrie strutturali.

Applicata al contesto delle piattaforme digitali, questa prospettiva è stata sviluppata nella letteratura sull' algorithmic governance (Yeung 2018, Zuboff 2019), che descrive gli algoritmi come forme di governo tecnico in grado di influenzare in profondità i comportamenti degli utenti e i rapporti di lavoro, spesso attraverso meccanismi opachi. In questa direzione si colloca anche Pasquale (2015) con il concetto di *black box society*, che evidenzia come

l’opacità degli algoritmi generi nuove forme di potere infrastrutturale e di dipendenza.

La riflessione critica sul capitalismo delle piattaforme (Srnicek, 2017; Langley & Leyshon, 2017) sottolinea come la governance algoritmica non sia soltanto uno strumento tecnico, ma un dispositivo economico e sociale che consolida il predominio delle piattaforme sui diversi attori coinvolti. In questa cornice, il management algoritmico va inteso come meccanismo strutturale di governo, che ridefinisce in maniera non trasparente la relazione tra datore di lavoro e lavoratore (Kellogg, Valentine & Christin, 2020; Rosenblat & Stark, 2016), generando asimmetrie informative, dipendenza economica e precarietà contrattuale, nonostante i tentativi regolatori introdotti dal Regolamento europeo sull’intelligenza artificiale, noto come AI Act del 2024, il quale insiste e ribadisce concetti di trasparenza e necessità di gestione etica dei dati.

1.4 Piattaforme e sanità.

Le trasformazioni introdotte da sistemi organizzativi caratterizzanti il modello piattaforma toccano in modo trasversale su differenti settori. Sono stati richiamati casi come Uber o il food delivery. In questo studio ci si focalizza sul settore della salute, indagando le caratteristiche delle piattaforme che operano in questo settore e l'impatto che possono avere su medici e professionisti.

Negli ultimi anni, il settore della cura e dell'assistenza ha conosciuto una crescente trasformazione legata alla diffusione delle piattaforme digitali. L'uso di tecnologie digitali e di sistemi di intermediazione algoritmica sta modificando le modalità di accesso ai servizi, il rapporto tra pazienti e professionisti e, più in generale, l'organizzazione dell'assistenza sanitaria. La letteratura internazionale ha affrontato questo fenomeno analizzando ed evidenziando alcuni aspetti particolari.

Un primo aspetto riguarda il potenziale delle piattaforme nell'ampliare l'accesso alle cure, abbattendo barriere geografiche e temporali (Johnson 2014). Un altro aspetto approfondito concerne gli aspetti organizzativi e analizza come le piattaforme riorganizzino i rapporti tra attori tradizionali (ospedali, medici, assicurazioni) e nuovi intermediari digitali (Hsu 2017). Altro aspetto concerne le implicazioni socio-economiche e professionali, con particolare attenzione alle trasformazioni del lavoro sanitario e ai temi della fiducia, della qualità delle prestazioni e della regolamentazione (Taylor 2003).

In questo quadro generale, la ricerca empirica specifica è ancora relativamente limitata. Alcuni studi si sono concentrati su piattaforme

di telemedicina e servizi digitali di diagnosi a distanza, che offrono un'alternativa o un'integrazione ai modelli tradizionali di assistenza. Tra questi, lo studio di Ma et al. (2018) analizza la piattaforma cinese Fenda, evidenziando come attraverso la sezione "Ask the Doctor" gli utenti possano interagire a pagamento con medici e specialisti. La piattaforma non solo facilita la comunicazione tra pazienti e professionisti, ma introduce anche nuove forme di assistenza, dall'orientamento nella scelta del medico fino al supporto nella gestione dei percorsi di cura.

Lo studio indica come il successo della piattaforma dipende in larga parte dalla facilità di accesso a risposte personalizzate e dalla brevità delle interazioni, che vengono valutate positivamente dagli utenti. Nello studio si sottolinea che gli utenti sono motivati dalla velocità e semplicità del servizio, oltre che dalla possibilità di evitare il tempo e il costo di una visita tradizionale. Dal punto di vista medico, invece, i professionisti sfruttano la piattaforma per aumentare la propria reputazione e per ottenere entrate aggiuntive, ma sono anche soggetti a meccanismi di valutazione pubblica tali da influenzare la visibilità e la domanda dei loro servizi.

Inoltre, lo studio mette anche in luce in che modo il design algoritmico della piattaforma — in particolare i meccanismi di ranking e feedback — stia generando dinamiche concorrenziali tra i medici e influenzi indirettamente il loro comportamento, spingendo gli stessi a dare sempre più spesso risposte rapide e in linea con le aspettative del cliente, talvolta a scapito della qualità e profondità della consulenza. Questo fenomeno quindi mette in evidenza nuove forme di pressione professionale e una ridefinizione del rapporto medico-paziente, con un'intermediazione algoritmica che riorganizza l'interazione stessa.

Liu, Zhang, Hua (2021) offrono un altro contributo fondamentale, attraverso l'analisi della piattaforma di consulti medici The Good Doctor. Questa piattaforma, che risulta essere una delle più utilizzate in Cina, prevede la possibilità di consulenze sanitarie online attraverso la creazione da parte degli utenti di un profilo personale in cui vengono condivise informazioni e diagnosi. Gli autori della ricerca operano un approfondimento dell'utilizzo della piattaforma da un punto di vista territoriale selezionando tre aree differenti per sviluppo e qualità della vita: Pechino, Hainan e Qinghai. Emerge come nelle province più urbanizzate è possibile riscontrare un più facile e migliore accesso a cure migliori e medici di base più formati e con maggiori disponibilità mentre tra le province più povere e che vedono un maggior carico di lavoro per i medici si riscontra una minore soddisfazione da parte dei pazienti. Un altro aspetto riguarda le aspettative e le preferenze dei pazienti che possono variare a seconda delle norme culturali e sociali locali, influenzando la percezione di professionalità e umanità dei medici. Lo studio rileva inoltre come alcuni tratti caratterizzanti il profilo del medico (anzianità professionale, valutazioni e recensioni, reputazione del professionista) contribuiscano allo sviluppo del legame tra medico e paziente.

Un contributo che evidenzia un aspetto controverso e di importanza rilevante è quello di Vassilakopoulou et al. (2017) il quale esplorando l'introduzione nel settore pubblico di piattaforme E-Health a livello nazionale in tre paesi scandinavi: Danimarca, Norvegia e Svezia, approfondisce l'aspetto della possibilità di accesso alle cure e delle sfide legate all'inclusività. La ricerca pone il presupposto che le piattaforme statali vengano concepite come "beni comuni" capaci di garantire accesso a tutti i cittadini in contrasto con le piattaforme di

natura privata, orientate a logiche di mercato. Il valore aggiunto di piattaforme di creazione nazionale e con natura pubblica, continuano gli autori, risiede nelle logiche di orientamento politico, nelle strategie di coordinamento gestionale caratterizzate da approcci collaborativi tra livello nazionale, regionale e locale e dal fatto che, essendo queste piattaforme basate su logiche di collaborazione e non di competizione, possano rappresentare beni di lungo termine.

A livello europeo il dibattito concernente lo sviluppo delle infrastrutture digitali nel settore sanitario non si è sottratto dall'evidenziare diversi elementi critici legati a carenze di diversa natura (Peltotem, 2018). L'ostacolo legato alla comunicazione, che comprende anche l'accessibilità e l'utilizzo delle piattaforme digitali. I diversi livelli di digitalizzazione degli utenti. I diversi gradi di burocratizzazione e le differenze organizzative dei diversi paesi, rappresentano ad oggi ostacoli che frenano l'evoluzione e l'impatto sociale delle piattaforme nel tessuto della popolazione (Ugon, Karlsson, Klein, Moen, 2018)

Accanto agli studi citati, la letteratura internazionale approfondisce e mette in evidenza una serie di ulteriori elementi, evidenziati dai diversi contributi di Hermes (2020), Rantala e Karjaluoto (2016), Kallinikos e Tempini (2014), Andreasseen (2006), Arpia e Mocciardi (2022), i quali contribuiscono a definire alcune peculiarità delle piattaforme applicate al settore sanitario. Una prima riguarda la modalità di accesso ai servizi sanitari, i quali possono essere fruiti anche da remoto. Il ruolo paziente fruitore del servizio può scegliere il medico esercitando quindi un ruolo attivo. La co-creazione di valore definita dal cambiamento della relazione tra medico e paziente dentro lo spazio digitale (Grunwald 2017, Islind et al. 2019), l'incontro

tra i due attori può infatti avvenire in modo diretto – il paziente contatta lo specialista direttamente tramite la piattaforma – o indiretto – la piattaforma indirizza il paziente verso lo specialista più in linea con le proprie esigenze, giocando un ruolo attivo e non solo di mero intermediario. Le piattaforme nel settore sanitario si distinguono da quelle di altri settori per il forte ancoraggio a finalità pubbliche, per l'attenzione alla continuità assistenziale, alla qualità del servizio e all'inclusione sociale (Faggini, Parziale, Cosimato, 2021). A differenza delle piattaforme commerciali, guidate soprattutto da logiche di scalabilità ed estrazione di valore, quelle sanitarie sono chiamate a garantire equità, sicurezza e affidabilità. Uno studio condotto nel 2024 da Reilley et al. pone l'accento sul confronto tra piattaforme commerciali e sanitarie evidenziando la distinzione tra logiche di mercato e tutela della salute pubblica, ambito in cui il margine di errore o una disintermediazione eccessiva possono avere conseguenze particolarmente critiche sulle diagnosi, sulle cure e sulla salute di chi fruisce di questi servizi.

Un ulteriore elemento di differenziazione è indubbiamente rappresentato dalla natura stessa dei dati trattati. Come rilevano Sharon (2018) e Nouri et al. (2020), i dati raccolti attraverso le piattaforme sanitarie non sono semplicemente dati di consumo o comportamento, ma si caratterizzano per il fatto di essere dati altamente sensibili, in moltissimi casi legati a patologie, stili di vita, preferenze terapeutiche e condizioni croniche. Questa condizione peculiare rende necessario un livello più elevato di tutela della privacy e solleva interrogativi etici sull'uso secondario di tali dati a fini commerciali, assicurativi o predittivi. Sharon, in particolare ha messo in evidenza il rischio che il modello della "datafication" della salute trasformi la relazione

terapeutica in una relazione mediata da metriche, algoritmi e sistemi di ranking, accentuando la pressione sui pazienti a "performare" comportamenti salutari e sui medici a conformarsi agli standard algoritmici di efficienza e soddisfazione.

Infine, alcuni studi come quello di Nouri et al. (2020), condotto in piena pandemia da COVID-19, mettono in evidenza come la diffusione massiva delle piattaforme di telemedicina abbia rappresentato una risposta emergenziale, ma abbia anche portato all'emersione di limiti strutturali in termini di disuguaglianza digitale e frammentazione della relazione medico-paziente. Queste piattaforme si collocano in una sorta di spazio ibrido tra innovazione tecnologica e responsabilità sociale, e in tal modo pongono interrogativi per molti aspetti inediti su come garantire accesso universale, qualità della cura e sostenibilità organizzativa nel lungo periodo. Infine, la dimensione istituzionale è centrale, poiché tali piattaforme si inseriscono in sistemi sanitari già regolamentati e spesso interagiscono con attori pubblici e privati in un equilibrio delicato.

1.5 Le piattaforme digitali di cura alla persona in Italia.

La letteratura e il dibattito accademico hanno contribuito a definire i tratti fondamentali del modello piattaforma, come discusso nel precedente capitolo. La letteratura analizzata ha messo in evidenza le implicazioni e le particolarità del modello organizzativo delle piattaforme in generale. Come già accennato le piattaforme sanitarie si differenziano dalle altre piattaforme per la delicatezza dei servizi erogati, per la gestione di dati sensibili, e per il ruolo centrale svolto dai professionisti della salute nella mediazione tra tecnologia e cura. Tuttavia, gran parte delle ricerche finora si è concentrata su esperienze internazionali (Cina, USA, Nord Europa), mentre manca una sistematizzazione delle esperienze presenti in Italia, un settore in cui la cura alla persona è profondamente caratterizzata da specificità territoriali, istituzionali e culturali. La telemedicina in Italia viene approfondita prevalentemente per le sue caratteristiche legate all'impatto sociale, ovvero a come l'introduzione della telemedicina stia modificando la relazione tradizionale tra medico e paziente e l'organizzazione del sistema sanitario (Cipolla, Maturo, Ardissone 2017) ma anche per la dimensione di accessibilità da parte di tutta la popolazione, comprese le fasce più deboli, e la potenziale disparità che ne potrebbe conseguire (Nicolini, Bruni, Fasol 2003).

Partendo da tali riflessioni, la domanda di ricerca che orienta questa analisi può essere così formulata: come si configurano le piattaforme digitali attive nel settore della cura alla persona in Italia e quali modelli organizzativi, relazionali e tecnologici adottano?

L’obiettivo è quello di capire se e in che misura queste piattaforme riproducano o trasformino le dinamiche tipiche della platform economy, e se sia possibile individuare elementi comuni che consentano di delineare una classificazione.

Per rispondere alla domanda di ricerca, il lavoro propone un’analisi empirica basata su una mappatura sistematica delle piattaforme italiane di cura digitale attive tra Gennaio 2024 e Febbraio 2025. La metodologia adottata si ispira a quella utilizzata da Pais et al. (2023) nello studio delle piattaforme di welfare, ed è stata adattata al contesto della cura alla persona. È stato così costruito un database che raccoglie 31 piattaforme operanti sul territorio nazionale.

La raccolta dei dati si è basata su tre fonti principali: analisi dei siti ufficiali delle piattaforme, documenti pubblici e interviste esplorative. L’obiettivo era identificare un insieme di variabili strutturali e funzionali, tra cui forma giuridica, tipologia dei servizi offerti, modalità di erogazione, rapporto con i professionisti, modello di governance, utilizzo degli algoritmi, presenza di sistemi reputazionali, target degli utenti e ambito territoriale di riferimento.

1.6 Il disegno della ricerca.

Il campionamento delle piattaforme è stato effettuato attraverso una ricerca sistematica online, utilizzando parole chiave come "assistenza domiciliare digitale", "telemedicina", "piattaforma sanitaria" e "cura a domicilio", integrate dalla consultazione di report di settore e registri pubblici disponibili (ad esempio associazioni di categoria e documenti CONSOB/Borsa Italiana per le piattaforme più strutturate). Sono state incluse tutte le piattaforme operanti sul territorio italiano che offrono servizi riconducibili all'area della *body care* e rivolte direttamente all'utenza finale.

Per body care si è voluto, in questo contesto, intendere le prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate a domicilio o in remoto che incidono direttamente sulla cura del corpo e della salute fisica delle persone. La definizione adottata comprende sia l'assistenza di base (igiene personale, monitoraggio di parametri vitali, accompagnamento nella quotidianità), sia le cure mediche specialistiche (consultazioni diagnostiche, terapie, visite virtuali con medici generici o specialisti). Questa delimitazione consente di distinguere il campo di indagine da altri ambiti del welfare digitale, come il supporto psicologico, la formazione o i servizi amministrativi, che pur rilevanti non rientrano nella dimensione della cura fisica del corpo.

La raccolta delle informazioni necessarie per costruire la mappatura è avvenuta attraverso un'analisi desk realizzata tra il 15 Gennaio 2024 e il 28 Febbraio 2025. La ricerca è stata svolta utilizzando motori di ricerca (Google), i principali store digitali (Apple App Store e Google Play Store) e portali specializzati nel settore sanitario. La

consultazione ha riguardato i siti web ufficiali delle piattaforme, le app mobili rese disponibili al pubblico e la documentazione pubblica reperibile online (ad esempio white papers o presentazioni aziendali).

Queste informazioni sono state integrate da segnalazioni informali provenienti da medici, operatori sanitari e professionisti del settore, che hanno permesso di includere anche piattaforme meno visibili o in fase di lancio, ma comunque significative per la comprensione del fenomeno. Sempre seguendo lo schema già tracciato da Pais et al. (2023) per la mappatura delle piattaforme di welfare, al fine di analizzare la distribuzione territoriale e le caratteristiche operative delle piattaforme sanitarie in Italia sono stati presi in considerazione 12 indicatori, parzialmente derivati dalla griglia dei criteri di classificazione di Eurofound (2018). Rispetto a tale schema originario, la lista è stata adattata per riflettere le specificità del settore della cura, attraverso due interventi principali. In primo luogo, alcuni indicatori Eurofound sono stati riformulati con terminologia più pertinente all'ambito sanitario: ad esempio, la categoria "tipologia di servizio" è stata declinata distinguendo tra assistenza e medicina di base (monitoraggio parametri vitali, accompagnamento, medicina di base) e prestazioni specialistiche (consultazioni mediche, terapie, visite a distanza specialistiche), mentre l'indicatore "contratto di lavoro" è stato ampliato includendo forme ibride tipiche del settore (collaborazioni occasionali, partite IVA, convenzioni con cooperative). In secondo luogo, sono stati aggiunti 3 indicatori assenti nella griglia originaria e presi sempre dalla ricerca Weplat, rilevanti per l'analisi delle piattaforme sanitarie: l'anno di fondazione (per cogliere la fase di sviluppo delle piattaforme), la territorialità (per distinguere tra iniziative italiane ed estere operanti sul mercato nazionale) e la presenza

di un’App (come elemento chiave di accessibilità e diffusione del servizio).

1.7 Mappatura e indicatori.

La mappatura delle piattaforme digitali che operano nel settore sanitario italiano fa emergere un ecosistema estremamente eterogeneo, nell'ambito del quale la proliferazione tecnologica risponde sia a spinte istituzionali sia a logiche di mercato private. La letteratura sottolinea come queste infrastrutture non siano semplici strumenti tecnici, ma veri e propri dispositivi di riorganizzazione del welfare che classificano i servizi in base alle modalità di accesso degli utenti e alla natura degli attori promotori, distinguendo tra piattaforme pubbliche regolate dai piani di sanità digitale e soluzioni private orientate alla disintermediazione (Bonifacio & Pais, 2024).

L'analisi condotta da studi sociologici evidenzia una distribuzione geografica sbilanciata, con una maggiore concentrazione di piattaforme attive nel Nord Italia, riflettendo una vivacità del tessuto economico che accelera la trasformazione digitale del monitoraggio e della telemedicina. Questo processo di mappatura permette di distinguere tra ecosistemi di *connected care*, finalizzati all'integrazione dei dati clinici tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico, e piattaforme di *digital therapeutics* o servizi specialistici, che introducono nuove metriche di efficienza e performance nel rapporto tra professionista e paziente (Galdiero et al., 2025). In definitiva, mappare queste realtà significa tracciare i confini di un nuovo spazio digitale della cura dove l'interoperabilità dei sistemi e la governance dei dati sensibili diventano i parametri centrali per valutare la maturità organizzativa del sistema sanitario nazionale.

Premesso ciò, come già ampiamente anticipato, l'obiettivo di questa fase è quello di individuare, classificare e analizzare le principali piattaforme digitali che svolgono una funzione di intermediazione tra pazienti e professionisti della salute, al fine di costruire una base empirica utile per comprendere la struttura del settore e le diverse configurazioni organizzative che caratterizzano queste infrastrutture digitali.

Negli studi sociologici sulle piattaforme digitali, la mappatura rappresenta uno strumento metodologico particolarmente utile per analizzare settori emergenti caratterizzati da una forte eterogeneità organizzativa e tecnologica. Attraverso la mappatura è infatti possibile identificare gli attori presenti in un determinato campo, ricostruire le relazioni che intercorrono tra di essi e individuare eventuali configurazioni ricorrenti o modelli organizzativi prevalenti (Pais, Gandini & Anselmi, 2023; Kenney & Zysman, 2016).

Nel caso specifico delle piattaforme digitali di cura, la mappatura ha consentito di individuare un insieme di piattaforme attive nel contesto italiano che offrono servizi di intermediazione sanitaria attraverso strumenti digitali. Tali piattaforme svolgono funzioni differenti, alcune si configurano principalmente come sistemi di prenotazione di visite mediche, altre offrono servizi di telemedicina o consulenze online, mentre altre ancora integrano diverse funzionalità, combinando servizi di prenotazione, gestione delle agende professionali e consulti a distanza.

La mappatura delle 31 piattaforme operanti nel settore sanitario è stata analizzata alla luce dei 15 indicatori individuati. L'applicazione di questi criteri ha permesso di mettere in evidenza le caratteristiche operative e organizzative delle piattaforme. Nei paragrafi che seguono

vengono presentati i principali risultati emersi dall'analisi, suddivisi per ciascun indicatore considerato.

- Indicatore 1: sede legale e distribuzione territoriale.

Per ciascuna piattaforma è stata rilevata la sede legale, allo scopo di comprendere non solo il luogo formale di registrazione ma anche di effettuare un'analisi della distribuzione geografica delle piattaforme sul territorio nazionale, suddividendo i casi tra Nord, Centro e Sud Italia.

L'analisi desk ha mostrato che, tra le 31 piattaforme considerate, l'unica con una dimensione chiaramente multinazionale è Doctolib. Il servizio di questa piattaforma è basato sull'integrazione con i sistemi sanitari nazionali, offrendo soluzioni di gestione delle agende mediche, prenotazione delle visite e digitalizzazione dei flussi clinico-amministrativi. Questo modello richiede un forte adattamento istituzionale e normativo nei vari Paesi e ha trovato la possibilità di espandersi, per il momento, a pochi contesti europei.

La quasi totalità delle piattaforme italiane, ovvero 26, presenta una struttura nazionale e le restanti 4 regionale. Tra queste ultime risultano Comarch e Fisioterapia Online che presentano una struttura radicata nella regione Lombardia, Cup Solidale in Toscana e Doctors in Italy nel Lazio. Questi casi mostrano come l'ancoraggio territoriale non sia solo un vincolo, ma anche una scelta organizzativa: queste piattaforme si radicano in reti di prossimità, collaborano con professionisti locali o strutture sanitarie provinciali o regionali e costruiscono la loro legittimazione sulla conoscenza diretta del contesto sanitario regionale. Questi elementi aiutano a comprendere perché il settore sanitario si differenzi da altri ambiti della platform economy, dove la logica della scalabilità globale prevale. Nel sanitario, la natura fortemente regolata del mercato, l'elevato grado di specializzazione

delle prestazioni e il ruolo cruciale della fiducia rendono l'internazionalizzazione più difficile.

- Indicatore 2: anno di fondazione.

L'indicatore relativo all'anno di fondazione è stato inserito per comprendere da quanto tempo le piattaforme sono attive sul mercato e per valutare la loro capacità di permanenza nel tempo. Analizzare la longevità permette infatti di ipotizzare che le piattaforme più consolidate abbiano sviluppato strategie più efficaci di adattamento e sostenibilità nel settore sanitario. Tra le piattaforme mappate, la più longeva è iDoctors, attiva dal 2008, che verrà approfondita nel capitolo successivo come caso studio di resistenza e continuità in un settore in rapida trasformazione.

Da una prima analisi appare come la maggior parte delle piattaforme sia stata fondata in epoca recente, con una netta concentrazione nel periodo successivo alla pandemia da COVID-19. In particolare:

Tabella 1: Anni di fondazione delle piattaforme.

Periodo	**Anno**	**N. piattaforme**
Pre-pandemico (2008–2019)	2008	1
	2013	2
	2015	4
Totale 2008–2019		**7**

Pandemico e post (2020–2024)	2020	11
	2021	6
	2022	3
	2023	2
	2024	2
Totale 2020–2024		**24**
Totale complessivo		**31**

Fonte: elaborazione dell'autore.

Questi dati suggeriscono come la pandemia possa aver agito da catalizzatore per la nascita di nuove piattaforme digitali nel settore della cura, probabilmente come meccanismo di risposta alla pressione sul sistema sanitario tradizionale e alla crescente domanda di soluzioni digitali per l'accesso alle prestazioni mediche.

L'analisi incrociata tra anno di fondazione e modalità di offerta del servizio mostra una differenza tra piattaforme nate prima e dopo la pandemia. Le realtà pre-pandemiche risultano più spesso ancorate a un modello ibrido, in cui la dimensione online era funzionale a prenotazioni e primi consulti, ma il percorso di cura si completava prevalentemente in presenza. Sulle 7 le piattaforme che risultano fondate nel periodo dal 2008 al 2019, 3 (Comarch, Idoctors e Net Medicare) offrono servizi in modalità esclusivamente online mentre le piattaforme nate dal 2020 in avanti mostrano una maggiore propensione

a offrire servizi in modalità ibrida, combinando l'online con la presenza e configurandosi come risposte dirette all'urgenza sanitaria e come esperimenti di digitalizzazione radicale del rapporto medico-paziente.

Un secondo elemento riguarda la tipologia di servizi: tra le 7 piattaforme fondate nel periodo dal 2008 al 2019 solo 1 (Mi Agenda) è rimasta ancorata a un'offerta di servizi di medicina di base. Gli altri casi riportano una crescente diversificazione che include un numero sempre maggiore di specializzazioni. Questi dati sembrano indicare come la crisi pandemica abbia accelerato sia la digitalizzazione sia l'estensione dell'offerta sanitaria online.

- Indicatore 3: modalità di offerta del servizio.

Dall'analisi desk è stato possibile definire due modelli differenti di offerta del servizio: il primo riguarda le piattaforme che offrono servizi interamente da remoto, il secondo le piattaforme che offrono servizi di tipo ibrido combinando la possibilità per i pazienti di accedere a consulti online propedeutici a visite in presenza presso strutture pubbliche o private per la prosecuzione della cura. In questo secondo caso, le visite in presenza possono rappresentare un elemento di maggior affiliazione del paziente verso il medico e la relazione umana che può instaurarsi può generare una relazione con ricadute più adeguate alla cura.

Le piattaforme che risultano appartenenti al primo modello sono 13 mentre quelle che prevedono un servizio misto tra online e presenza sono 18.

La scelta tra un modello solo online e uno ibrido può dipendere da esigenze specifiche dei pazienti e dalla natura delle cure richieste. Mentre il modello solo online offre comodità e accessibilità, il modello ibrido può favorire relazioni più significative e una concezione più integrata della cura, migliorando potenzialmente i risultati sanitari. Inoltre l'adozione dei due modelli può comportare anche differenze su più livelli:

Da un punto di vista comunicativo. Nelle piattaforme solo online la comunicazione avviene principalmente tramite messaggi, videochiamate o chat e può risultare più fredda e impersonale, limitando l'espressione di emozioni e segnali non verbali mentre nel modello

ibrido è favorita una comunicazione più ricca e sfumata, permettendo l'uso di segnali non verbali e una connessione emotiva più profonda.

La relazione medico-paziente nei modelli sono online può essere percepita come superficiale e i pazienti potrebbero avere difficoltà a sviluppare fiducia e comfort nel condividere informazioni sensibili mentre, come anticipato prima, nel caso di piattaforme con modello ibrido le visite in presenza possono rafforzare il legame di fiducia tra medico e paziente. I pazienti possono sentirsi più supportati e compresi, il che può migliorare l'aderenza ai trattamenti.

Altro livello può concernere il coinvolgimento del Paziente. Nelle piattaforme online infatti i pazienti possono sentirsi come semplici utenti piuttosto che partecipanti attivi nel loro percorso di cura e la mancanza di interazioni personali può limitare la loro motivazione a impegnarsi attivamente nel processo di cura cosa che invece risulta meno rischiosa nei modelli ibridi in cui i pazienti sono spesso più coinvolti nel processo decisionale grazie all'interazione diretta e possono esprimere le proprie preoccupazioni e fare domande in modo più efficace durante le visite. Oltre a questo, il supporto emotivo può essere limitato, rendendo difficile per i pazienti ricevere l'empatia necessaria nelle visite da remoto. I pazienti possono sentirsi isolati o trascurati. Mentre le visite face to face offrono opportunità per il supporto emotivo e l'empatia e la presenza fisica del medico può rassicurare i pazienti e migliorare il loro benessere psicologico.

La relazione col paziente nel modello ibrido tende ad essere più profonda e interattiva rispetto a quella nel modello solo online. Questo approccio integrato favorisce comunicazione, fiducia e supporto emotivo, tutti elementi cruciali per un'efficace assistenza sanitaria.

Tabella 2: Modelli di offerta di servizio.

Modalità di offerta	**Tot.**	**%**
Piattaforma solo da remoto	13	41%
Piattaforma servizio ibrido	18	59%
Totale	**31**	**100%**

Fonte: elaborazione dell'autore.

- Indicatore 4: tipologia di servizio.

Le piattaforme che offrono servizi di medicina di base sono solo 6 (Banca delle visite, Diagnostica Medica veloce, Doctor App, Medicoora, Medplace e Mi Agenda). Le altre 25 piattaforme combinano all'offerta di un servizio che prevede la medicina di base anche servizi specialistici come ad esempio pediatria, cardiologia, dermatologia, fisioterapia, pneumologia e altre più specifiche come visite oculistiche, osteopatia e, in una sola piattaforma, *Da Vinci salute*, odontoiatria.

L'incrocio tra gli indicatori mostra che tra le piattaforme che offrono servizi online da remoto solo 3 offrono servizi esclusivamente di medicina di base (tra queste è utile menzionare Medplace che offre servizi di medicina di base e consulti anche per caregiver) mentre quelle che adottano un modello ibrido tendono a integrare una gamma più ampia di prestazioni specialistiche.

Tabella 3: Incrocio modalità di offerta del servizio e tipologia di servizio.

	Online	**Ibrido**	**Totale (%)**
Medicina di base	3 (9%)	3 (9%)	6 (18%)
Varie specializzazioni	10 (33%)	15 (49%)	25 (82%)
Totale	13 (42%)	18 (58%)	31 (100%)

Fonte: elaborazione dell'autore.

L’82% delle piattaforme ha optato per l’offerta di un servizio che prevede varie specializzazioni, di queste il 33% offre servizi solo da remoto mentre il 49% servizi in modalità ibrida.

Questo dato suggerisce che il contatto in presenza rimane centrale soprattutto laddove si renda necessario un percorso diagnostico-terapeutico più articolato e specialistico.

- Indicatore 5: modello di business.

I modelli di business identificati nel campione sono riconducibili principalmente a due categorie:

I. *Business to Business* (B2B): si tratta delle piattaforme che offrono servizi rivolti a soggetti istituzionali, come strutture sanitarie pubbliche o private, case di cura, enti locali o aziende. In questo modello, la piattaforma può agire come intermediario tra il paziente e la struttura sanitaria più idonea alla cura, organizzando la visita o indirizzando i pazienti o effettuando una mediazione tra il professionista della salute (medico, infermiere, OSS) e l'organizzazione o la struttura sanitaria che ne richiede la prestazione.

II. *Business to Consumer* (B2C): queste sono le piattaforme che mettono in contatto diretto i professionisti sanitari con i cittadini e quindi permettono a questi ultimi di selezionare e acquistare autonomamente prestazioni mediche o infermieristiche tramite app o sito web.

Nel campione analizzato, 14 piattaforme (45%) adottano un modello puramente B2C, mettendo in contatto diretto cittadini e professionisti della salute. La quota restante, 17 piattaforme (55%), combina invece componenti B2B e B2C, sviluppando collaborazioni con enti, aziende o strutture sanitarie accanto ai servizi rivolti ai singoli utenti. Non risultano casi di piattaforme esclusivamente B2B. Questa distribuzione mostra come il modello ibrido tenda a prevalere,

segnalando la necessità, nel settore sanitario, di integrare la domanda privata con quella istituzionale per costruire modelli di business più stabili e diversificati.

Tabella 4: Modelli di business.

	Totale	**%**
Solo B2B	0	0%
Solo B2C	14	45%
B2B+B2C	17	55%
Totale	31	100%

Fonte: elaborazione dell'autore.

Incrociando i modelli di business con le tipologie di servizi emergono i seguenti dati: tra le piattaforme che adottano un modello di business B2B+B2C e che offrono servizi online risultano 7 casi. Quelle che hanno un modello B2B+B2C e offrono servizi misti che combinano l'online più la presenza sono 10. Le piattaforme invece che adottano un solo modello di business B2C si dividono tra le 6 che offrono servizi esclusivamente online e le restanti 8 che offrono servizi misti.

Tabella 5: Modelli di Business e tipologie di servizi.

	Online	**Ibrido**	**Totale (%)**
B2B+B2C	7 (24%)	10 (31%)	17 (55%)
B2C	6 (18%)	8 (27%)	14 (45%)
Totale	13 (42%)	18 (58%)	31 (100%)

Fonte: elaborazione dell'autore.

Incrociando inoltre la data di fondazione con il modello di business adottato si può notare non solo come dal 2020, quindi dalla pandemia, vi sia stato un forte implemento delle piattaforme di entrambi i modelli ma anche una crescita in particolare nelle piattaforme esclusivamente B2C.

Tabella 6: Modelli di business per anno di fondazione.

	2008	2013	2015	2020	2021	2022	2023	2024	**Totale**
B2B+B2C	1	2	3	6	2	2	1		17
B2C			1	5	4	1	1	2	14
Totale	1	2	4	11	6	3	2	2	31

Fonte: elaborazione dell'autore.

- Indicatore 6: capitali d'accesso o investimenti iniziali.

L'indicatore relativo ai capitali d'accesso è stato inserito con l'obiettivo di capire come le piattaforme abbiano potuto finanziare le prime fasi di sviluppo e avviare le proprie attività. Dall'analisi condotta sono emerse differenti modalità di finanziamento, in alcuni casi anche combinate.

La forma più diffusa è quella che prevede investimenti da parte di soggetti privati, spesso affiancati da partnership con istituti sanitari pubblici o privati: 23 piattaforme su 31 (pari al 75% del campione) dichiarano infatti questa tipologia di accesso ai capitali. Cinque piattaforme (16%) hanno avviato le attività esclusivamente grazie al contributo economico degli utenti, attraverso abbonamenti o pagamenti per singoli servizi, senza il supporto di investitori esterni. Due piattaforme (6%) hanno fatto ricorso a forme di fundraising, che si riferiscono a campagne di raccolta fondi da parte della collettività tramite canali online, crowdfunding o donazioni strutturate, di solito promosse da associazioni o fondazioni di supporto. Un solo caso nel campione, Banca delle Visite, risulta aver adottato tutte le forme di finanziamento sopra citate: investimenti privati, partnership, fundraising e contributi da parte degli utenti. Questa circostanza la rende un'eccezione rispetto al resto del campione, dove ogni piattaforma tende ad adottare una sola modalità prevalente di finanziamento, senza combinare le diverse fonti.

La presenza di attori finanziari diversi può portare a una varietà di modelli operativi. Le piattaforme finanziate da investitori privati possono concentrarsi su strategie di crescita rapida, mentre quelle

supportate da attori del privato sociale tendono a privilegiare l'accessibilità e l'impatto sociale. Ogni forma di finanziamento ha implicazioni diverse non solo per la sostenibilità economica, ma anche per la missione e i valori delle piattaforme. Le piattaforme che combinano diverse fonti di finanziamento, come nel caso di Banca delle Visite, possono beneficiare di una maggiore resilienza e flessibilità.

Tabella 7: Divisione nelle forme di finanziamento.

	Totale	**%**
Investimenti & Partnership	23	75%
Fundraising	2	6%
Abbonamenti	5	16%
Tutti i modelli	1	3%
Totale	31	100%

Fonte: elaborazione dell'autore.

- Indicatore 7: visibilità dei profili.

L'indicatore identifica la possibilità per gli utenti, nella piattaforma, di consultare il profilo del professionista. Dalla mappatura risulta che in 19 casi su 31 (62%) è prevista una forma di visibilità, mentre in 12 casi (38%) non è disponibile alcuna informazione sul professionista.

Tabella 8: Piattaforme che prevedono la visibilità dei profili.

	Totale	**%**
Profilo visibile	19	62%
Assenza di profilo	12	38%
Totale	31	100%

Fonte: elaborazione dell'autore.

Approfondendo ulteriormente la divisione delle piattaforme con possibilità di visibilità del profilo è possibile effettuare una seconda distinzione: in 14 il profilo è visibile e pubblico senza obbligo di iscrizione alla piattaforma, nelle restanti 5 è obbligatorio iscriversi e accedere per poter visualizzare i profili.

- Indicatore 8: modalità di assegnazione.

Un altro indicatore preso in considerazione riguarda la possibilità da parte dell'utente di scegliere il medico o se questa funzione avviene mediante assegnazione da parte della piattaforma. I dati ci riportano un sistema basato su tre modelli. Il primo, adottato da 14 piattaforme, prevede che sia il cliente a poter scegliere il medico curante. Il secondo riguarda 13 piattaforme e prevede l'assegnazione del medico al paziente senza che questi possa scegliere. Non risulta possibile chiarire i criteri di assegnazione, se non uno legato ai sintomi particolari che il paziente può descrivere e un altro di prossimità rispetto al luogo di residenza del paziente. Esiste una terza possibilità adottata da 4 piattaforme che invece prevede un modello ibrido in cui, nei casi laddove il paziente non effettui o non voglia effettuare una scelta precisa, sia la piattaforma ad assegnare un medico curante in base a patologia esposta e prossimità.

Tabella 9: Modalità di assegnazione

	Totale	**%**
Utente	14	46%
Piattaforma	13	42%
Ibrido	4	12%
Totale	31	100%

Fonte: elaborazione dell'autore.

Tabella 10: Incrocio tra modalità di assegnazione e visibilità del profilo.

Modalità di assegnazione	**Profilo visibile**	**Nessun profilo**	**Totale**
Scelta utente (14)	12	2	14
Assegnazione piattaforma (13)	4	9	13
Modello ibrido (4)	3	1	4
Totale (31)	**19**	**12**	**31**

Fonte: elaborazione dell'autore.

L'incrocio mostra che nelle piattaforme dove è l'utente a scegliere il medico, quasi sempre (12 su 14) i profili sono visibili; nei due casi in cui i profili non sono visibili, i pazienti sono accompagnati nella scelta attraverso un colloquio con il personale della piattaforma (Pazienti.it) oppure da un chatbot (Medicoora). Viceversa laddove è la piattaforma ad assegnare il professionista, prevale l'assenza di trasparenza (9 casi su 13).

Il modello ibrido si colloca in una posizione intermedia, confermando la coerenza tra modalità di assegnazione e livello di visibilità. In sostanza, le piattaforme che attribuiscono maggiore agency all'utente rendono più accessibili le informazioni, mentre quelle che trattengono la regia della relazione medico-paziente limitano l'accesso ai profili.

- Indicatore 9: sistema reputazionale.

Questo indicatore rileva i casi in cui sia presente, nella piattaforma, la possibilità da parte dell'utente di lasciare una recensione o valutazione sull'operato del professionista. Le piattaforme che non presentano meccanismi di valutazione reputazionale sono 6, le restanti 24 invece prevedono la possibilità di valutazioni. In queste 24, solo in 5 casi è possibile visualizzare pubblicamente le recensioni e valutazioni, nelle restanti 19 per poter visualizzare recensioni e commenti è necessario iscriversi o abbonarsi.

Tabella 11: Piattaforme e sistema reputazionale.

	Totale	**%**
Assente	6	19%
Presente e visibili	5	16%
Presente e non visibili	19	61%
Totale	31	100%

Fonte: elaborazione dell'autore.

Tabella 12: Incrocio tra visibilità del profilo e sistema reputazionale.

Visibilità del profilo	Nessun sistema reputazionale	Sistema reputazionale non pubblico	Sistema reputazionale pubblico	Totale
Profilo visibile	4	10	5	19
Profilo non visibile	2	10	0	11
Totale	6	20	5	31

Fonte: elaborazione dell'autore.

L'incrocio tra i due indicatori evidenzia un'omogeneità tra le piattaforme che rendono visibili i profili e che tendono a prevedere sistemi reputazionali pubblici o semi-pubblici e quelle che non mostrano i profili. L'omogeneità di distribuzione è riscontrabile soprattutto per le piattaforme che hanno adottato un sistema reputazionale non pubblico, tra le quali il 50% ha adottato la possibilità di un profilo visibile per i medici e il restante 50% no.

Questa distribuzione omogenea suggerisce che il grado di trasparenza complessiva sia una caratteristica distintiva nonostante le diversità emerse. Alcune piattaforme adottano un modello aperto, in cui l'utente può scegliere in base a curriculum e valutazioni, altre invece mantengono un controllo più forte sull'intermediazione, limitando le informazioni disponibili.

- Indicatore 10: avvio dello scambio.

Questo indicatore identifica l'attore che avvia il contatto tra utente e professionista e che per primo inizia lo scambio. In 26 piattaforme l'utente può scegliere e avviare il contatto con il professionista all'interno della piattaforma. In un caso solo (Pazienti.it) sono i professionisti ad avviare lo scambio con gli utenti che accedono alla piattaforma esponendo il loro caso clinico e nelle restanti 4 piattaforme lo scambio può essere avviato sia dall'utente che dal professionista in quanto sono visibili, dentro la piattaforma, sia i curriculum dei professionisti che le cartelle cliniche dei pazienti.

Tabella 13: Modalità di avvio dell'interazione medico-paziente.

	Tot.	**%**
Medico	1	3%
Utente	26	84%
Medico e utente	4	13%
Totale	31	100%

Fonte: elaborazione dell'autore.

- Indicatore 11: contratto di lavoro

Questo indicatore registra il rapporto contrattuale in essere tra la piattaforma e il professionista. Tutte le piattaforme analizzate si avvalgono della prestazione del medico stipulando con esso un contratto di prestazione di servizio. Nessuna piattaforma ha previsto l'instaurazione di un rapporto di lavoro subordinato, rendendo di fatto il medico un libero professionista esterno.

Questo dato mette in luce diverse particolarità rilevanti.

La prima riguarda la necessità del medico di possedere una Partita IVA, ossia un requisito indispensabile per accedere al servizio di intermediazione offerto dalla piattaforma. Si tratta di un presupposto che, sebbene permetta maggiore flessibilità, trasferisce anche sul professionista gran parte del rischio imprenditoriale (assenza di coperture come ferie, malattia, disoccupazione, ecc.).

In tutte le 31 piattaforme analizzate non è previsto alcun vincolo di esclusiva: i professionisti, in quanto liberi collaboratori con partita IVA, possono offrire i propri servizi contemporaneamente su più piattaforme o presso strutture sanitarie tradizionali.

- Indicatore 12: definizione del prezzo.

Questo indicatore è utile non solo per identificare l'attore che stabilisce il costo del servizio ma anche per definire il grado di controllo, dentro l'assetto organizzativo, che la piattaforma attua definendo il costo di una prestazione effettuata da un libero professionista e mediata dalla piattaforma. In 13 casi è la piattaforma che definisce il costo del servizio, nei restanti 18 casi il costo viene definito dal medico.

Tabella 14: Definizione del costo delle visite.

	Tot	**%**
Piattaforma	13	42%
Medico	18	58%
Totale	31	100%

Fonte: elaborazione dell'autore.

- Indicatore 13: modalità di pagamento.

Questo indicatore analizza le modalità attraverso cui il professionista riceve il compenso per la prestazione erogata e se il pagamento avviene prima o dopo il consulto. In assenza di documentazione contrattuale esplicita, l'analisi si è basata sulle informazioni desumibili dai siti web e dalle app delle piattaforme.

In tutti i casi esaminati, la prestazione viene corrisposta dopo il consulto. Per quanto riguarda i soggetti coinvolti nella transazione economica, in 18 piattaforme (58%) è il medico a ricevere direttamente il pagamento da parte del paziente, presumibilmente tramite sistemi di pagamento integrati nella piattaforma stessa, senza che quest'ultima trattenga alcuna commissione. Nei restanti 13 casi (42%), invece, la piattaforma agisce come intermediario economico. Non è stato possibile verificare se in questi casi la piattaforma effettui una trattenuta sul compenso o gestisca in autonomia il flusso del pagamento prima di trasferirlo al professionista.

Tabella 15: Modalità di pagamento.

	Tot.	**%**
Piattaforma	13	42%
Medico	18	58%
Totale	31	100%

Fonte: elaborazione dell'autore.

Incrociando i modelli di business con la modalità di pagamento emerge un dato piuttosto omogeneo nella sua distribuzione; in entrambi i modelli di business nella maggior parte dei casi infatti è previsto il pagamento direttamente al professionista (10 piattaforme nel modello che combina B2B e B2C e 8 piattaforme che adottano solo il modello B2C).

Tabella 16: Modelli di business e modalità di pagamento.

	Alla Piattaforma	**Al professionista**	**Totale**
B2B+B2C	7	10	17
B2C	6	8	14
Totale	13	18	31

Fonte: elaborazione dell'autore.

- Indicatore 14: ragione sociale.

Su 31 piattaforme individuate, 27 si configurano come S.r.l., i restanti casi si distribuiscono omogeneamente tra altre varie forme; 1 sola piattaforma, *Banca delle visite*, presenta una forma non profit come Ente del terzo settore (Ets) ed è l'unica a finanziarsi attraverso donazioni, attività di crowdfunding e fundraising. Le restanti formule adottate sono S.a.s., S.n.c., S.a.

Tabella 17: Ragione sociale delle piattaforme.

	Tot.	**%**
S.r.l.	27	88%
S.a.	1	3%
Non profit	1	3%
S.a.s.	1	3%
S.n.c.	1	3%
Totale	31	100%

Fonte: elaborazione dell'autore.

- Indicatore 15: app.

Questo indicatore rileva la presenza nella piattaforma di un Mobile App scaricabile su dispositivi mobili. Sono 26 le piattaforme che presentano questa possibilità. Le restanti 5 piattaforme non dispongono di un'app dedicata, ma erogano i propri servizi esclusivamente tramite sito web. In questi casi l'accesso avviene da desktop o da browser mobile, con interfacce in alcuni casi responsive e ottimizzate per smartphone. Questa scelta, che riduce i costi di sviluppo e manutenzione, può però limitare la fruibilità del servizio rispetto a piattaforme che integrano notifiche push, pagamenti in-app e altre funzionalità tipiche delle applicazioni mobili.

1.8 Definire un modello di piattaforma.

La mappatura consente di mettere in evidenza, oltre alle differenze strutturali e organizzative rilevate tramite gli indicatori, anche alcune caratteristiche trasversali che sembrano accomunare la quasi totalità delle piattaforme operanti nel settore della cura alla persona. Questi tratti ricorrenti possono quindi delineare un possibile modello di riferimento, utile a descrivere il funzionamento e la configurazione di queste piattaforme in Italia.

Dal punto di vista organizzativo, tutte le piattaforme adottano una struttura contrattuale flessibile, che si basa su rapporti di collaborazione con medici in possesso di Partita Iva. Un modello quindi che non implica forme di subordinazione ma consente ai professionisti di mantenere la libertà di operare su più piattaforme o presso altre strutture.

Il modello di business che prevale nel campione è quello B2C, che prevede l'interazione diretta tra medico e paziente. Tuttavia, una parte consistente delle piattaforme integra anche la componente B2B, laddove costruisce collaborazioni con enti, aziende o strutture sanitarie.

Dal punto di vista del finanziamento, emerge la centralità degli investimenti privati e delle partnership con attori del settore sanitario, che rappresentano la modalità principale attraverso cui le piattaforme sono state avviate.

Infine, in termini di infrastruttura tecnologica, la maggior parte delle piattaforme analizzate si avvale di applicazioni mobili, che

rappresentano uno strumento funzionale per agevolare l'interazione tra utente e professionista, facilitare le prenotazioni e gestire i pagamenti.

In sostanza, le piattaforme italiane per la cura alla persona sembrano oggi sempre di più convergere verso un modello misto, in cui la dimensione digitale non solo media l'interazione tra domanda e offerta, ma la organizza, filtra e struttura, assumendo una funzione di regolazione indiretta. È da queste premesse comuni che potrà essere costruita una tipologia ragionata delle piattaforme, utile a interpretare le logiche organizzative sottese a questo nuovo mercato della salute.

Tra gli indicatori presi in esame per la mappatura, due risultano particolarmente rilevanti: l'indicatore numero 3, ovvero la modalità di erogazione del servizio (solo online o integrato online e presenza) e l'indicatore numero 12, ovvero la modalità di definizione del prezzo (da parte della piattaforma o del medico). Il primo indicatore introduce una distinzione rilevante tra piattaforme che erogano solo televisite e piattaforme che offrono un servizio di telemedicina che integra e non sostituisce l'intervento in presenza del medico. Il secondo indicatore è rilevante per identificare l'autonomia del medico. Come abbiamo visto, tutti i medici operano come liberi professionisti a partita IVA, quindi l'autonomia è garantita contrattualmente, ma questo indicatore è una proxi importante del livello di autonomia organizzativa.

Incrociando questi due indicatori emergono quattro tipi:

- Il primo è il *platform-driven digital care* dove i servizi sono esclusivamente digitali e la piattaforma definisce il prezzo del compenso[1].

[1] In queste piattaforme prevale il modello B2C; il matching tra medico e paziente viene sempre svolto dalla piattaforma; generalmente non è visibile il profilo del medico e il pagamento viene

- Il secondo modello è il *profession-driven digital care*, dove i servizi sono esclusivamente digitali ma è il medico a definire il costo della visita[2].
- Il terzo modello è il *platform-driven blended care*, dove il profilo del medico generalmente non è visibile, ma in qualche caso il paziente può comunque scegliere il medico e il pagamento viene effettuato sempre alla piattaforma[3].
- Infine, il modello *profession-driven blended care* si caratterizza per una buona presenza di piattaforme B2C, la scelta del medico viene fatta quasi esclusivamente dal paziente, il profilo dei medici è quasi sempre visibile ma in qualche caso manca il sistema reputazionale. Il pagamento viene fatto sempre direttamente ai medici[4].

---

effettuato direttamente alla piattaforma. Questo modello consente una forte scalabilità e un accesso semplificato per i pazienti, aumentando l'efficienza organizzativa grazie al controllo centralizzato della piattaforma. Tuttavia, la relazione tra medico e paziente risulta mediata e potenzialmente impersonale, mentre l'autonomia dei professionisti è ridotta. Inoltre, il modello può accentuare le disuguaglianze digitali tra gli utenti e solleva interrogativi sulla trasparenza dei meccanismi algoritmici di matching e definizione dei prezzi. A questo tipo corrispondono nella mappatura le seguenti 6 piattaforme: Comarch, Diagnostica Medica Veloce, Doctors in Italy, Medplace, Net Medicare, Pyllola Telemedicine.

[2] In queste piattaforme, l'utente sceglie il medico, il cui profilo è sempre visibile e il pagamento viene effettuato direttamente al professionista. In questo caso, l'autonomia professionale è massima e la relazione medico–paziente risulta più diretta e fiduciaria. La visibilità dei profili e il pagamento diretto rafforzano la responsabilità e l'accountability dei professionisti. Al contempo, la scalabilità è limitata rispetto al modello platform-driven e la gestione autonoma delle prestazioni può comportare una maggiore complessità organizzativa e una possibile eterogeneità nella qualità dei servizi offerti. Di questo modello fanno parte le seguenti 7 piattaforme: Dottore online, Hey Medico, Huknow, Idoctors, Mi Agenda, Mio Dottore, Visitami.

[3] Questa configurazione favorisce la continuità assistenziale tra digitale e offline e permette una standardizzazione dei percorsi di cura, garantendo una certa scalabilità. Tuttavia, la relazione paziente–medico rimane mediata dalla piattaforma. L'autonomia professionale è limitata e la dipendenza dalla piattaforma per la gestione di prenotazioni, pagamenti e flussi organizzativi rappresenta un potenziale rischio. Di questo modello sono state identificate le seguenti 7 piattaforme: Banca delle Visite, Da vinci Salute (Elty), Pazienti.it, Pediatotem, Plussimple, Medicoora, Ultraspecialisti.

[4] Questo modello garantisce la massima autonomia dei medici e favorisce una relazione diretta e fiduciaria con gli utenti. L'integrazione tra digitale e presenza consente di assicurare continuità assistenziale e qualità percepita del servizio. Tuttavia, la scalabilità è più limitata, la gestione organizzativa più complessa e, in alcuni casi, l'assenza di sistemi reputazionali o di coordinamento centralizzato può generare disomogeneità nella qualità complessiva dei servizi. Di questo modello

Tabella 18: Modelli di piattaforma.

	Centralizzato (prezzo definito dalla piattaforma)	**Decentralizzato (prezzo definito dal medico)**
Solo online	*Platform-driven digital care* – 6 piattaforme (Comarch, Diagnostica Medica Veloce, Doctors in Italy, Medplace, Net Medicare, Pyllola Telemedicine)	*Profession-driven digital care* – 7 piattaforme (Dottore online, Hey Medico, Huknow, Idoctors, Mi Agenda, Mio Dottore, Visitami)
Integrato online e presenza	*Platform-driven blended care* – 7 piattaforme (Banca delle Visite, Da vinci Salute (Elty), Pazienti.it, Pediatotem, Plussimple, Medicoora, Ultraspecialisti)	*Profession-driven blended care*– 11 piattaforme (Cupsolidale, Doctolib, Doctor App, Fisioterapia Online, Hexagon, Hope, Doctorium, Lami, Medicilio, Miopediatra, Top Doctors)

Fonte: elaborazione dell'autore.

Questa tipologia non esaurisce la varietà osservabile nel settore, ma restituisce una griglia interpretativa iniziale che permette una lettura comparativa dei modelli organizzativi e delle logiche di funzionamento delle piattaforme.

L'incrocio tra indicatori e i quattro modelli di piattaforme elaborati permette di elaborare alcune variabili utili per approfondire l'analisi.

- Modelli di piattaforme e tipologia di servizio (indicatore 4).

Un numero maggiore di piattaforme si colloca nel modello *profession-driven blended care*; le piattaforme che integrano servizi online e in presenza e in cui il prezzo viene definito dal professionista

fanno parte le seguenti 11 piattaforme: Cupsolidale, Doctolib, Doctor App, Fisioterapia Online, Hexagon, Hope, Doctorium, Lami, Medicilio, Miopediatra, Top Doctors.

sono anche quelle che offrono l'opportunità di accedere a diverse specializzazioni oltre che ai servizi di medicina di base.

Tabella 19: Modelli di piattaforme per tipologie di servizi.

	platform-driven digital care	**profession-driven digital care**	**platform-driven blended care**	**profession-driven blended care**	**Totale**
Indicatore 4-Tipologia di servizi					
Medicina di base	2	1	2	1	6
Varie specializzazioni	4	6	5	10	25
Totale	6	7	7	11	31

Fonte: elaborazione dell'autore.

- Incrocio tra modelli di piattaforme e visibilità del profilo (indicatore 7).

Le piattaforme del modello *profession-driven digital care* che prevedono la visibilità del profilo sono 7 mente per il *profession-driven blended care* 11.

Tabella 20: Visibilità del profilo nei modelli di piattaforme.

	platform-driven digital care	**profession-driven digital care**	**platform-driven blended care**	**profession-driven blended care**	**Totale**
Indicatore 7-visibilità del profilo					
Visibile	1	7	2	9	19
Assente	5	0	5	2	12
Totale	6	7	7	11	31

Fonte: elaborazione dell'autore.

Queste variabili suggeriscono alcune considerazioni riguardo il fatto che la visibilità del profilo e di conseguenza anche la visibilità del costo della potenziale visita possa influenzare la scelta dell'utente ed essere un potenziale criterio di selezione. Di contro, anche per i

professionisti la possibilità di rendere visibile il costo della visita può essere un elemento che va a definirne il costo.

- Modelli di piattaforme e sistema reputazionale (indicatore 9).

La distribuzione della presenza di un sistema reputazionale segue la distribuzione della possibilità di visibilità dei profili caratterizzando la particolarità organizzativa delle piattaforme in cui è possibile visualizzare il profilo del professionista e poi rilasciare una recensione o valutazione in merito alla prestazione effettuata

Tabella 21: Sistema reputazionale nei modelli di piattaforme.

	platform-driven digital care	**profession-driven digital care**	**platform-driven blended care**	**profession-driven blended care**	**Totale**
Indicatore 9-sistema reputazionale					
Si visibile	0	2	0	3	5
Si, non visibile	5	4	6	4	19
No	1	1	1	4	7
Totale	6	7	7	11	31

Fonte: elaborazione dell'autore.

Le piattaforme che adottano un sistema reputazionale non visibile sono rintracciabili in tutti e 4 i modelli, ciò non è così rispetto alle piattaforme che invece adottano un sistema reputazionale visibile. Solo nei casi delle piattaforme *profession-driven digital care* e in quelle

profession-driven blended care il sistema è visibile. Questo elemento va a rafforzare il fatto che le recensioni degli utenti possono nutrire e aumentare meccanismi reputazionali che accrescono visibilità e notorietà dei medici.

- Modelli di piattaforme e avvio dello scambio (indicatore 10).

L'incrocio mostra come in un solo caso, nel modello *platform-driven blended care*, il primo contatto e l'avvio dello scambio tra utente e piattaforma avviene dalla piattaforma, in tutti l'avvio dello scambio parte dall'utente.

Tabella 22: Avvio dello scambio nei modelli di piattaforma.

	platform-driven digital care	**profession-driven digital care**	**platform-driven blended care**	**profession-driven blended care**	**Totale**
Indicatore 10-avvio dello scambio					
Utente	6	5	6	9	26
Piattaforma	0	0	1	0	1
Ibrido Utente/piattaforma	0	2	0	2	4
Totale	6	7	7	11	31

Fonte: elaborazione dell'autore.

Questo dato suggerisce quella dinamica pervasiva di coinvolgimento di tutti gli attori sociali messa in campo dalle piattaforme. Il paziente esercita un ruolo attivo non solo riguardo alla

scelta del medico ma, nella maggioranza dei casi, anche di attore che da inizia allo scambio.

1.9 Caratteristiche a confronto delle piattaforme analizzate.

Le piattaforme sanitarie in Italia stanno evolvendo verso un modello integrato e multi-funzionale, basato sulla tecnologia che mira a ottimizzare servizi di ricerca, intermediazione e matching tra pazienti e medici. È essenziale che, nel delineare il futuro della sanità digitale, si considerino le specificità locali e si favorisca un dialogo costante tra i vari attori coinvolti, per garantire che l'innovazione tecnologica vada di pari passo con il miglioramento della qualità delle cure e della soddisfazione dei pazienti. La mappatura delle piattaforme italiane operanti nel settore della cura alla persona, riportata nel presente capitolo, mette in luce alcune caratteristiche comuni che definiscono un modello di riferimento per il funzionamento di queste entità. Le piattaforme adottano una struttura contrattuale flessibile, consentendo ai medici di lavorare come liberi professionisti e di collaborare con più strutture. Il modello di business predominante è il B2C, ma molte piattaforme integrano anche componenti B2B attraverso collaborazioni con enti e strutture sanitarie. Il finanziamento delle piattaforme si basa principalmente su investimenti privati e partnership con attori del settore sanitario. La tecnologia gioca un ruolo cruciale, con l'uso di applicazioni mobili per facilitare l'interazione tra utenti e professionisti, gestire prenotazioni e pagamenti.

Oltre a questo, l’individuazione dei 4 modelli idealtipici che combinano servizi esclusivamente online o da remoto con la possibilità di definizione del costo della visita, e il conseguente incrocio di questi modelli con gli indicatori ha permesso di costruire una fotografia delle

caratteristiche organizzative e funzionali delle piattaforme digitali che, come osservato, non sono un semplice strumento di intermediazione, ma rappresentano un cambiamento paradigmatico nella relazione tra pazienti e professionisti. L'adozione di tecnologie digitali ha abbattuto barriere geografiche e temporali, consentendo un accesso più immediato e diretto ai servizi sanitari. Tuttavia, questo cambiamento ha portato con sé anche sfide significative, come la gestione dei dati sensibili e la necessità di garantire la qualità delle prestazioni.

Le analisi condotte mostrano come le piattaforme digitali nel settore sanitario non possano essere considerate come un modello unico e omogeneo. Al contrario, emerge una pluralità di configurazioni, ciascuna caratterizzata da specifiche modalità di governance e di erogazione dei servizi, che influenzano in modo differente sia le condizioni di lavoro dei medici sia l'esperienza dei pazienti. Riconoscere e distinguere i diversi tipi di piattaforma consente di comprendere meglio le dinamiche di autonomia professionale, controllo algoritmico e partecipazione del paziente, evitando semplificazioni che rischierebbero di oscurare le implicazioni reali dei modelli digitali.

La tipologia di piattaforme analizzate fornisce una griglia interpretativa utile per comprendere le logiche organizzative nel nuovo mercato della salute in Italia. L'analisi degli indicatori, come la modalità di erogazione del servizio, la visibilità del profilo del medico e la presenza di un sistema reputazionale, contribuisce a delineare le differenze tra i modelli e a suggerire che le piattaforme profession-driven tendono a offrire maggiore autonomia ai medici e a integrare servizi diversificati. L'interazione tra utenti e piattaforme è prevalentemente attivata dagli utenti, evidenziando il loro ruolo attivo

nel processo di scelta e di avvio dello scambio e la visibilità del profilo e del costo delle visite può influenzare le decisioni degli utenti, mentre i sistemi reputazionali visibili contribuiscono a costruire la fiducia e la reputazione dei professionisti. La diversificazione dei modelli ha inoltre conseguenze concrete: nei contesti più centralizzati, il ruolo del medico può risultare mediato o subordinato alle logiche della piattaforma, con implicazioni sulla libertà decisionale e sull'organizzazione del lavoro, mentre i pazienti beneficiano di una maggiore rapidità e accesso standardizzato ai servizi. Al contrario, nelle piattaforme che privilegiano l'autonomia professionale e la scelta diretta del medico, la relazione fiduciaria e la qualità percepita del servizio risultano più elevate, ma la gestione dei flussi organizzativi e la scalabilità possono risultare più complesse. Le piattaforme sanitarie italiane presentano una varietà di modelli operativi, che spaziano da servizi completamente digitali a modalità ibride che integrano consulenze online e visite in presenza. Questo approccio misto permette di soddisfare le diverse esigenze dei pazienti, adattandosi alle specificità del contesto italiano, caratterizzato da una forte diversità territoriale e culturale.

Capitolo 2. Piattaforme digitali per la salute: progettazione, funzionamento e logiche relazionali.

Lo scopo del secondo capitolo è approfondire il funzionamento delle piattaforme digitali attive nel settore sanitario, con un focus particolare su come esse siano progettate, su quali relazioni attivino tra i soggetti coinvolti e sulle logiche che ne guidano l'operatività quotidiana. Questo secondo capitolo assume quindi un taglio empirico laddove ricostruisce da vicino quattro casi studio significativi, individuati tra le piattaforme nei quattro modelli idealtipici teorizzati nel capitolo precedente: Doctolib, Idoctors, Doctorium e Cup Solidale. Questa indagine si è avvalsa di una metodologia qualitativa, fondata sull'analisi desk (siti ufficiali, documenti pubblici, comunicati stampa) e sulla conduzione di interviste semi-strutturate con i fondatori o dirigenti delle piattaforme. Si è quindi scelto un approccio che consentisse di osservare le piattaforme non solo come strumenti tecnici o ambienti digitali, ma come veri e propri dispositivi socio-tecnici capaci di strutturare e rimodellare e pratiche mediche e le interazioni tra utenti e professionisti.

Il capitolo è strutturato in tre sezioni principali, ognuna delle quali dedicata ad un aspetto distintivo del funzionamento delle piattaforme.

Nella prima parte sono quindi descritte le modalità di ideazione, sviluppo e consolidamento dei progetti imprenditoriali. L'attenzione maggiore è posta sui profili dei fondatori, sulle motivazioni che hanno spinto alla nascita della piattaforma e sui criteri adottati per il reclutamento e la selezione dei medici. Si mette in evidenza come il

grado di selettività, la presenza (o assenza) di controlli sul percorso formativo, e l'impostazione contrattuale con i professionisti possano variare significativamente da una piattaforma all'altra.

La parte che segue si focalizza sugli strumenti messi a disposizione sia dei medici che dei pazienti: gestione dell'agenda, sistemi di messaggistica, spazi per la condivisione di documentazione clinica, video-consulti, visibilità del curriculum, sistemi di pagamento. In questa parte vengono analizzate anche le scelte operate rispetto a meccanismi di rating e feedback.

L'ultima parte del capitolo discute le modalità attraverso cui le piattaforme costruiscono un ambiente percepito come affidabile, attraverso elementi come la trasparenza, l'omogeneizzazione dei profili professionali, la cura dell'interfaccia e l'accessibilità. Il focus è sul design come infrastruttura relazionale e sulla capacità della piattaforma di orientare comportamenti e aspettative. Ciò che il presente capitolo vuole indagare riguarda l'evoluzione organizzativa e l'impatto di questa sulle logiche relazionali tra piattaforme medici e utenti.

2.1 Introduzione: espansione e offerta delle piattaforme digitali nel settore e-Health.

Le piattaforme digitali nel settore sanitario stanno conoscendo in Italia una rapida espansione — come documentato dalla mappatura e dall'analisi del capitolo precedente — e contribuiscono in modo significativo a ridefinire le modalità di accesso ai servizi sanitari, offrendo soluzioni innovative per la gestione delle cure mediche. Queste piattaforme consentono la prenotazione di appuntamenti, la consultazione online e la gestione digitale delle cartelle cliniche, migliorando l'efficienza complessiva del sistema, ampliando l'accessibilità per i pazienti e riducendo i tempi d'attesa, in un'ottica di semplificazione dei processi di cura (Faggini, Parziale, Cosimato 2021).

Secondo l'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano (2024), gli investimenti in sanità digitale in Italia hanno raggiunto i 2,47 miliardi di euro, con una crescita del 12 % rispetto al 2023, a conferma del forte impulso innovativo che sta interessando il settore. Lo stesso Osservatorio rileva che il 36 % dei medici specialisti e il 52 % dei medici di medicina generale hanno già effettuato almeno un video consulto, mentre il 30 % e il 46 %, rispettivamente, utilizzano servizi di monitoraggio (Osservatorio Sanità Digitale, 2024; Panorama della Sanità, 2024).

Il Rapporto "La Sanità Digitale in Italia e i principali ambiti di innovazione" (Osservatori Digital Innovation, 2024) evidenzia inoltre che la digitalizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e delle cartelle cliniche rappresenta uno dei pilastri della trasformazione del

sistema sanitario nazionale. Parallelamente, le analisi di mercato segnalano che il comparto italiano dell'e-health e delle piattaforme sanitarie digitali è ormai valutato intorno ai 5 miliardi di dollari, a testimonianza della crescente rilevanza economica del settore (Ken Research, 2024).

Nel loro insieme, questi dati confermano che le piattaforme digitali non rappresentano più una componente marginale del sistema sanitario, ma un'infrastruttura emergente che sta progressivamente trasformando la relazione tra pazienti, professionisti e istituzioni, inaugurando nuove modalità di erogazione e fruizione della cura.

Sempre dalla mappatura è emersa la combinazione di servizi di telemedicina con la possibilità di prenotare visite in presenza e di avere consulti medici o ricette. Il presente capitolo vuole indagare, attraverso l'analisi di 4 casi studio, la strutturazione, i meccanismi e i processi messi in campo dalle piattaforme digitali del settore sanitario al fine di ampliare la propria rete e migliorare i servizi offerti nel rapporto coi pazienti e come la combinazione di questi elementi stia contribuendo non solo all'espansione delle piattaforme ma anche all'ampliamento dell'offerta che esse promuovono nel settore e-Health (Rapa, 2022).

In questo senso, il capitolo si propone di approfondire in che modo le piattaforme digitali di cura mediano concretamente la relazione tra medico e paziente, analizzando le logiche organizzative e relazionali che ne sostengono il funzionamento. Particolare attenzione sarà dedicata alle strategie attraverso cui le piattaforme costruiscono e consolidano la propria rete di professionisti e utenti, delineando forme inedite di intermediazione tra offerta e domanda di servizi sanitari. Un ulteriore obiettivo è comprendere quali strumenti e processi digitali vengano mobilitati per assicurare qualità, continuità ed efficacia della

cura — dal sistema di prenotazione e gestione dei dati clinici alle modalità di verifica delle competenze professionali e di monitoraggio dell'esperienza dell'utente. Infine, il capitolo indaga come queste piattaforme contribuiscano a riconfigurare l'accesso ai servizi sanitari, ridefinendo non solo le pratiche di cura ma anche il significato stesso di "cura" nel contesto di un ecosistema digitale sempre più esteso e pervasivo.

Seguendo questa prospettiva, lo scopo del capitolo è quello di proporre un approfondimento qualitativo e interpretativo delle dinamiche osservate nella mappatura quantitativa, in modo da valorizzare la varietà dei modelli e cercando di mettere in luce le implicazioni più profonde del processo di "platformizzazione" del sistema sanitario.

2.2 Individuazione dei casi studio.

Analizzando i risultati emersi dalla mappatura delle 31 piattaforme e dalla costruzione dei quattro modelli idealtipici di piattaforme, è stato possibile applicare una serie di criteri specifici finalizzati all'individuazione e selezione dei casi studio da approfondire nel presente capitolo.

Nella ricerca sociologica l'utilizzo dei casi studio rappresenta una strategia metodologica particolarmente efficace per analizzare fenomeni complessi all'interno del loro contesto reale. Come sottolinea Yin (2018), il caso studio consente di indagare processi sociali e organizzativi difficilmente isolabili attraverso metodi quantitativi, permettendo al ricercatore di cogliere le relazioni tra attori, istituzioni e dispositivi tecnologici. In modo analogo, altri autori hanno evidenziato come l'analisi comparativa di casi rappresenti uno strumento utile per comprendere la varietà delle configurazioni organizzative presenti in un determinato campo sociale (Gerring, 2007; Flyvbjerg, 2006). In modo analogo, altri autori hanno evidenziato come l'analisi comparativa di casi rappresenti uno strumento utile per comprendere la varietà delle configurazioni organizzative presenti in un determinato campo sociale (Gerring, 2007; Flyvbjerg, 2006). Analizzare dei casi studio rappresenta, dunque, una scelta epistemologica necessaria soprattutto laddove l'obiettivo consiste nel penetrare la densità dei processi organizzativi che caratterizzano le piattaforme sanitarie, andando oltre la superficie delle architetture tecniche. Un simile approccio consente di osservare il modo in cui le logiche astratte della digitalizzazione vengano effettivamente negoziate, tradotte o contestate nelle pratiche

quotidiane degli attori, rendendo visibili quegli aspetti dell'agire professionale che sfuggirebbero a una rilevazione puramente quantitativa (Bonifacio, 2024). Pertanto, il ricercatore, studiando ed analizzando casi specifici, può isolare variabili critiche come il cambiamento delle gerarchie interne, l'emergere di nuove forme di discrezionalità medica o le resistenze culturali all'uso di algoritmi diagnostici, mantenendo una visione olistica del fenomeno. In questo senso, il caso studio non viene inteso come una semplice esemplificazione, ma come un'unità di analisi profonda capace di generare ipotesi teoriche robuste sulla natura stessa della cura nel contesto della trasformazione digitale italiana.

L'obiettivo di questa fase della ricerca è stato quello di costruire un campione intenzionale (Corbetta, 1999), orientato non alla rappresentatività statistica, ma alla significatività teorica dei casi al fine di rispondere alla domanda di ricerca che orienta questa sezione del lavoro, ovvero come le piattaforme digitali operanti in ambito sanitario strutturano il proprio modello organizzativo, formano il rapporto con i professionisti e ampliano la propria offerta di servizi per rispondere alla domanda di cura dei pazienti?

Per lo scopo sono state selezionate alcune piattaforme significative rispetto anche agli interrogativi posti in precedenza. In particolare, la scelta dei casi risponde all'esigenza di approfondire come le piattaforme digitali di cura mediano la relazione tra medico e paziente, come organizzano la propria rete di professionisti e utenti, quali strumenti digitali utilizzano per garantire qualità e continuità del servizio e in che modo contribuiscono a riconfigurare l'accesso e la fruizione delle cure sanitarie.

La selezione si è basata, oltre che sui criteri teorici delineati in precedenza, su tre elementi empirici rilevati durante la fase di analisi desk. In primo luogo, è stata considerata la notorietà online, misurata attraverso il posizionamento sui principali motori di ricerca (Google) digitando parole chiave come "prenotazione visita medica online" e "piattaforma telemedicina", che restituiscono sistematicamente tra i primi risultati proprio le piattaforme sopra citate. In secondo luogo, si è valutata l'ampiezza della rete di medici e pazienti, sulla base dei dati dichiarati pubblicamente sui siti istituzionali, nei comunicati stampa o nei materiali informativi. Infine, è stato considerato il numero di strutture affiliate o digitalizzate, rilevato attraverso fonti ufficiali e documenti promozionali, come indicatore del grado di consolidamento organizzativo e tecnologico.

Tali elementi empirici, incrociati con i criteri teorici precedentemente illustrati, hanno consentito di individuare un gruppo di piattaforme che rappresentano le esperienze più consolidate e strutturate tra le trentuno inizialmente mappate. Esse risultano, al tempo stesso, le più utilizzate e riconoscibili da parte del pubblico, configurandosi come casi paradigmatici per osservare le logiche di funzionamento e le strategie di intermediazione che caratterizzano il settore[5].

Partendo proprio dai quattro modelli teorizzati, ovvero piattaforme con modello *platform-driven digital care*, *profession-driven digital care* e modello *platform-driven blended care* e

[5] La ricerca condotta nel giugno 2024 mediante Google con le parole chiave "prenotazione visita medica online" e "piattaforma telemedicina" ha restituito, tra i primi risultati organici, le piattaforme MioDottore, Dottori.it, Pazienti.it.

profession-driven blended care, sono state ricercate per la selezione le piattaforme più rispondenti ai seguenti criteri:

- la varietà nei modelli di business (B2B, B2C o misti);
- la differente dimensione operativa (locale, nazionale o multinazionale);
- la data di fondazione e la maturità dell'offerta;
- la rappresentatività rispetto alle configurazioni emerse nella mappatura;
- la rilevanza strategica nel panorama italiano per diffusione, innovazione o posizionamento.

Questi criteri sono stati scelti in relazione diretta alle domande di ricerca, con l'obiettivo di individuare piattaforme che potessero restituire un quadro articolato delle modalità con cui l'intermediazione digitale ridefinisce il campo della cura. In linea con l'approccio del case study multiplo (Yin, 2018; Stake, 1995), sono stati privilegiati quei casi in grado di massimizzare la variabilità rispetto ai criteri individuati, così da cogliere la pluralità di modelli organizzativi e relazionali che caratterizzano il panorama italiano.

In una prima fase, erano state individuate sei piattaforme particolarmente rilevanti e utili a garantire la massima rappresentatività teorica rispetto al panorama complessivo delle piattaforme: Net Medicare, Dottore Online, Pazienti.it, Doctor App, Top Doctors e Dottors in Italy. Esse si distinguevano per la varietà di assetti e per il differente grado di maturità tecnologica e di penetrazione del mercato. Net Medicare e Doctors in Italy rappresentano esempi di piattaforme riconducibili al modello di piattaforme *platform-driven digital care*.

Dottore Online si colloca invece nel modello teorizzato come modello *profession-driven digital care*, orientato a un servizio ad alta digitalizzazione. Pazienti.it si colloca nel modello *platform-driven blended care* e costituisce un caso di piattaforma specializzata nel supporto alla cura di base e specialistica, mentre Doctor App rientra nel modello *profession-driven blended care* e offre un modello di intervento digitale focalizzato sulla prevenzione e sul monitoraggio clinico a distanza, rappresentando un'espressione del paradigma della telemedicina applicata alla gestione della salute. Tuttavia, nel corso della ricerca, il livello effettivo di accessibilità ai dati e agli interlocutori si è rivelato un elemento determinante per la prosecuzione dell'analisi. Alcune piattaforme, pur risultando inizialmente rilevanti sotto il profilo teorico, non hanno fornito riscontro alle richieste di contatto o non hanno reso disponibili informazioni sufficienti per un'analisi qualitativa approfondita. Alcune non hanno fornito riscontro alle richieste di contatto o non hanno garantito l'accesso ai dati necessari per una ricostruzione dettagliata dei processi organizzativi e delle strategie di sviluppo. Alla luce di tali vincoli, il campo d'indagine è stato progressivamente ristretto alle piattaforme per le quali è stato possibile ottenere un adeguato livello di accesso e di collaborazione, sia in termini di dati pubblici sia di disponibilità a interviste dirette con gli attori chiave. Sono stati selezionati per l'analisi approfondita quei casi che, oltre a soddisfare i criteri teorici, garantivano una fattibilità empirica adeguata, assicurando la possibilità di raccogliere informazioni dirette e comparabili sui modelli di funzionamento. Tale approccio consente di mantenere una coerenza metodologica con le finalità del capitolo: comprendere, attraverso una lettura qualitativa e comparativa, come le piattaforme digitali italiane si differenzino per

logiche organizzative, strumenti tecnologici e modalità di interazione, e in che misura tali differenze riflettano modelli emergenti di governance della cura nel contesto digitale. Pertanto, la selezione finale dei casi è stata determinata anche da un ulteriore criterio operativo: la possibilità di accedere a informazioni approfondite tramite interviste dirette con dirigenti o responsabili delle piattaforme (Creswell, 2013). Oltre a questo, il criterio della rilevanza (Yin, 2018), inteso come capacità dei casi di contribuire alla comprensione del fenomeno oggetto di studio, è stato adottato come elemento alla base della strategia di campionamento intenzionale.

Le quattro piattaforme che hanno garantito tale disponibilità e che sono state quindi incluse come casi studio sono: Doctolib, Idoctors, Doctorium e CupSolidale. Oltre a essere tra le realtà più strutturate nel panorama italiano, queste piattaforme hanno risposto positivamente in tempi rapidi e hanno permesso lo svolgimento di interviste in profondità e la raccolta di dati qualitativi utili all'analisi.

Doctolib, come emerso dalla mappatura, è l'unica piattaforma del campione con una dimensione multinazionale: fondata in Francia, è oggi presente anche in Germania, Italia e Paesi Bassi. I dati dichiarati nella homepage ufficiale del sito indicano oltre 70 milioni di pazienti e 156.000 professionisti sanitari registrati a livello europeo.

Idoctors, sebbene vanti una rete inferiore in termini assoluti, dichiara sul proprio portale la presenza di 10.000 medici professionisti attivi. È risultata essere, come emerso dalla mappatura, la piattaforma più longeva tra quelle esaminate, in quanto operativa dal 2008.

Doctorium si distingue per una dichiarata rete di 16.000 pazienti registrati (dato tratto dalla sezione "chi siamo" del sito web), mentre CupSolidale – pur essendo una piattaforma più recente – si segnala per

aver digitalizzato oltre 4.700 cliniche sanitarie private in tutta Italia, come riportato sulla propria homepage. La scelta di includere quest'ultima piattaforma risponde anche a un criterio di unicità: diversamente dalle altre realtà, CupSolidale concentra la propria attività principalmente sulle strutture sanitarie private, pur mantenendo servizi anche per i singoli professionisti e in stretto legame con il territorio, la Toscana, in cui opera.

Idoctors incarna il modello della piattaforma *profession-driven digital care* fondato su una logica che facilita l'incontro online tra domanda e offerta di prestazioni sanitarie. Doctolib e Doctorium si collocano nel modello *profession-driven blended care* e rappresentano il modello di piattaforma che concentra la propria offerta e attività sulla possibilità di consulti medici online o in presenza, di cui il costo viene definito dal professionista, sulla produzione e diffusione di contenuti medico-scientifici, su un modello misto di business e sull'empowerment dell'utente. Anche Cup Solidale si colloca nel modello *profession-driven blended care* pur mantenendo una logica territoriale e regionale e adottando un approccio che predilige l'offerta di servizi a strutture e ambulatori.

In tal modo, i casi selezionati riflettono due delle quattro categorie teorizzate nel capitolo precedente e permettono anche di osservare empiricamente come tali modelli possano intersecarsi e coesistere nel contesto italiano. L'analisi comparativa che segue mira quindi a verificare la tenuta di questa classificazione e a metterne in luce le eventuali evoluzioni, ibridazioni e ridefinizioni operative.

Le analisi dei casi studio sono state costruite attorno a cinque elementi che hanno definito il filo conduttore delle interviste fatte ai Ceo e amministratori delle piattaforme:

Il primo riguarda la mission e la visione imprenditoriale. Ogni intervista è partita dalla ricostruzione della volontà del fondatore, volendo mettere in evidenza le motivazioni iniziali e gli obiettivi di lungo termine. Il secondo riguarda invece la struttura e il funzionamento della piattaforma. In tutti e quattro i casi si va al di là della semplice intermediazione tra medico e paziente, includendo funzioni di gestione, monitoraggio e in alcuni casi anche controllo delle prestazioni. Il terzo elemento ha voluto indagare il rapporto con i professionisti, dalle modalità di selezione (colloqui, criteri di accesso) alla definizione di regole operative, tema che sarà ulteriormente sviluppato nel capitolo successivo. Il quarto analizza il sistema di valutazione dei medici, presente in tutte le piattaforme ma implementato con logiche e strumenti differenti. E infine, il quinto riguarda la gestione della privacy e dei dati sensibili dei pazienti, ambito in cui sono poi emersi approcci e soluzioni differenti tra i casi analizzati.

Come già sottolineato sopra, i casi studio sono stati analizzati attraverso l'esame delle informazioni disponibili sui siti web delle piattaforme, dei materiali informativi e promozionali pubblicati dalle aziende e di altre fonti documentali disponibili pubblicamente. Questa analisi documentale è stata integrata con i dati raccolti attraverso le interviste ai professionisti sanitari che utilizzano tali piattaforme, consentendo di mettere in relazione la dimensione organizzativa delle piattaforme con le esperienze e le percezioni degli attori coinvolti. L'analisi dei casi studio rappresenta quindi un passaggio fondamentale per comprendere come le piattaforme digitali operino concretamente nel settore sanitario e quali effetti producano sulle modalità di esercizio delle professioni mediche e sulla relazione tra professionisti e pazienti.

2.2.1 Disegno della Ricerca.

Per poter approfondire il funzionamento e le strategie delle piattaforme selezionate, sono state realizzate quattro interviste semi-strutturate rivolte a dirigenti e/o responsabili organizzativi. La scelta di questa tecnica si fonda sui vantaggi che essa offre nella ricerca qualitativa: questo approccio permette di bilanciare direttività e flessibilità (Montesperelli, 1998), e ciò consente da un lato di esplorare temi definiti in anticipo e comuni a tutti i casi, dall'altro di aprire lo spazio a nuove dimensioni di senso emerse in modo del tutto spontaneo nel corso del dialogo (Della Porta, 2010). I dirigenti delle piattaforme sono stati contattati attraverso modalità diverse a seconda dei casi. Per Doctolib il contatto è avvenuto per via informale, sfruttando una conoscenza pregressa. Per le altre piattaforme, invece, è stato seguito un percorso più strutturato: a partire da una ricerca desk dei riferimenti ufficiali, è stata inviata una prima email di presentazione del progetto, seguita da un contatto telefonico ai numeri verdi indicati sui rispettivi siti istituzionali. In tale occasione è stata formulata una richiesta esplicita di intervista volta a raccogliere informazioni su struttura, mission e funzionamento delle piattaforme. Hanno risposto positivamente e preso parte alle interviste i rappresentanti di Doctorium, iDoctors e CupSolidale. Le interviste sono dunque state tutte registrate e trascritte per consentire una più completa analisi del contenuto. Contattati gli intervistati è stato necessario fissare un appuntamento tramite Google Meet, strumento col quale sono poi state

effettuate le interviste che hanno avuto una durata media di 50 minuti l'una.

Il lavoro di ricerca sul campo è stato sviluppato in linea con i seguenti obiettivi: analizzare il funzionamento della piattaforma, la logica di gestione del rapporto coi professionisti e la loro valutazione, evidenziandone caratteristiche e contraddizioni. La traccia delle interviste è stata elaborata partendo dall'analisi della letteratura e suddivisa in tre livelli analitici: l'origine della piattaforma, il reclutamento dei professionisti e le dinamiche di matching tra medici e pazienti. Sono state condotte quattro interviste semi-strutturate, realizzate sulla base di una traccia predefinita di argomenti, ma lasciando ampio spazio alla possibilità di approfondire temi emersi spontaneamente nel corso della conversazione. Questo approccio ha permesso una combinazione tra elementi direttivi e non direttivi, secondo un principio di flessibilità tipico della ricerca qualitativa (Cardano 2011).

Come anticipato sopra, si è optato per il metodo della intervista semi-strutturata in quanto è uno strumento particolarmente adatto se l'obiettivo è quello di indagare la prospettiva soggettiva degli intervistati: questa permette infatti di far emergere visioni, interpretazioni e narrazioni personali sul contesto di riferimento. Questa modalità di raccolta di informazione si è dunque rivelata utile per esplorare il significato che gli attori attribuiscono alla piattaforma in cui operano, al modello organizzativo adottato e alla loro esperienza diretta all'interno del settore sanitario digitale.

Le interviste si sono infatti rivelate funzionali a rispondere alla domanda di ricerca perché hanno consentito di accedere direttamente

alle esperienze e alle prospettive soggettive degli attori coinvolti, senza imporre a priori griglie interpretative rigide o categorie prestabilite (Kelly in Bourgeault et al., 2010). Lo strumento si è rivelato utile a far emergere le prospettive soggettive degli attori coinvolti, la loro esperienza diretta nel contesto operativo e il significato che questi ultimi attribuiscono alle proprie scelte organizzative e gestionali (Bichi, 2002; Kelly in Bourgeault et al., 2010) e ha permesso di cogliere il significato che i partecipanti attribuiscono alle pratiche, ai processi e al contesto in cui operano, in linea con i principi della ricerca qualitativa interpretativa.

2.3 Primo caso: Doctolib.

Il primo caso approfondito riguarda la piattaforma Doctolib. La piattaforma fa riferimento al modello idealtipico *profession-driven blended care*, teorizzato in precedenza. È stato possibile recuperare in modo informale, attraverso conoscenze comuni, il contatto con la Operation Analyst della piattaforma. L'intervista semi-strutturata è durata 50 minuti ed è stata condotta in data 13 Gennaio 2025. I dati raccolti sono stati utili al fine di ricostruire non solo la storia e le dinamiche di sviluppo che la piattaforma ha seguito negli anni ma anche la strutturazione interna e le modalità di gestione dei rapporti professionali in particolare con i medici che si sono iscritti alla piattaforma e con la quale collaborano. L'intervistata non ha potuto fornire tutte le informazioni richieste motivando il rifiuto di alcune risposte da logiche di privacy interna e politiche di gestione aziendale. Nonostante ciò, i dati raccolti hanno comunque potuto restituire una fotografia completa della piattaforma e delle sue modalità di azione.

2.3.1 Nascita e mission.

Doctolib viene fondata in Francia nel 2013 da Stanislas Niox-Chateau, nato nel 1988, Jessy Bernal, classe 1990, Steve Abou Rjeily, anch'esso nato nel 1990 e Ivan Schneider, nato nel 1985. Le dichiarazioni rilasciate da Ivan Schneider nel 2015[3] parlano di una piattaforma pensata per rispondere alle problematiche generate dalle disfunzioni del sistema sanitario pubblico come lunghe attese, ricerca di uno specialista adatto, ritardi e disagi nella prenotazione di una visita. Dalle dichiarazioni emerge che la volontà dei fondatori sia stata, da un lato di offrire un aiuto agli utenti nella ricerca di un medico adatto alle necessità e, dall'altro, semplificare l'attività dei medici liberandoli da incombenze burocratiche attraverso un sistema di matching semplice e veloce che possa permettere ai professionisti di dedicare più tempo alla qualità delle cure[6].

Il desiderio di generare un dispositivo capace di contribuire al miglioramento dei servizi sanitari è un elemento emerso anche dall'intervista in cui si specifica che la piattaforma si rivolge a una duplice platea di beneficiari: medici e pazienti. I primi possono, sottoscrivendo un abbonamento con la piattaforma, gestire appuntamenti e fare visite online mentre i secondi, ai quali è garantito l'accesso gratuito, hanno la possibilità di scegliere un professionista dal quale farsi assistere.

[6] https://www.artefact.com/blog/adopt-ai-summit-stanislas-niox-chateau-ceo-of-doctolib-at-the-adopt-ai-summit/

"*L'obbiettivo è rendere il mondo un posto più sano. Facilitare l'accesso alle visite e semplificare la vita dei professionisti sanitari, alleggerendoli da burocrazia e da scadenze amministrative di modo che possano dedicare più tempo al paziente".*

(Operation Analyst, Doctolib)

Dall'intervista e dalle dichiarazioni emerge la volontà di contribuire a ridurre il carico burocratico e rendere la gestione dei servizi più trasparente attraverso l'implementazione delle tecnologie che rendono l'offerta di cura più reattiva alle richieste e adattabile alle esigenze dei cittadini (Giddens, 1990).

Il percorso di crescita della piattaforma nel suo Paese d'origine infatti presenta una particolarità interessante da evidenziare: la Francia è stata il primo, e l'unico Paese fino ad ora, a riconoscere alla piattaforma un ruolo di rilievo non solo nel rapporto medico paziente ma anche nell'interazione di questi con il sistema pubblico nazionale. Iscrivendosi alla piattaforma, il paziente può infatti accedere a servizi sanitari pubblici, organizzare consulti con medici del sistema sanitario e fissare visite presso strutture statali. L'adozione di Doctolib da parte del sistema pubblico è stata implementata per far fronte a problematiche amministrative. Alla base di questa scelta risiede l'utilità percepita dai professionisti delle soluzioni offerte dal sistema Software as a Service (SaaS) per la gestione degli appuntamenti medici, la riduzione del tempo di gestione, l'ottimizzazione del tempo medico e la facilità d'uso dell'applicazione da parte degli utenti. Facilità e utilità vengono percepiti come valore aggiunto non solo dai medici ma anche dai pazienti che in pochi clic possono trovare un appuntamento o fissare una visita entro 24 ore con un medico di base o uno specialista,

potenzialmente vicino a casa, poiché l'applicazione combina i criteri di disponibilità e prossimità (Habib e Loup, 2019).

Sono tuttavia emerse alcune questioni etiche e deontologiche riconducibili all'impatto che la piattaforma esercita su principi fondamentali del sistema sanitario, come la libertà di scelta del medico e l'eguaglianza nell'accesso alle cure. L'organizzazione del servizio da parte della piattaforma, che propone o indirizza verso determinati professionisti, può infatti limitare l'effettiva autonomia decisionale del paziente e introdurre meccanismi selettivi non sempre trasparenti. Questi elementi vanno letti alla luce di una più ampia trasformazione dei valori organizzativi prodotta dall'adozione della tecnologia, in cui i modelli di relazione, potere e controllo si ridefiniscono (Silva & Hirschheim, 2007).

Nel caso specifico di Doctolib, l'analisi ha fatto emergere come l'adozione della piattaforma stia modificando in modo significativo le dinamiche relazionali tra i diversi attori del sistema sanitario, laddove si sposta l'esercizio del potere decisionale verso coloro che controllano o impiegano la tecnologia come risorsa organizzativa e gestionale (Orlikowski, 1992). Non è la tecnologia in sé a determinare il cambiamento, ma il modo in cui essa viene interpretata e utilizzata: ad esempio, la semplificazione per gli utenti è agevolata da un uso strategico e innovativo delle tecnologie rese disponibili e più facilmente accessibili e utilizzabili (Christensen, 1997). In questo senso, la piattaforma rappresenta una forza trasformativa in grado di ridefinire le logiche di funzionamento e le priorità operative in un settore tradizionalmente ancorato a strutture burocratiche e professionali consolidate, come quello della sanità (Brynjolfsson & Hitt, 2000). Doctolib domina il mercato francese dell'e-health, con 33,5 milioni di

pazienti[7] attivi. La facilità d'accesso e la rapidità con cui è possibile prenotare un consulto medico tramite le piattaforme digitali stanno determinando un uso sempre più disinvolto del servizio da parte degli utenti. Questo fenomeno è emerso in modo ricorrente nell'intervista dove è stato evidenziato come il consulto medico, in alcuni casi, venga percepito come un bene a basso costo e facilmente sostituibile. Questo uso massiccio ha sollevato anche preoccupazioni sulla privacy e sulla sicurezza dei dati sanitari, un tema ampiamente discusso nella letteratura sulla gestione delle informazioni sanitarie (Rindfleisch, 1997). Se a questo viene sommato l'elemento di immediatezza delle risposte da parte dei medici o la semplicità dell'utilizzo dell'App, è possibile delineare una traiettoria di trasformazione ben precisa che va a definire micro cambiamenti che, accumulandosi possono portare a una trasformazione su larga scala dell'intero sistema (Orlikowski, 1996; Tushman & Romanelli, 1985). Ciò che traspare dalle ricerche condotte sul caso di Doctolib e il settore pubblico è la necessità di una governance più attenta per regolare l'innovazione (Habib e Loup, 2019) e garantire che l'adozione di tecnologie digitali, soprattutto in settori sensibili come la cura sanitaria, avvenga in modo sicuro ed etico (Friedman & Kahn, 2002).

La pandemia da Covid ha rappresentato un fattore decisivo per l'espansione della piattaforma, accelerando la diffusione delle soluzioni digitali in ambito sanitario. In questo contesto favorevole, Doctolib ha deciso di ampliare la propria attività oltre i confini della Francia, approdando nel 2021 in Germania e in Italia e nel 2023, nei Paesi Bassi. I dati riportati sul sito ufficiale mostrano come oggi la piattaforma conta

[7] https://emploi.lefigaro.fr/carriere-remuneration/c-est-cette-profession-medicale-qui-est-la-plus-adepte-de-la-teleconsultation-selon-une-etude-de-doctolib-20250617

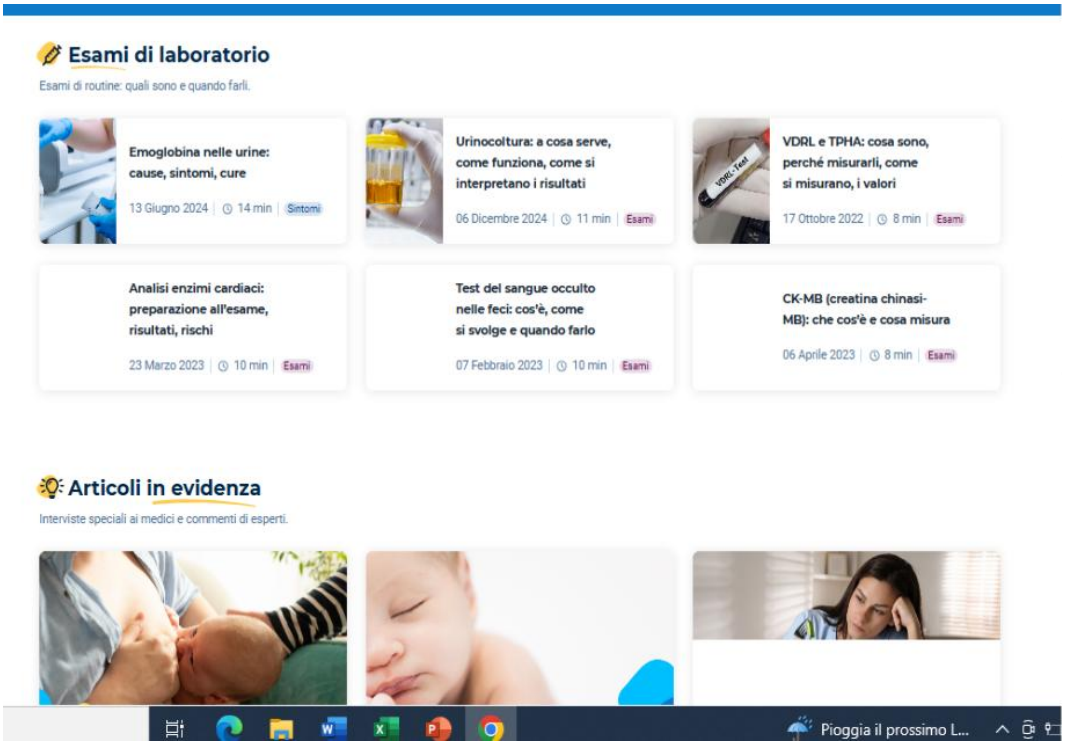
70 milioni di pazienti e 340 mila professionisti abbonati in tutta Europa, risultati che confermano quindi inequivocabilmente il successo della sua strategia di internazionalizzazione.

In Italia Doctolib presenta la forma della Società a Responsabilità Limitata (Srl) e sul sito è dichiarato un capitale sociale di Euro 3.683.125,00 mentre i dati dell'Ufficio Camerale[8] riportano un numero di 250 dipendenti e un fatturato per il 2023 di Euro 34.575.776,00. Il percorso di fondazione e sviluppo della piattaforma in Italia ha visto, secondo le dichiarazioni rilasciate dal CEO Nicola Brandolese, un round di finanziamenti di 500 milioni di euro da parte della casa madre Doctolib Francia e da investimenti privati, l'acquisizione di Dottori.it., una piattaforma anch'essa presente in Italia dal 2013 e attiva su tutto il territorio e l'apertura nel 2021 di un Tech Hub, attualmente attivo in via Vittor Pisani 19 a Milano e adibito a varie attività tra cui all'implementazione e al miglioramento delle funzioni digitali della piattaforma.

Ad oggi l'azienda al suo interno è strutturata e suddivisa in quattro team: uno che si occupa di strategy, impegnato nella ricerca e nello studio di nuove opportunità di implementazione dell'attività e miglioramento della qualità del servizio; il team commerciale che si occupa di sperimentare migliori servizi per medici e ambulatori; il team che si occupa di marketing e un quarto dedicato esclusivamente alla formazione per la quale è stata strutturata un'apposita pagina accessibile a tutti e dedicata all'informazione riguardo malattie, prevenzione e percorsi di cura (Figura 1).

[8]https://www.ufficiocamerale.it/8127/doctolib-srl?srsltid=AfmBOoplsO2h_fw093EqrHciwK6HrIvgUXv0IjjbV6EpbRniq5SIJlyf

Figura 1: Scheda informativa Doctolib.



Fonte: https://www.doctolib.it/salute/?utm

"Serve and care, ovvero l'importanza di agevolare più possibile il lavoro del medico e soddisfare pienamente il paziente. Ma non solo, learn and enjoy. Riteniamo importantissimo formare e istruire medici e pazienti ad un uso sempre più efficace del servizio offerto da Doctolib."

(Operation Analyst, Doctolib)

Il team di questa sezione, chiamata "Education", ha da un lato lo scopo di ricercare pubblicazioni scientifiche di università ed enti e raggrupparle per argomento di modo da fornire un contenitore divulgativo accessibile ai medici e dall'altro di occuparsi della stesura

di documenti e articoli accessibili e fruibili ai pazienti e concernenti nuove cure.

Il modello di business adottato da Doctolib combina una logica Business to Consumer (B2C) e Business to Business (B2B), ma la componente prevalente risulta essere quella B2C, rivolta direttamente ai pazienti. Attraverso l'iscrizione dei medici e l'intermediazione nella prenotazione di prestazioni sanitarie, la piattaforma facilita l'incontro tra domanda e offerta di servizi medici. In parallelo, Doctolib propone alle strutture private soluzioni tecnologiche per la gestione delle agende e degli appuntamenti in quanto offre un servizio SaaS (Software as a Service) che consente di ottimizzare i processi organizzativi.

"Il modello di business adottato è B2B combinato al B2C e va incontro alle necessità espresse dalla nostra mission. Ci rivolgiamo sia ai pazienti che alle strutture. Vogliamo rispondere alle problematiche e alle necessità sanitarie dei cittadini ma anche andare incontro e soprattutto snellire e agevolare il lavoro alle strutture private fornendo loro servizi e la possibilità di alleggerire tempi e sforzi di gestione."

(Operation Analyst, Doctolib)

Dall'intervista è emerso inoltre che l'utilizzo della piattaforma risulta significativamente più concentrato nelle aree urbane a più alta densità abitativa: l'80% dei pazienti che utilizzano Doctolib si concentra tra Roma e Milano. Anche la distribuzione delle strutture sanitarie private che collaborano con la piattaforma rispecchia questa tendenza alla concentrazione geografica, laddove prevale una maggiore adesione nelle grandi città rispetto ai contesti rurali o periferici, dove la penetrazione risulta ancora oggi piuttosto limitata. La densità di

popolazione, spesso di età più giovane e propensa all'utilizzo di strumenti online e consumo digitale (Castells, 2010) e una maggiore accessibilità delle infrastrutture tecnologiche forniscono alle città l'opportunità di fungere da hub per l'innovazione, facilitano l'accettazione di piattaforme digitali e la sperimentazione di nuovi modelli di servizio. Le piattaforme come Doctolib beneficiano degli effetti di rete trovando nei centri urbani più popolosi una base utente iniziale più ampia e che permette una maggiore attrazione di sempre nuovi utenti, fenomeno che si autoalimenta generando un ciclo di crescita che contribuisce ad accelerare l'adozione del servizio da parte di una platea in continua crescita. Tuttavia la concentrazione di pazienti nelle grandi città può anche riflettere una disparità nell'accesso ai servizi digitali tra aree urbane e rurali (Graham & Marvin, 2001). Quest'ultima problematica è stata affrontata anche in sede di intervista in cui è stato dichiarato che la volontà dell'azienda è quella di fornire un servizio anche a zone periferiche e di provincia.

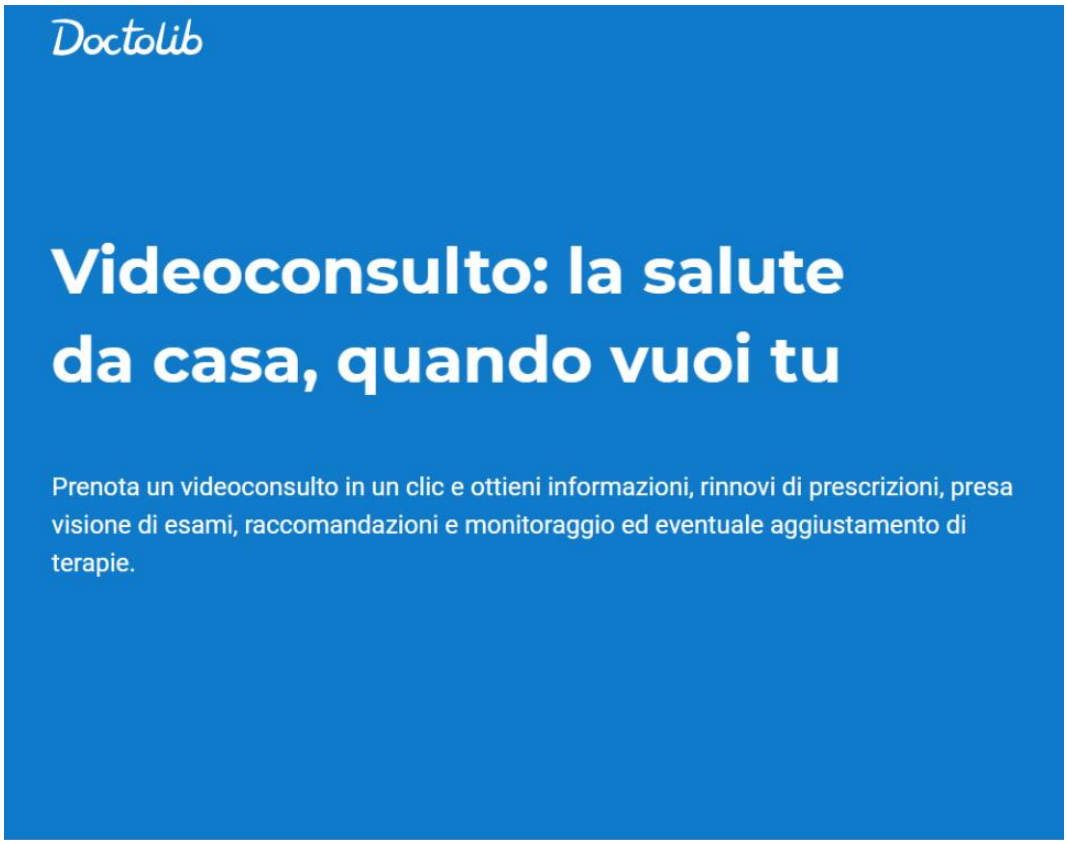
"Rimane comunque l'obbiettivo di coprire anche zone più provinciali e per Doctolib è importante che domanda di cura e offerta di medici cresca in modo proporzionale, questo per non creare problemi al funzionamento e quindi all'efficacia della piattaforma."

(Operation Analyst, Doctolib)

Sin dalla fondazione, la piattaforma ha voluto proporsi come strumento per digitalizzare l'accesso ai servizi sanitari. Un passaggio di fondamentale importanza in tale direzione è avvenuto nel 2019, con l'introduzione in Francia del servizio di teleconsulto. Un servizio che ha reso possibile la visita a distanza tra medico e paziente. Questa

modalità di consultazione, diventata in breve tempo uno degli assi portanti del servizio, è stata poi estesa anche agli altri Paesi in cui la piattaforma opera. In Italia, il teleconsulto e la possibilità di accesso online ai servizi di cura sono disponibili dal 2021.

Figura 2: Scheda per video-consulti Doctolib.



Fonte: https://www.doctolib.it/salute/prenota-videoconsulto/

Parallelamente, Doctolib ha deciso di investire nel miglioramento della relazione tra paziente e piattaforma, attraverso l'ottimizzazione dell'interfaccia utente e una maggiore attenzione all'esperienza del paziente.

"Per far funzionare meglio la piattaforma e avere pazienti più soddisfatti abbiamo deciso di ottimizzare il servizio operando una trasformazione da booking management system a prodotto in cui si gestiscono le relazioni con il paziente."

(Operation Analyst, Doctolib)

La trasformazione a prodotto in cui si gestiscono le relazioni riportata nell'intervista fa riferimento al fatto che Doctolib ha voluto implementare il servizio di modo che non si riduca a mera intermediazione tra medico e paziente ma vi sia un percorso di accompagnamento del paziente nell'orientarsi dentro lo spazio della piattaforma e nella scelta del medico più indicato.

L'esperienza di Doctolib, dove la rapida espansione e i grandi numeri sopra riportati si combinano alle dinamiche attuate per migliorare i servizi rivolti ai pazienti, sembra indicare come la facilità d'uso percepita – anche tramite smartphone – stia dando un contributo decisivo a una progressiva diffusione della piattaforma tra i cittadini, con una conseguente trasformazione nel valore attribuito ai consulti.

2.3.2 Il modello Doctolib.

Doctolib presenta un modello capace di mediare tra domanda e offerta nell'ambito della cura. Secondo quanto emerso dall'intervista con l'Operation Analyst l'accesso alla piattaforma e le funzioni base di consultazione – come la ricerca del medico, la prenotazione di un appuntamento e la gestione della propria agenda – risultano gratuite per i pazienti. La piattaforma si configura quindi come uno strumento ad accesso libero, che punta ad aumentare la fruibilità del servizio sanitario anche da parte di chi ha minore familiarità con la tecnologia, grazie a un'interfaccia semplice e mobile-friendly (Turkle, 2015).

Il costo della prestazione sanitaria è regolato dal professionista o dalla struttura sanitaria, e non da Doctolib stessa. L'account del paziente può essere integrato con altri account e permettere la prenotazione per conto di altri, opzione utile ai famigliari che utilizzano la piattaforma per trovare medici per bambini piccoli o anziani che non hanno famigliarità con strumenti digitali. Se da un lato questa possibilità è indirizzata ad ampliare la platea dei potenziali pazienti, dall'altra contrasta eventuali fenomeni di disuguaglianza dettata dalla scarsa familiarità con gli strumenti digitali o dall'incapacità rispetto al loro utilizzo (Katz, 2013).

Effettuata l'iscrizione, sono visibili al paziente informazioni sul professionista e lo storico degli appuntamenti. Al paziente viene fornito un servizio di reminder sulle prenotazioni e grazie a un sistema di comunicazione multi-canale (Sms, WhatsApp, email) è possibile confermare o ricalendarizzare appuntamenti e visite.

"è un modello che fa matching tra i bisogni del paziente e le necessità gestionali e di agenda del professionista. Non usiamo algoritmi per incrociare domanda e offerta ma un sistema di geolocalizzazione dove il paziente può inserire il luogo di residenza e trovare l'elenco dei professionisti più vicini a lui"

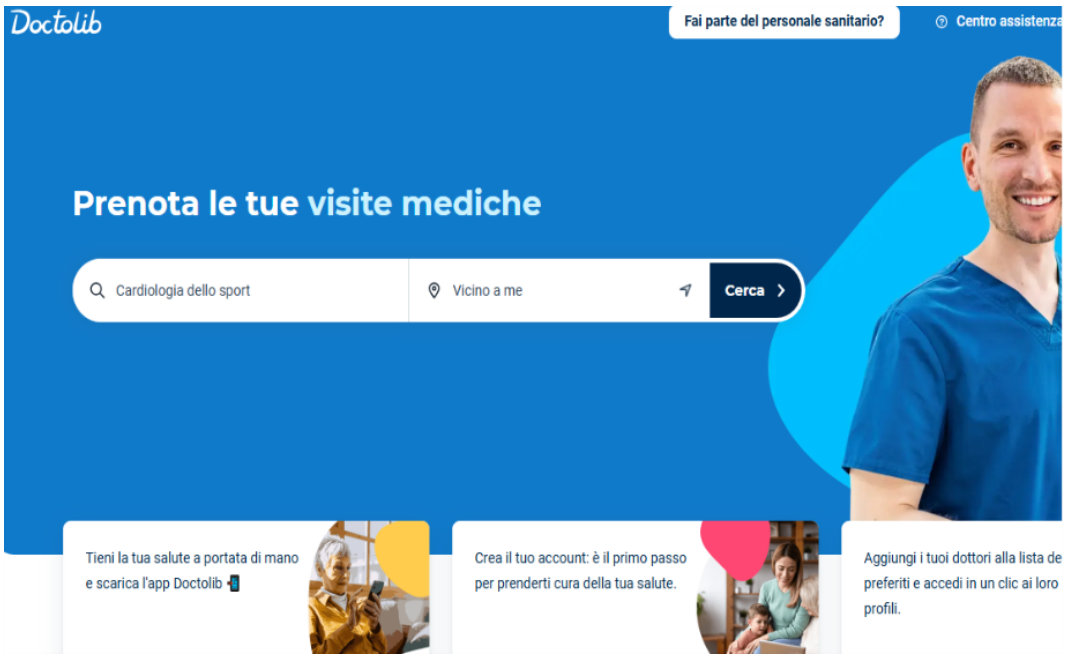
(Operation Analyst, Doctolib)

La fase di accesso e selezione prevede la presenza di un portale nel quale un paziente può inserire la specializzazione, la diagnostica o il nome di un medico che già conosce o il luogo di residenza.

Il modello proposto da Doctolib si presenta quindi apparentemente come accessibile e inclusivo, grazie alla gratuità per i pazienti dell'accesso alla piattaforma e della prenotazione delle prestazioni. Tuttavia è utile mettere in evidenza come ad esempio la gratuità sia limitata alle funzioni di intermediazione, mentre le prestazioni sanitarie restano a pagamento e spesso erogate in ambito privato. La promessa di inclusività si trova quindi a scontrarsi inevitabilmente con barriere economiche e sociali.

Altro criterio presente nella piattaforma per la scelta del medico da parte del paziente è quello della prossimità; come si può vedere nella figura 3, inserendo la tipologia di visita alla quale si vuole accedere e il luogo, la piattaforma provvede a fornire un elenco di professionisti o di poliambulatori e la possibilità di vedere l'agenda del medico e prenotare un appuntamento in base alle disponibilità.

Figura 3: Scheda di accesso ai servizi di Doctolib.



Fonte: https://www.doctolib.it/

Altro criterio riguarda la randomizzazione delle assegnazioni di medici in base alle necessità esposte, questo per lasciare la libertà di scelta al paziente sulla varietà dei professionisti presenti ed evitare meccanismi di riassegnazione o riproposizione sempre dei soliti profili.

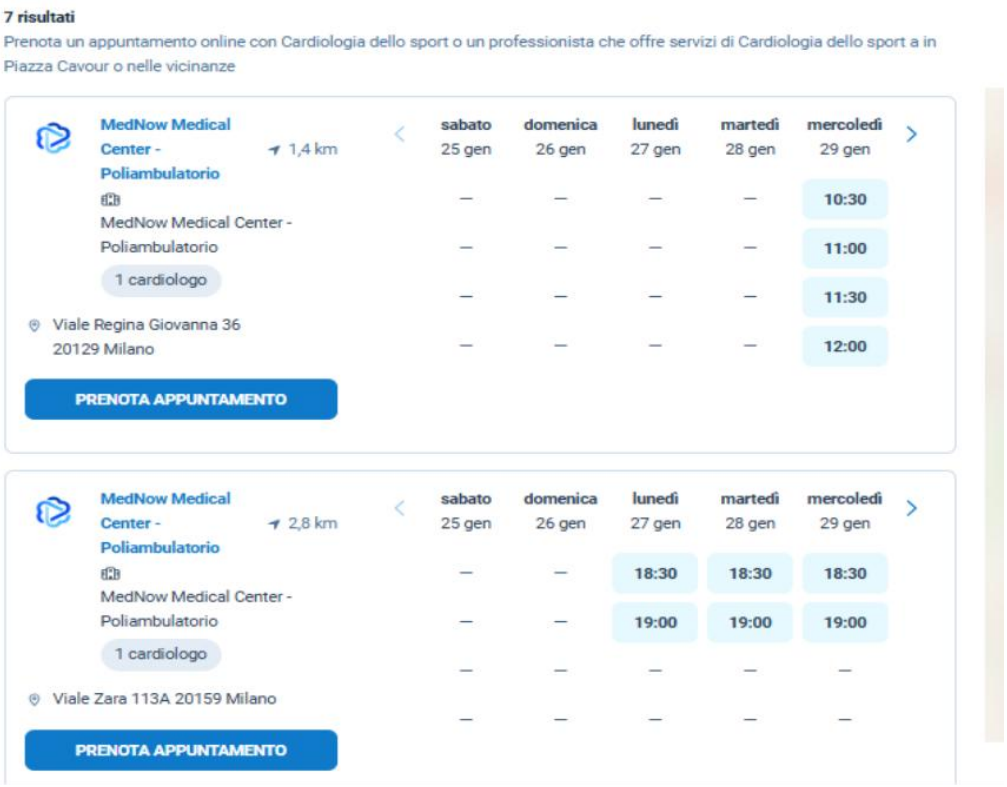
"Quindi ogni volta che cerco, mettiamo che io cerchi appunto una specialità, la lista che mi si propone è sempre diversa…non vogliamo che a decidere sia il sistema ma il paziente."

(Operation Analyst, Doctolib)

Dall'intervista emerge anche che la randomizzazione avviene sulla base di criteri di selezione casuale basati comunque sulla prossimità del paziente. Si tratta di una randomizzazione semplice che

ha lo scopo di proporre profili sempre diversi secondo una logica di imparzialità della piattaforma nei confronti dei medici.

Figura 4: Scheda di prenotazione appuntamenti Doctolib.



Fonte: https://www.doctolib.it/search?location=cardiologo

È utile comunque sottolineare come la semplicità d'uso non è necessariamente garanzia di accesso universale, e il ricorso a una logica di intermediazione basata sulla prossimità può sollevare interrogativi sulla qualità dell'abbinamento tra medico e paziente. Inoltre, risulta assente una valutazione dell'efficacia di questo modello: non è dato sapere quanti pazienti usufruiscano della piattaforma in modo continuativo o se la utilizzino solo per visite episodiche, con relativa e conseguente discontinuità nel percorso di cura.

Altro criterio emerso dall'analisi desk riguarda la possibilità di effettuare una ricerca della specializzazione, definendo prima una data disponibile e ricevendo dalla piattaforma informazioni riguardo al professionista. Il passaggio successivo è la scelta del medico da parte del paziente e la prenotazione che avviene in base alle disponibilità del professionista.

"Sappiamo che diversi pazienti fanno una prima scelta, direi a caso, poi sta al medico fidelizzare il paziente seguendolo bene… sappiamo che molti lo fanno. I medici lo sanno questo."

(Operation Analyst, Doctolib)

La possibile scelta del professionista da parte del paziente apre ad una valutazione riguardo il rapporto medico-paziente che viene a instaurarsi attraverso la mediazione della piattaforma. L'elemento fiduciario tra paziente e professionista rappresenta una componente fondamentale del percorso di cura, che può rafforzarsi attraverso la continuità degli scambi. In questo senso, la fiducia può assumere una funzione abilitante e di riconoscimento del ruolo del medico da parte del paziente (Andreassen et al., 2006). Sebbene la piattaforma metta a disposizione degli iscritti un elenco di professionisti sulla base di criteri oggettivi come la prossimità geografica o la disponibilità, la scelta finale rimane del paziente, il quale potrebbe anche basarsi su elementi informali quali il passaparola, la notorietà del medico, le esperienze precedenti o, in alcuni casi, optare per un medico in modo casuale. Tuttavia, è solo nel momento del consulto – e soprattutto nell'eventuale prosecuzione del rapporto – che si attiva un processo di valutazione reciproca. Ed è proprio in tale fase che la relazione può evolvere

positivamente, rafforzandosi, oppure interrompersi, ad esempio per una percezione di scarsa competenza, incomprensione comunicativa, o insoddisfazione rispetto all'interazione.

2.3.3 La piattaforma e i medici.

Per quanto riguarda il reclutamento dei professionisti, Doctolib ricorre a un processo di selezione basato su criteri predefiniti legati al profilo del medico e alla sua appartenenza all'ordine professionale di riferimento. L'obiettivo, nelle dichiarazioni della piattaforma, è quello di assicurare la qualità dell'offerta sanitaria, attraverso un filtro iniziale che garantisca l'adeguatezza professionale dei medici inseriti. Tuttavia, una volta accreditato, il professionista non rende disponibile sulla piattaforma alcun curriculum dettagliato né il proprio percorso di carriera. Le informazioni accessibili ai pazienti sono quindi limitate a dati di base come la specializzazione, il luogo di ricevimento, il costo della prestazione e, in alcuni casi, recensioni lasciate da altri utenti. Questo livello di trasparenza parziale solleva quindi non pochi interrogativi rispetto alla possibilità per i pazienti di compiere scelte realmente informate.

"La selezione dei medici è legata alla certificazione delle competenze che richiediamo. Il medico deve presentare i titoli conseguiti, essere certificato e iscritto all'albo".

(Operation Analyst, Doctolib)

Un aspetto emerso in seguito alla selezione dei medici riguarda la formalizzazione del rapporto tra la piattaforma e il professionista sanitario. Mentre l'accesso e l'utilizzo della piattaforma da parte dei pazienti è del tutto gratuito e non prevede alcun vincolo, i medici possono entrare a far parte della rete Doctolib solo previa sottoscrizione

di un abbonamento mensile, il cui costo varia indicativamente tra i 100 e i 150 euro.

Sebbene tutti i professionisti attivi su Doctolib Italia operino come liberi professionisti titolari di Partita IVA, la piattaforma prevede un vincolo contrattuale minimo di un anno per l'utilizzo continuativo del servizio. Secondo quanto emerso nell'intervista, il vincolo è giustificato dalla necessità di garantire una certa continuità nella disponibilità del medico sulla piattaforma. Questo, a sua volta, viene presentato come un elemento finalizzato al rafforzamento della fiducia, che può contare sulla possibilità di ritrovare lo stesso professionista anche nei consulti successivi.

"Siamo al servizio del medico e vogliamo agevolare più possibile il suo lavoro. I nostri professionisti sono tutti con P.Iva. Molti lavorano per ospedali o strutture sanitarie. Altri con altre piattaforme contemporaneamente. Per noi questo non è un problema."

(Operation Analyst, Doctolib)

Il carattere autonomo della prestazione dei professionisti permette a questi di combinare differenti collaborazioni anche presso strutture sanitarie pubbliche o private, ambulatori e altre piattaforme che forniscono servizi similari a Doctolib.

Una distinzione emersa dall'intervista riguarda i medici di base, che hanno già un loro ambulatorio e godono di una base di pazienti ampia, acquisita negli anni anche attraverso il sistema sanitario nazionale e gli specialisti, soprattutto più giovani, che hanno da poco terminato il percorso di studi e formazione. Per i primi Doctolib si propone e viene utilizzata soprattutto per l'organizzazione delle visite e

la gestione degli appuntamenti. Doctolib fornisce ai medici l'infrastruttura digitale per l'erogazione e la gestione dei servizi, ma lascia al professionista sanitario ampi margini di autonomia nella definizione delle modalità di lavoro. In particolare, è lo specialista stesso che definisce i giorni, gli orari e la durata delle visite attraverso la gestione personalizzata dell'agenda online. Il medico può inoltre decidere se accettare prenotazioni per visite in presenza, in teleconsulto o entrambe, e se riservare alcuni slot per pazienti abituali o nuovi pazienti. Questa flessibilità consente quindi al medico di salvaguardare uno stile operativo vicino alle proprie abitudini o alle esigenze specifiche della propria utenza, come ad esempio privilegiare modalità tradizionali di prenotazione o consulto per pazienti meno inclini all'uso di strumenti digitali.

Per i secondi invece può rappresentare la possibilità di guadagnare una maggiore visibilità, ampliare o rinnovare la base dei pazienti e affermarsi nel campo. Per tali figure, la piattaforma dedica una sezione specifica con risorse formative, interviste e contenuti orientati allo sviluppo di competenze interpersonali e relazionali, come la gestione del primo contatto, la fidelizzazione del paziente o la comunicazione in ambito digitale. In questi casi, Doctolib quindi non limita la sua offerta a uno spazio di intermediazione, ma assume un ruolo più attivo nella definizione delle buone pratiche relazionali e organizzative. Sebbene non siano imposte regole vincolanti, la piattaforma fornisce indicazioni su come strutturare il proprio profilo, gestire l'agenda in modo ottimale e condurre la relazione medico-paziente secondo standard coerenti con l'immagine della piattaforma.[9]

[9] https://www.doctolib.it/salute/lo-studio-medico-digitale-in-pillole/

Altro elemento importante nel rapporto tra medici e piattaforme riguarda l'agenda e la gestione degli appuntamenti.

"Uno degli aspetti più importanti e ai quali dedichiamo più attenzione è la possibilità per il medico di gestire al meglio gli appuntamenti e i pazienti. Per questo Doctolib ha fatto diversi investimenti come la realizzazione di un gestionale, chiamato Vettore Medical. Il tutto finalizzato al miglioramento della qualità del lavoro del medico e di conseguenza al servizio offerto al paziente."

(Operation Analyst, Doctolib)

Doctolib, in seguito all'acquisizione del gestionale Vettore Medical, ha effettuato una completa migrazione dell'infrastruttura verso un sistema cloud-based. Questo offre la possibilità di gestione di un'agenda che permette di organizzare appuntamenti, ricalendarizzare visite, gestire il trattamento dei pazienti inserendo in un archivio predisposto nel software la cartella clinica e i risultati delle varie analisi dei pazienti e anche le incombenze burocratiche come la fatturazione. L'obbiettivo è quello di agevolare e aiutare nella gestione soprattutto quei medici che operano contemporaneamente con strutture ospedaliere, ambulatori e altre piattaforme. Resta la possibilità per il medico di bloccare fasce orarie o gestire prenotazioni offline.

"Riteniamo necessaria la collaborazione e il confronto tra i professionisti della salute per migliorare il servizio ed essere più efficaci nelle risposte ai pazienti..."

(Operation Analyst, Doctolib)

Doctolib ha facilitato anche la possibilità di scambio tra professionisti implementando il sistema di comunicazione SIILO, gratuito e sempre accessibile, ad uso esclusivo dei medici abbonati alla piattaforma, e che apre la possibilità di confronto tra questi su diagnosi, malattie e prognosi. Questo sistema ha aperto la possibilità ad un confronto e a discussioni su casi, pazienti e protocolli e l'opportunità di condivisione di documenti, cartelle cliniche e diagnosi in modalità immediata e sicura con colleghi medici, tramite messaggistica multimediale avanzata o chiamate vocali e video, con lo scopo di promuovere la cooperazione tra gli operatori sanitari. Le implementazioni di questi strumenti da parte della piattaforma perseguono la finalità di agevolare le attività e semplificare le procedure degli utenti che interagiscono tra loro nello spazio della piattaforma, in una logica di ottimizzazione dell'offerta dei servizi e dell'incontro tra le necessità e i bisogni dei pazienti e le competenze dei professionisti (Möhlmann, 2021).[10]

[10] Dalle interviste condotte, tuttavia, non emerge alcuna evidenza diretta circa la frequenza o le modalità di utilizzo concreto di SIILO da parte degli intervistati.

2.3.4 Sistema di valutazione dei medici.

La letteratura concernente le piattaforme digitali ha dato grande spazio all'importanza dei meccanismi di rating, fondamentali per garantire fiducia e credibilità da parte degli utenti, per offrire alle piattaforme feedback di miglioramento dei servizi e per incrementare gli effetti di rete (Stark e Pais, 2020) ma responsabili anche di generare asimmetrie di potere introducendo dei meccanismi valutativi e di controllo sugli utenti (Curchod et al.,2020). Nonostante i meccanismi di valutazione siano ormai largamente adottati da numerose piattaforme digitali, soprattutto nei settori del lavoro on demand e della sharing economy, Doctolib sembra discostarsi da questa tendenza, laddove ha deciso di non introdurre sistemi di recensione da parte dei pazienti.

"Non esiste un sistema di recensioni, questo perché riteniamo che non possa essere il paziente a valutare l'operato del professionista. Qualora un paziente si ritenga insoddisfatto può facilmente cambiare medico, ma le recensioni pubbliche ci sembrano poco adeguate."

(Operation Analyst, Doctolib)

Una scelta come questa si differenzia, ad esempio, da quanto avviene su piattaforme come Doctor App o Doctorium, dove i feedback pubblici da parte dei pazienti vanno a costituire un elemento centrale della visibilità e della selezione dei professionisti. L'assenza di sistemi valutativi pubblici su Doctolib si configura dunque come una modalità alternativa di gestione della fiducia tra paziente e medico, più vicina alla logica della libera scelta individuale che non a quella del rating

algoritmico. È stato implementato tuttavia un sistema che ricopre la funzione di assistere i pazienti nel caso di eventuali insoddisfazioni comunicate e segnalate attraverso un apposito centro assistenza dedicato per contattare l'amministrazione e segnalare disagi legati al funzionamento della piattaforma o insoddisfazioni emerse nel percorso di cura.

2.3.5 Privacy.

Un aspetto importante concerne gli elementi riguardanti privacy e trattamento dei dati messi in campo dalla piattaforma. La letteratura ha sottolineato l'importanza dell'economia dei dati, evidenziando come le aziende digitali raccolgano, analizzino e monetizzino i dati degli utenti e di come questa raccolta di dati abbia conseguenze dirette sulla privacy degli individui e sul modo in cui le informazioni personali vengono trattate (Van Dijck, 2014).

In risposta alle criticità legate alla sicurezza informatica e alla protezione dei dati personali, Doctolib ha istituito un team interno dedicato alla gestione della privacy e collabora con esperti di cybersecurity per prevenire eventuali attacchi informatici.

Come emerso dall'intervista, una delle misure adottate è il ricorso al Bug Bounty Program, un sistema che coinvolge hacker etici incaricati di individuare vulnerabilità all'interno dell'infrastruttura digitale della piattaforma. In questo modo, eventuali punti deboli possono essere rilevati e risolti in via preventiva, prima che vengano sfruttati da attori malevoli esterni.

Le dichiarazioni raccolte nell'intervista e dal sito parlano di una protezione dei dati implementata da Doctolib a fronte di potenziali minacce esterne, nulla dicono rispetto all'utilizzo interno che la piattaforma attua dei dati che raccoglie e dei quali può disporre. La raccolta e l'utilizzo dei dati da parte della piattaforma rimangono una pratica opaca e non del tutto chiara non solo per gli utenti che accedono all'infrastruttura digitale ma anche rispetto ai processi che possono discendere dall'utilizzo di questi dati (Zuboff, 2019).

2.3.6 Doctolib alla prova.

L'analisi del caso ha permesso di mettere in luce alcuni tratti caratteristici di Doctolib che ne definiscono la particolarità: anzitutto Doctolib appare come l'unica piattaforma multinazionale. Questo dato la pone in una posizione di rilievo rispetto alle altre non solo per l'ampiezza del numero degli utenti che può raggiungere ma anche per la possibilità di raccogliere e fare sintesi di esperienze nei diversi paesi europei in cui si trova.

Altro elemento riguarda il ruolo attivo giocato dal paziente che ha la possibilità selezionare il medico, secondo criteri comunque stabiliti dalla piattaforma, ma che si limita alla scelta e a fissare l'appuntamento in agenda ma non prevede un sistema di recensioni e valutazioni da poter rilasciare una volta finito il percorso di cura. La piattaforma interviene dunque nella mediazione definendo dei criteri affinché questa avvenga al meglio.

Dall'intervista è emerso come l'assenza voluta del sistema di recensioni sia motivato dalla consapevolezza che l'utente paziente non possa valutare l'operato di un professionista.

Altra caratteristica riguarda il rapporto coi medici i quali possono lavorano in libera professione e possono definire il costo della visita ma sono comunque soggetti a un contratto che pone alcuni vincoli come la durata minima del rapporto, influenzando seppur in modo indiretto alcuni elementi dell'autonomia del professionista.

2.4 Idoctors.

La seconda piattaforma selezionata come caso studio è Idoctors. Questa piattaforma fa riferimento al modello idealtipico di piattaforma *profession-driven digital care*, ovvero una piattaforma che combina a servizi online la possibilità di definizione del costo della visita da parte del professionista. Questo si declina in una attenzione particolare della piattaforma verso l'orientamento ai videoconsulti e visite da remoto consentite dalla facilità di accesso e orientamento per utenti e medici all'interno della piattaforma. Per questa intervista è stata contatta tramite canali formali una delle co-founder della piattaforma. L'intervista è stata effettuata in data 15 Gennaio 2025 e ha avuto una durata di circa 50 minuti. Quanto è emerso è che il costo della visita viene definito dal medico come nel caso di Doctolib e non è intermediato dalla piattaforma la quale pone come unico vincolo il versamento da parte dei medici iscritti di una commessa, ed è presente e opera esclusivamente sul territorio italiano.

2.4.1 Una piattaforma nata da un'esigenza personale.

Idoctors è stata fondata nel 2008 per rispondere a un'esigenza della Co-founder e del marito, in quell'anno in attesa di un figlio.

"Aspettavo la mia terza figlia e proprio così, chiacchierando, chiaramente avevo spesso a che fare con prenotazioni di visite mediche, eccetera. Parlando dei nuovi servizi, chiaramente prenotavamo aerei, alberghi, eccetera, a un certo punto ho detto "Possibile che nessuno si sia mai inventato simili possibilità per le visite mediche?" Io avvertivo soprattutto la difficoltà a trovare lo specialista. Per me la comodità della prenotazione online era una cosa in più… Mi sembrava impossibile che non esistesse qualcosa di simile, ero sicura che qualcuno se lo fosse inventato. Invece siamo andati a cercare e non c'era nulla"

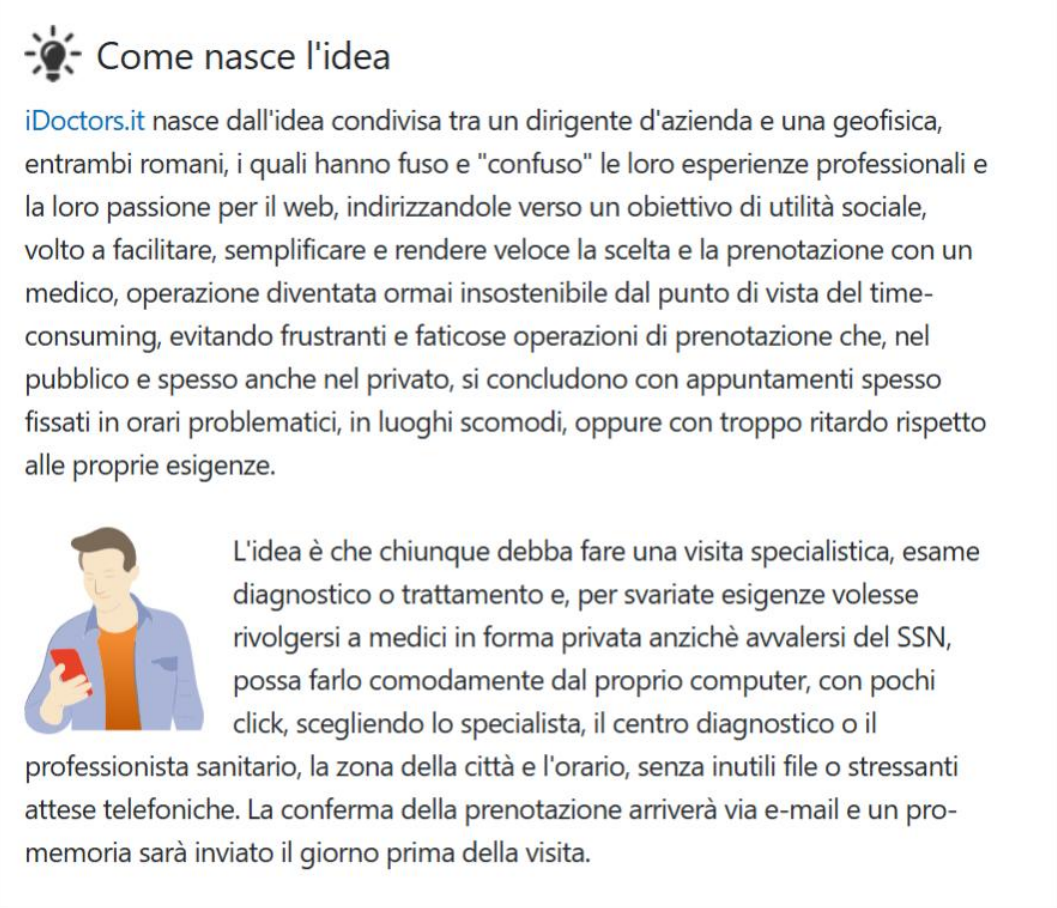
(Co-founder di Idoctors)

L'idea della piattaforma e la sua implementazione è nata dunque per rispondere a un'esigenza dei fondatori che, come sottolineato dall'intervistata, non operavano nel settore, non sono medici né informatici. Ad oggi Idoctors conta la collaborazione di 10.000 professionisti su tutto il territorio italiano e offre la possibilità di selezione tra numerose specialità selezionabili da una pagina del sito accessibile e consultabile a tutti senza la richiesta di iscrizione o un primo contatto con un costumer care.

Con riferimento alla formazione e la qualificazione dei professionisti presenti sulla piattaforma, dall'intervista emerge che i medici devono essere abilitati all'esercizio della professione in Italia.

La mission è esplicitata anche nel sito alla sezione "chi siamo" dove si evince chiaramente l'idea di facilitare la ricerca di un medico adatto alle esigenze del paziente.

Figura 5: Scheda della sezione "Chi siamo" di Idoctors.

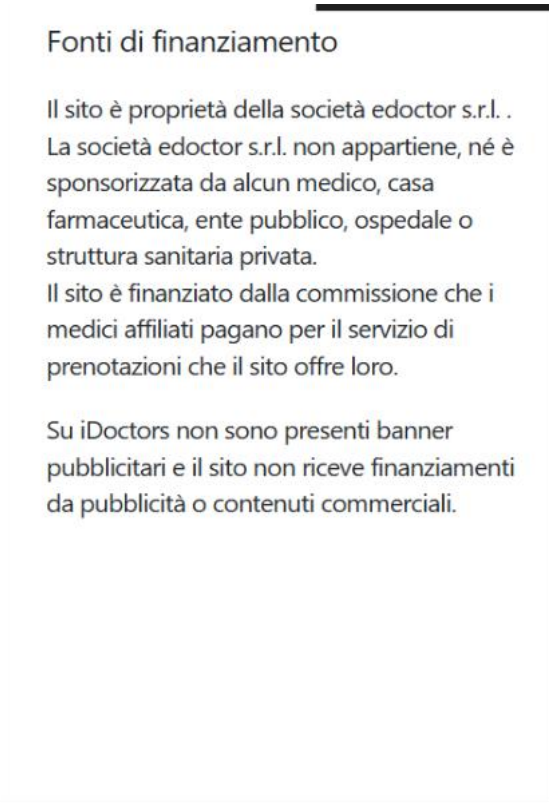


Fonte: https://www.idoctors.it/progetto

2.4.2 Funzionamento di Idoctors.

Il funzionamento della piattaforma trattata non è dissimile, per diversi aspetti, dal caso studio precedente; anche Idoctors è gratuita per i pazienti che vogliono usufruirne e ha come unica fonte di bilancio e modello di business un abbonamento richiesto ai medici al momento dell'iscrizione alla piattaforma.

Figura 6: Scheda fonti di finanziamento di Idoctors.



Fonti di finanziamento

Il sito è proprietà della società edoctor s.r.l. .
La società edoctor s.r.l. non appartiene, né è sponsorizzata da alcun medico, casa farmaceutica, ente pubblico, ospedale o struttura sanitaria privata.
Il sito è finanziato dalla commissione che i medici affiliati pagano per il servizio di prenotazioni che il sito offre loro.

Su iDoctors non sono presenti banner pubblicitari e il sito non riceve finanziamenti da pubblicità o contenuti commerciali.

Fonte: https://www.idoctors.it/progetto

La selezione del medico può avvenire attraverso la scelta e la combinazione da parte del paziente tra diversi criteri.

Il primo criterio riguarda la prossimità del medico al paziente. Accedendo alla piattaforma Idoctors il paziente può inserire il nome di

uno specialista di cui conosce già nome e specializzazione, inserire la tipologia di prestazione di cui necessita o la patologia e il sistema propone un elenco di medici seguendo il criterio della prossimità al paziente.

Figura 7: Scheda per prenotazioni Idoctors.



Fonte: https://www.idoctors.it/

Idoctors offre la possibilità di un primo video consulto conoscitivo gratuito. Questo incontro iniziale con il medico ha lo scopo di orientare il paziente nella scelta del percorso di cura più adatto, soprattutto nei casi in cui vi sia incertezza o difficoltà nel definire la propria esigenza sanitaria. Il video-consulto conoscitivo potrebbe quindi rappresentare l'inizio di un rapporto continuativo. Questo percorso può proseguire con modalità online messe a disposizione dalla piattaforma o in presenza ma al di fuori dello spazio di gestione digitale di Idoctors.

"*Ci siamo accorti che alcuni fissavano una visita e però avevano bisogno in realtà di altri tipi di visite o confronti con altri specialisti.*

Abbiamo deciso di inserire la possibilità del video-consulto per orientare. Poi noi offriamo la possibilità di seguire le persone online oppure se uno ha necessità di vedere il medico in presenza può capire dove e come e prenotare. Però a quel punto la cosa riguarda loro e non più noi."

(Co-founder di Idoctors)

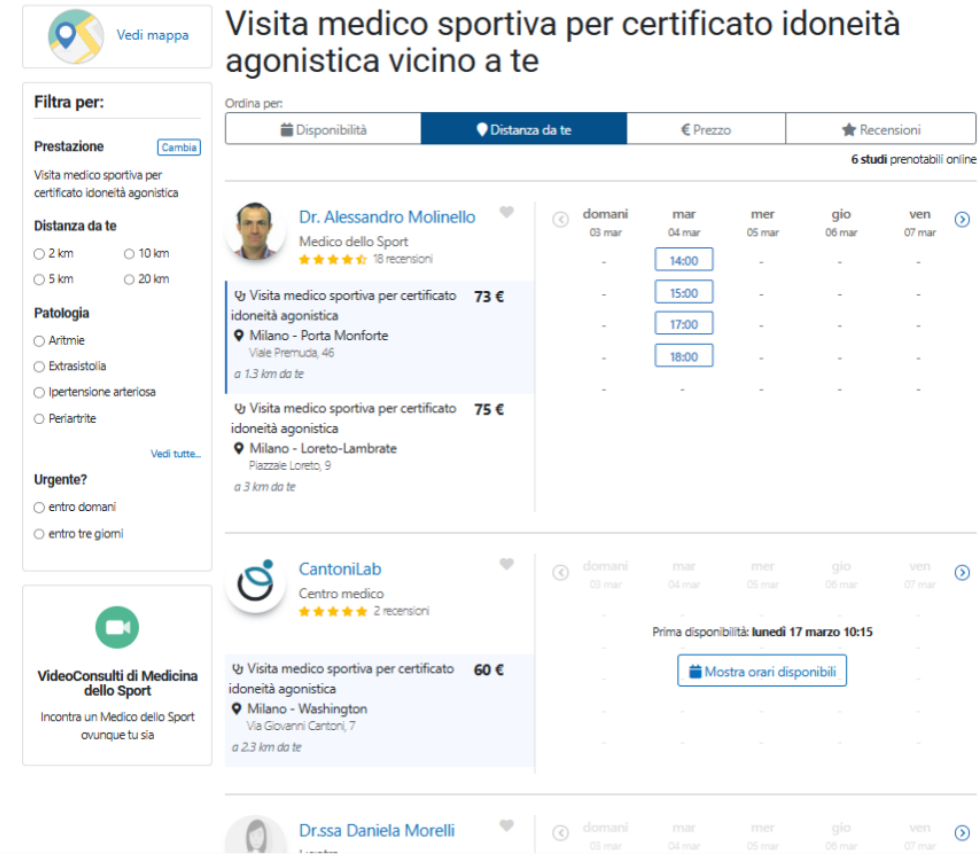
Nella bacheca è possibile opzionare tra i medici combinando anche quattro diversi sotto-criteri:

- Le disponibilità del professionista visibili in agenda.
- La distanza. L'elenco dei medici infatti è proposto in base al chilometraggio rispetto all'indirizzo inserito dal paziente.
- Il prezzo. Il paziente può infatti confrontare i costi delle visite. Selezionando questa opzione la piattaforma provvede a fornire l'elenco dei medici partendo dalle visite meno costose e salendo.
- Le recensioni che possono essere consultate e indirizzare il paziente verso la scelta del medico.

Altro criterio di selezione riguarda la possibilità di scegliere un medico in base alla specialità. Accedendo dal sito della piattaforma è subito riscontrabile l'elenco delle specializzazioni. Selezionando quella di proprio interesse il paziente vede i profili dei medici e la loro ubicazione e può procedere con la scelta del professionista.

Dalla bacheca è possibile constatare la possibilità offerta anche di selezionare dei filtri, nella colonna destra della pagina, utili a facilitare e indirizzare la ricerca e la scelta del medico e la possibilità di un videoconsulto per diagnosi e o certificazioni urgenti.

Figura 8: Scheda bacheca per la scelta dei medici Idoctors.



Fonte: https://www.idoctors.it/specialista/

L'analisi desk e l'intervista hanno quindi fatto emergere in che modo la logica di funzionamento di Idoctors attribuisca attenzione alla facilità di accesso e fruizione da parte del paziente, articolata attraverso un sistema di criteri di selezione combinabili. Questa articolazione sembra, da un lato, sostenere una maggiore autonomia del paziente nella scelta del professionista, secondo una logica di responsabilizzazione dell'individuo (Giddens, 1991). Dall'altro, il modo in cui queste possibilità sono proposte potrebbe altresì contribuire a strutturare abitudini e consuetudini che finiscono per orientare le decisioni dell'utente in maniera non sempre del tutto consapevole (Geertz, 1973).

2.4.3 Idoctors e medici.

L'attenzione al servizio e all'accompagnamento che Idoctors propone non riguarda esclusivamente i pazienti ma anche lato medico è stata riscontrata un'attenzione che supera la semplice logica di matching e si configura come una più completa offerta di collaborazione. Come già anticipato nel paragrafo precedente, i medici devono iscriversi inserendo i dati relativi a titoli conseguiti, luogo di esercizio della professione e specializzazione, Partita Iva e dati fiscali. L'unico vincolo contrattuale necessario all'accesso e utilizzo della piattaforma per i medici riguarda il versamento di un abbonamento che vede una quota semestrale o annuale, definita dalla piattaforma. I medici operano come liberi professionisti e possono collaborare contemporaneamente per strutture sanitarie, centri medici o altre piattaforme.

Pertanto appare evidente come Idoctors condivida alcune caratteristiche con Doctolib, come l'apertura ai liberi professionisti e l'assenza di vincoli esclusivi. Tuttavia, a differenza di Doctolib, in cui è previsto un abbonamento mensile e un vincolo minimo di un anno, Idoctors si distingue per essere più flessibile nelle modalità di collaborazione laddove lascia maggiore libertà ai medici rispetto alla durata e all'impegno richiesto.

La possibilità di iscrizione e accesso a Idoctors è subordinata a un colloquio richiesto da chi gestisce la piattaforma dove vengono valutati i titoli del professionista e l'iscrizione all'ordine. Successivamente al medico viene chiesto di sottoscrivere un'autocertificazione.

"Perché noi verifichiamo tutti i titoli, per ogni singolo medico che si iscrive verifichiamo i titoli, la corrispondenza di specializzazione e tutto il resto… quello che chiediamo sempre è un colloquio dettagliato, per il quale loro si prendono responsabilità con la sottoscrizione di un'autocertificazione. E quindi a quel punto il medico è abilitato, anche dall'ordine dei medici, è autorizzato ad esercitare la sua professione."

(Co-founder di Idoctors)

Altro elemento riguarda la visibilità del profilo e del curriculum del professionista da parte del paziente. È possibile infatti visionare l'esperienza professionale del medico, i titoli conseguiti, le certificazioni maturate ma anche articoli accademici e pubblicazioni scientifiche, questo per motivi di trasparenza e per garantire al paziente la possibilità di scelta basata su una molteplicità di elementi combinati tra loro. Una scelta differente da quella ad esempio di Doctolib.

Strettamente legato alla visibilità del profilo è l'aspetto che comprende la possibilità per i medici di aumentare la propria rete di pazienti. Dall'analisi desk è emerso che Idoctors lascia ampio spazio e possibilità ai medici di utilizzare la piattaforma come veicolo per raggiungere nuovi pazienti e farsi conoscere.

La piattaforma dedica un'intera sezione alla consulenza per i professionisti appena iscritti che mira a fornire supporto e orientamento nella possibilità di ricerca di nuovi pazienti.

"Anzitutto può gestire la sua agenda, fissare velocemente coi clienti attraverso messaggi. Disdire o spostare una visita. Poi teniamo

molto anche al sostegno dei medici. Abbiamo una pagina intera dedicata alla visibilità e diamo loro la possibilità anche attraverso un sistema di consulenza di cercare nuovi clienti o portare a usare Idoctors anche i vecchi. Quindi un medico con Idoctors può trovarsi nuovi pazienti e fidelizzarli, se è bravo." [11]

(Co-founder di Idoctors)

Dall'analisi condotta sono state rilevate le attività principali che la piattaforma pone in essere come proposte e servizi rivolti ai medici nel quadro della collaborazione. Il ruolo di intermediazione tra domanda e offerta, realizzato attraverso un sistema di matching semplificato che permette al paziente di selezionare il professionista in base a criteri liberamente combinabili. Una volta inseriti questi parametri, la piattaforma restituisce un elenco filtrato di professionisti, dal quale il paziente può accedere al profilo dettagliato del medico e procedere con la prenotazione.

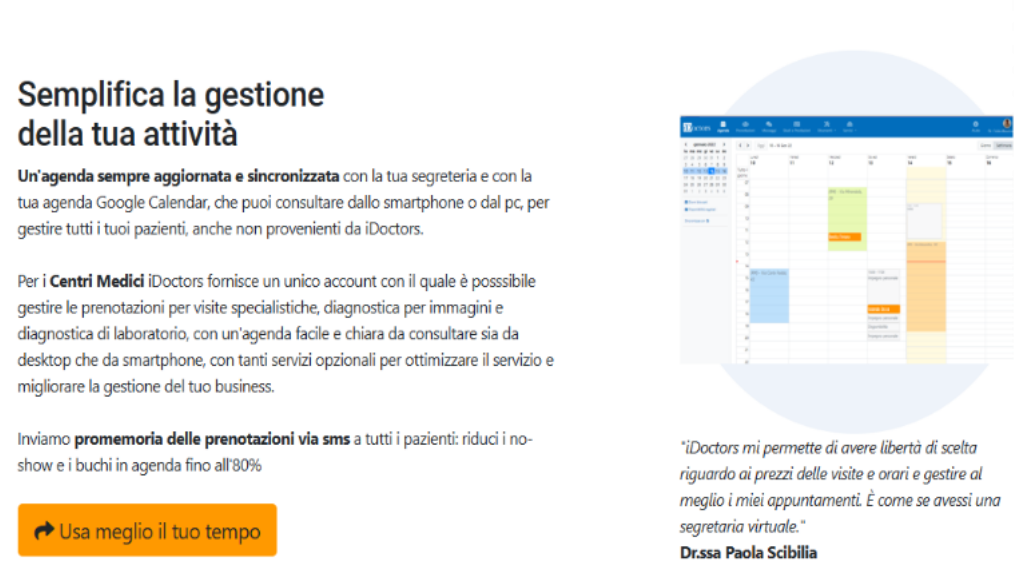
In sostanza non si tratta di un sistema basato su algoritmi predittivi o su valutazioni automatizzate, ma si caratterizza per essere una struttura trasparente di ricerca e selezione, dove è il paziente a esercitare piena autonomia nella scelta del medico. In questo senso, Idoctors propone un matching semplificato che si limita a organizzare e rendere accessibili le informazioni necessarie alla scelta, senza operare una selezione attiva o una classificazione dei professionisti.

La piattaforma ha inoltre organizzato, tramite un'agenda condivisa su google calendar, la possibilità di gestire prenotazioni e fissare appuntamenti e un sistema di comunicazione medico-paziente

[11] Non è emerso se tale consulenza sia o meno a pagamento.

che prevede l'invio di messaggi per promemoria con lo scopo di limitare defezioni e incomprensioni.

Figura 9: Scheda agenda condivisa Idoctors.



Fonte: https://www.idoctors.it/ai

La terza attività proposta riguarda, come descritto sopra, la possibilità di Idoctors di porsi come vetrina per medici e professionisti che vogliano ampliare per diversi motivi il proprio capitale sociale e raggiungere nuovi pazienti.

L'offerta della piattaforma si declina nella possibilità per i medici di usufruire di una consulenza gratuita e specifica, accessibile cliccando in uno specchietto con una freccia e la dicitura "Trova i tuoi nuovi pazienti".

"Offriamo la possibilità di aiutare i medici a posizionarsi meglio nella piattaforma e farsi vedere. Uno che ha studiato medicina per 10 e passa anni, è comprensibile che non sia un social media manager.

Quindi possono parlare con uno dei nostri consulenti che li aiuta a migliorare il profilo, sistemare il curriculum e magari valorizzare quegli aspetti e quelle esperienze che sappiamo essere più cercate."

(Co-founder di Idoctors)

Questi elementi fanno emergere come la piattaforma non si ponga solamente come intermediario neutrale ma adotti sistemi di miglioramento del servizio di matching.

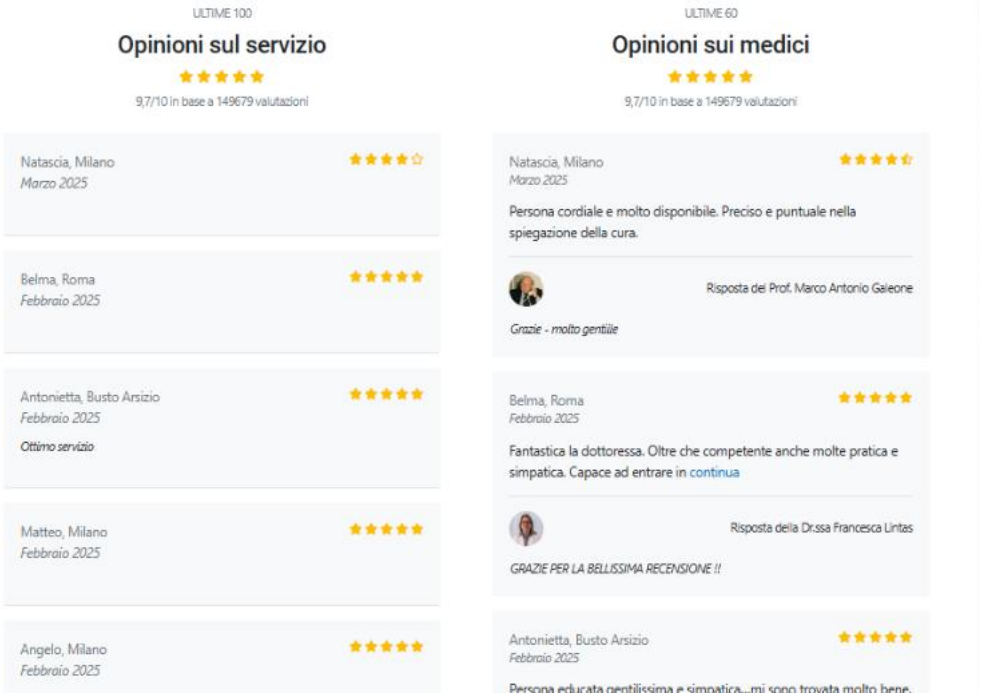
2.4.4. Valutazioni e sistema reputazionale di Idoctors.

Idoctors attribuisce molta rilevanza alle recensioni del medico da parte del paziente[10]. Il sistema delle recensioni è stato introdotto per volontà degli amministratori nel 2010, due anni dopo l'avvio delle attività, e ha da subito provocato reazioni contrastanti tra i professionisti. Durante l'intervista è stato evidenziato come diversi medici abbiano abbandonato la piattaforma alla notizia dell'introduzione di questa funzionalità. Altri invece hanno riscontrato il valore della novità introdotta.

"Quello delle recensioni è un discorso molto importante, noi le abbiamo introdotte non subito, nel 2010, pensi che alcuni medici sono usciti quando abbiamo annunciato che avremmo messo le recensioni da parte dei pazienti. Proprio perché sembra di parlare di un altro mondo, non esiste che un paziente può giudicare, su quale base? Però alcuni sono stati molto contenti, la maggior parte, perché capivano il valore che questa cosa poteva avere, alcuni invece addirittura sono usciti… secondo me questa cosa in parte inevitabilmente un po' condiziona il medico, non per l'operato, voglio sperare che la sua professionalità e l'attenzione alla cura del paziente sono sempre quelle, però magari un minimo più di attenzione, faccio un esempio sciocco ad avvisare se tarda, ad alcune piccole attenzioni accessorie che potrebbero essere considerate secondarie ma che per i pazienti sono molto importanti. Sicuramente questa cosa influisce, perché ogni medico è un caso a sé, però ce ne sono alcuni che sono molto attenti alle recensioni, come qualunque professionista."

(Co-founder di Idoctors)

Figura 10: Scheda recensioni dei medici di Idoctors.



Fonte: https://www.idoctors.it/medico/993/0

La strutturazione del sistema è basata sulla possibilità del fruitore di esprimere una recensione scritta e una valutazione qualitativa da una a cinque stelle.

Un altro elemento sottolineato durante l'intervista riguarda la visibilità delle recensioni. Idoctors ha introdotto un sistema per cui è possibile rilasciare recensioni solo a coloro che hanno prenotato ed effettuato una visita tramite la piattaforma e la recensione è visibile solo dagli iscritti alla piattaforma e viene comunque vagliata riguardo a contenuti forti o inadeguati rispetto al contesto.

L'analisi evidenzia come Idoctors consideri le recensioni dei medici non come strumenti definitivi per valutare l'operato professionale o come meccanismi che introducono sistemi penalizzanti o premianti, ma piuttosto come elementi concepiti per rafforzare il

profilo del professionista. Questa visione si inserisce in una dinamica di costruzione e mantenimento delle relazioni e accrescimento del capitale sociale, fondamentale per accrescere il prestigio e la reputazione all'interno di una rete (Bourdieu, 1979). Le recensioni online possono inoltre essere interpretate come parte di una strategia di presentazione del sé, attuata dai medici, attraverso una gestione dell'immagine (Goffman, 1959).

L’attenzione posta alle recensioni dei medici da Idoctors può essere vista come uno strumento strategico che aiuta la piattaforma a identificare elementi sui quali migliorare la qualità del servizio da una parte e aiutare i professionisti dall’altra a moltiplicare il capitale sociale e alimentare una dinamica di legittimazione dalla quale anche la piattaforma ne trae beneficio.

2.5 Doctorium.

La terza piattaforma selezionata come caso studio è Doctorium. Questa piattaforma può essere ricondotta, per struttura e funzionamento, al quarto modello idealtipico teorizzato, ovvero il modello *profession-driven blended care*. L'analisi desk effettuata attraverso un motore di ricerca generico come Google, ha riportato Doctorium come la meglio indicizzata subito dopo Doctolib. Inoltre la piattaforma presa in esame in questo paragrafo presenta delle caratteristiche e delle particolarità che la differenziano, come sarà approfondito nel presente paragrafo, dalle altre piattaforme. L'analisi del caso studio è stata effettuata sempre operando l'analisi desk del sito e dell'app e effettuando un'intervista semi-strutturata a una Co-founder, effettuata in data 17 Gennaio 2025 e che ha avuto una durata di circa 45 minuti.

2.5.1 Doctorium, idea di partenza e business.

Uno degli aspetti che differenzia il caso studio di Doctorium dai casi studio analizzati sopra riguarda il fatto che questa piattaforma sia stata ideata, pensata e fondata da medici. L'idea è nata nel 2015 dal dottor Eugenio Marino che l'ha inizialmente condivisa con la moglie Michela Carollo, che si occupa dei rapporti con utenti e fruitori del servizio e altri due medici amici; l dottor Carmine Catalano e la dottoressa Oslavia De Domenico che seguono i rapporti coi professionisti. Da questi quattro fondatori è stato fatto un lavoro di costruzione di una rete di medici. La struttura organizzativa, inizialmente composta solo dai quattro soci fondatori, è stata ampliata nel tempo e oggi è composta da un reparto commerciale formato da una persona specializzata, il settore legale formato da tre professionisti e il reparto della comunicazione composto da due interni più un digital manager esterno. Doctorium è nata dalla necessità di assistenza e cura di un parente dell'ideatore e fondatore della piattaforma. La soluzione delle video chiamate ha permesso di fornire assistenza al paziente che in questo modo poteva essere visitato da professionisti da remoto. Il passaggio successivo è stato quello di strutturare un servizio simile a disposizione di tutti.

"All'inizio serviva a curare il nonno di questo collega. Con i video consulti potevano visitarlo professionisti anche a distanza, magari non potevano andare di persona. Poi visto che la cosa funzionava è nata l'idea di provare a strutturarla per bene. Ci sono stati problemi. All'inizio, prima del Covid, venivamo visti, anche da

persone che ci conoscevano, a cui cominciavano a parlare di questa iniziativa, come dei mostri, nel senso che, oddio che cos'è questa cosa, sei una pazza, dal medico ci deve andare in presenza, dicevano. Considera che a maggior ragione questa idea veniva da medici, quindi veniva ancora vista peggio fondamentalmente, perché uno che non fa il medico, che non conosce le problematiche ci può anche stare, ma da un medico è ancora forse peggiorativa questa cosa"

(Co-founder Doctorium)

Dall'intervista è emerso che i primi mesi di lavoro sono stati mesi di contatti e tentativi di aggregazione informale di medici con lo scopo di creare una rete di professionisti disponibili a operare su piattaforma. La fondazione ufficiale di Doctorium, con sede legale a Catanzaro è avvenuta nel 2016.

Il percorso di crescita di Doctorium parte da un iniziale investimento di capitali personali e successivamente ha visto l'accesso a un round di finanziamenti di 430.000 euro da parte della Cassa Depositi e Prestiti.

Oggi Doctorium opera su tutto il territorio nazionale e conta la collaborazione di 500 medici professionisti proponendosi come servizio di connessione tra medici e pazienti. È stato adottato l'utilizzo dei diversi modelli di business articolati in tre principali categorie: il Business to consumer (B2C), rivolto direttamente alle persone che accedono alla piattaforma per usufruire delle prestazioni sanitarie offerte dai medici. La piattaforma prevede anche il Business to Business (B2B), consentendo a strutture sanitarie e ospedaliere di implementare video consulti per i poliambulatori e altre funzionalità che migliorano

l'efficienza operativa. Infine, il Business to Business to Consumer (B2B2C). Questa modalità prevede l'offerta di pacchetti di welfare destinati alle aziende, che possono poi offrire questi servizi ai loro dipendenti, promuovendo così il benessere e la salute all'interno dell'ambiente lavorativo.

2.5.2 Funzionamento di Doctorium.

La piattaforma si pone come intermediario tra pazienti e medici offrendo un servizio di matching gratuito per il paziente il quale può accedere ed iscriversi senza costi o oneri di alcun tipo. Accedendo alla piattaforma, il paziente può prenotare un video-consulto inserendo una patologia oppure può inserire direttamente il nome di un professionista già di sua conoscenza. Il pagamento avviene completamente all'interno di Doctorium, il paziente lo effettua attraverso un sistema integrato al momento della prenotazione o del video-consulto. Le transazioni sono gestite dal sistema in modo sicuro (carta o PayPal), e il medico riceve direttamente il compenso.

"Non interveniamo nel pagamento della visita, nel senso che non prendiamo quote. Il paziente paga il medico ma abbiamo deciso comunque di inserire un range dentro al quale stare, questo per non avere consulti medici che costano molto al di sopra dei prezzi di mercato e restare comunque concorrenziali."

(Co-founder Doctorium)

La piattaforma offre al momento della scelta del medico una bacheca nella quale sono inseriti i profili e i costi dei medici, indicizzati in base a un criterio di prossimità rispetto al paziente. Quando il paziente accede al servizio viene supportato da un'area di servizio che lo orienta, in base ai sintomi inseriti o alle necessità espresse. Successivamente il servizio di assistenza implementato da Doctorium intermedia le necessità del paziente con le disponibilità del medico il

quale ha anche la possibilità di approfondire e determinare la miglior modalità di procedere a partire dalla specifica casistica e sintomatologia. Durante l'intervista è stata evidenziata l'importanza che Doctorium attribuisce al centro assistenza formato da un team di quattro persone disponibili a intervenire per dare supporto ai medici nella gestione dell'agenda virtuale ma anche a orientare i pazienti nella scelta del medico o della specializzazione, i quali possono contattare questo team attraverso un'apposita finestra sul sito.

Il paziente ha anche uno spazio apposito in area utenti dove può caricare documenti clinici, ecografie, radiografie o esami, di modo che lo specialista possa visionarli e consultarli prima o durante il video-consulto (spazio non previsto nelle altre piattaforme analizzate). Inoltre, al termine del video-consulto al paziente viene trasmesso un riepilogo firmato digitalmente dal medico al quale, se necessario, è possibile allegare una ricetta medica o una prescrizione per farmaci.

Il video consulto urgente, prenotabile da un'apposita finestra nella pagina principale, garantisce la velocità di risposta e la possibilità di consulto nel più breve tempo possibile, a un costo maggiorato, definito dal medico, rispetto al tariffario previsto per il consulto ordinario.

Viene offerto anche un servizio tramite contatto telefonico in cui il paziente può confrontarsi con un contact center e descrivere i sintomi e viene indirizzato verso lo specialista più indicato. Questo servizio è l'unico che prevede un contatto diretto senza l'intermediazione dell'algoritmo.

Un altro servizio è il telemonitoraggio, ovvero la possibilità, previa sottoscrizione di un abbonamento, di ricevere un kit a domicilio con strumenti e dispositivi per il monitoraggio a distanza dei parametri

vitali da parte dei medici. Questo servizio prevede che, dopo ogni misurazione, che i dati monitorati vengano caricati automaticamente sulla piattaforma e analizzati dal medico.

2.5.3 Medici specialisti di Doctorium.

Doctorium ha operato la scelta di non offrire servizi di medicina di base.

"È nella cultura italiana tipica l'idea che il medico di base sia gratis per un paziente che può avere una visita col sistema sanitario senza pagare. Per non entrare in contrasto con questa idea tipica italiana, abbiamo deciso di lasciar perdere medici di base e concentrarci sui professionisti specializzati"

(Co-founder Doctorium)

Il sito della piattaforma riporta pubblicamente l'elenco delle 44 specializzazioni che Doctorium offre ai pazienti e per quanto riguarda il reclutamento dei professionisti, questo può avvenire in seguito a una richiesta da parte dei fondatori, su segnalazione di colleghi già attivi sulla piattaforma, oppure attraverso una candidatura spontanea tramite una apposita sezione nel sito. Il processo di selezione avviene, indipendentemente dal canale di candidatura adottato dal medico, tramite un percorso di valutazione che prevede un colloquio con i fondatori. Oltre a questo vengono richiesti ai medici due requisiti essenziali: l'iscrizione a un ordine e un'anzianità professionale e lavorativa di almeno 5 anni.

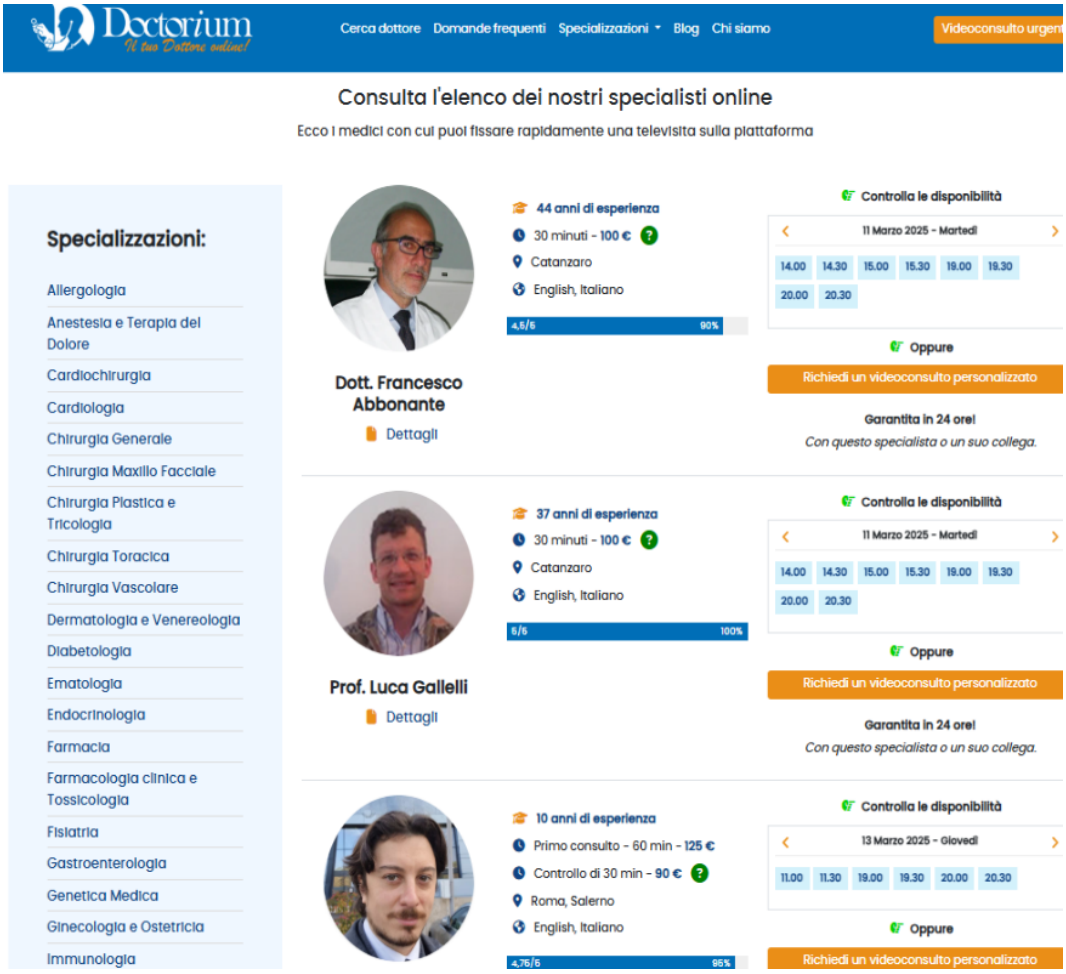
"Se i pazienti vedono che un medico non è alle prime armi, questo li porta a essere più tranquilli. Noi ci teniamo molto alla selezione di chi lavora con noi. Questo per tenere alto il livello e anche

monitorare. Facciamo colloquio e chiediamo titoli e iscrizioni ad albi o ordini. Senza questi requisiti non accettiamo di iniziare la collaborazione"

(Co-founder Doctorium)

I medici che effettuano la registrazione alla piattaforma devono descrivere sinteticamente il loro profilo, la specializzazione e la loro esperienza professionale e inserire una foto profilo secondo uno schema di riferimento impostato da Doctorium. Il profilo scritto dal medico viene pubblicato sulla piattaforma, previo controllo da parte dello staff di Doctorium che verifica la correttezza delle informazioni condivise.

Figura 11: Scheda bacheca dei professionisti di Doctorium.



Fonte: https://www.doctorium.it/dottori-online/

Questa analisi suggerisce come la piattaforma digitale tenda ad omogeneizzare la rappresentazione dei profili professionali, attraverso l'adozione di formati standardizzati e interfacce uniformi, che facilitano il matching tra domanda e offerta. Si tratta di meccanismi che possono favorire una maggiore trasparenza e rafforzare la fiducia tra utenti e professionisti, come messo in evidenza da Sundararajan (2016), che ha descritto il ruolo della fiducia digitale nelle piattaforme, e da Resnick e

Zeckhauser (2002), che ha discusso l'importanza dei sistemi reputazionali nel generare fiducia tra sconosciuti.

2.5.4 Valutazione dei professionisti.

Doctorium ha implementato un sistema reputazionale e introdotto dei parametri di valutazione visibili dagli utenti che accedono alla piattaforma. Il paziente, concluso il video-consulto, prima di poter scaricare il referto dalla sua area personale, può valutare il servizio e lasciare una recensione libera e una valutazione da una a cinque stelle, per valutare la qualità del servizio.

Le valutazioni, che possono essere scelte e utilizzate dai medici per arricchire il proprio profilo, sono state anche oggetto, da parte della piattaforma, di una problematizzazione legata al fatto che il paziente non possiede adeguati parametri di giudizio per valutare l'operato professionale del medico.

Doctorium attua una selezione delle recensioni adottando come elemento valutativo le recensioni che riguardano la capacità del medico di stare in relazione col paziente, la sua disponibilità, la gentilezza e la capacità di ascoltare e di fornire indicazioni chiare attraverso un linguaggio semplice.

"Abbiamo un sistema di recensioni ma valutiamo con attenzione perché un paziente non ha gli strumenti per valutare il lavoro di un medico. Ai medici sta bene perché loro possono farsi vedere, cioè se un medico ha tante recensioni positive sarà più facile per lui trovare nuovi pazienti. Però per i pazienti è una cosa che trattiamo con attenzione. Se si tratta di commentare il fatto che un medico è gentile, puntuale o come si è posto, allora sì. Ma oltre a questo cerchiamo di valutare perché ci sono pazienti che usano le recensioni come valvola di sfogo.

Questa cosa non riguarda solo i medici ma Doctorium. Se un paziente parla male o critica un medico, poi nei forum quello che gira non è che quel medico non è bravo ma che Doctorium ha medici non preparati o altro. Insomma la critica è anche alla piattaforma."[12]

(Co-founder Doctorium)

Il sistema reputazionale di Doctorium presenta dunque una duplice valenza: la possibilità di fungere da biglietto da visita per i professionisti che trovano in questo un ulteriore strumento di legittimazione (Cottom, 2017) e contemporaneamente la possibilità per la piattaforma di un accrescimento reputazionale capace di rafforzare la propria credibilità e attrattiva (Tufekci, 2017). In questo modo il sistema delle valutazioni può incidere sulla logica reputazionale aumentando non solo la visibilità dei professionisti, ma contribuendo anche al valore complessivo della piattaforma, creando un ciclo di feedback positivo che può attrarre ulteriori utenti e professionisti (Snircek, 2016).

[12] In realtà, durante l'intervista non è emerso in modo esplicito se Doctorium elimini le recensioni negative, ma si evince una moderazione attenta volta a tutelare l'immagine della piattaforma.

2.5.5 Privacy.

Doctorium dedica una pagina su privacy e trattamento dati. Nel momento in cui un utente accede e si iscrive a Doctorium deve firmare l'informativa privacy secondo la normativa GDPR affinché si possano offrire garanzie sulle modalità di trattamento e conservazione dei dati. Sottoscrivendo il medesimo documento gli utenti acconsentono al trattamento dei propri dati personali e clinici. Inoltre l'utente è invitato a visionare e sottoscrivere un apposito consenso informato sui rischi connessi alla modalità di visita online e alla mancanza del contatto fisico tra medico e paziente.[13]

[13] https://www.doctorium.it/privacy

2.6 Cup Solidale.

L’ultimo caso studio selezionato e approfondito riguarda la piattaforma Cup Solidale, la quale può essere ricondotta al quarto modello idealtipico, ovvero delle piattaforme con sistema *profession-driven blended care*. Il criterio che ne ha definito la selezione riguarda il fatto che durante la mappatura Cup Solidale è emersa, rispetto alle 31 individuate, come una tra le piattaforme capaci di privilegiare l’intermediazione di servizi tra pazienti e aziende private e centri ambulatoriali anziché rivolgersi a privati liberi professionisti.

L'approfondimento del caso studio è stato condotto attraverso un'analisi desk e un contatto diretto con il servizio clienti, che ha fornito l'indirizzo email della responsabile del back office e digital specialist che si è dimostrata disponibile a partecipare a un'intervista di un’ora e dieci minuti su Teams, tenutasi in data 20 Gennaio 2025. Durante l’intervista la responsabile del back office ha fornito una panoramica dettagliata delle dinamiche relazionali con gli utenti e del funzionamento della piattaforma.

2.6.1 Piattaforma: storia, mission e business.

Cup Solidale nasce nel 2017 da un'idea di Leonardo Aloi, attuale Ceo dell'azienda. Nasce come supporto ai pazienti per agevolare la ricerca e la prenotazione di visite presso centri ospedalieri e ambulatoriali nella regione Toscana. Durante la pandemia da Covid inizia a fornire servizi ai cittadini di prenotazione tamponi e vaccini allargando la propria rete anche alle farmacie e proprio durante questo periodo amplia la sua rete di ambulatori e servizi.

Ad oggi Cup Solidale conta una rete di 4.704 realtà associate[14] , tra cliniche e ambulatori e ha strutture accreditate operanti nell'80% dei comuni della regione. L'accreditamento prevede un contratto con la piattaforma facilmente rescindibile, senza penali, da parte delle realtà associate. La piattaforma si è sviluppata adottando un sistema di Business to Business (B2B) il quale prevede che ricavi e finanziamenti provengano dalla commissione che istituti medici, ambulatori e farmacie versano a CupSolidale al momento dell'iscrizione. Cup solidale offre anche servizi B2C ma la scelta è stata quella di concentrare maggiormente l'attenzione su un servizio offerto alle strutture nasce con due principali motivazioni evidenziate durante l'intervista:

"Intanto è più facile gestire i rapporti commerciali. A parte l'atto commerciale in sé, per noi è molto meglio lavorare con le strutture perché con un contratto, con una clinica magari, prendiamo

[14] Dato aggiornato al giorno settembre 2024, data dell'intervista.

100 medici piuttosto che fare 100 contratti con 100 medici singoli. Quindi il rapporto è molto meglio. E poi vogliamo fornire un servizio di intermediazione che però non entri nel merito della visita. Contrattare i medici direttamente può voler dire mettersi anche più in campo rispetto a valutazioni legate a qualità del medico, se poi un medico sbaglia può andarci di mezzo Cup Solidale."

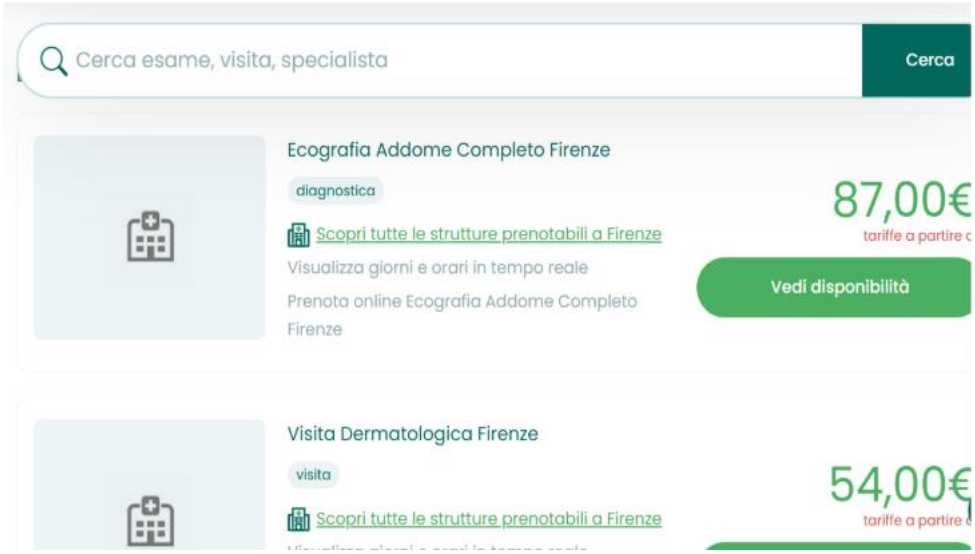
(Responsabile back office, Cup Solidale)

La prima motivazione riguarda una facilitazione di gestione contrattuale. La seconda motivazione invece è più legata alla volontà della piattaforma di fungere da mero intermediario distanziandosi dalla possibilità di eventuali valutazioni degli utenti legate ai contenuti o alla qualità delle prestazioni che medici o centri specialistici offrono.

Il paziente che si rivolge a Cup Solidale può usufruire del servizio senza iscrizione e in modo gratuito, accedendo e inserendo il proprio domicilio e la prestazione specialistica che cerca o la struttura di cui è già a conoscenza. Elaborati i dati inseriti, la piattaforma fornisce un elenco di strutture sanitarie, dalla più vicina alla più lontana, in base al criterio della localizzazione e della prossimità.

È possibile anche operare una scelta selezionando un filtro che presenta l'elenco di prestazioni sanitarie dalla meno costosa alla più onerosa.

Figura 12: Scheda elenco degli ambulatori di Cup Solidale in base al costo.



Fonte: https://www.cupsolidale.it/

Oltre a questo è presente anche un sistema di Chatbot implementato dagli amministratori al fine di orientare i pazienti nel sito e indirizzarli a scelte corrette. Il sistema di chat prevede delle risposte standard su funzioni della piattaforma, possibilità di gestione agenda, prenotazione o cancellazione appuntamenti e anche su orientamento di tipo diagnostico. Il servizio chat non è rivolto esclusivamente agli utenti ma esiste la possibilità anche per ambulatori e farmacie di contattare il customer care e chiedere informazioni riguardo costi, sistema gestionale e contratti con le strutture.

L'offerta che viene garantita dalla piattaforma prevede la possibilità per i cittadini di prenotazione e gestione degli appuntamenti per visite, consulti, elaborazione ricette e diagnostica, sgravando così le strutture aderenti alla piattaforma di tutta la gestione. È possibile prenotare visite negli ambulatori ma è presente anche un servizio di

visite online in cui il paziente può interfacciarsi da remoto con il medico per un primo conulto. Nel sito è presente una pagina dove sono visibili tutte le specializzazioni offerte dagli ambulatori associati e dai medici.

CupSolidale prevede un team specializzato, formato da cinque operatori, che si occupa esclusivamente di gestire l'agenda e le prenotazioni per le strutture sanitarie, alle quali viene chiesto periodicamente un calendario che poi viene aggiornato in base alle richieste di appuntamenti da parte degli utenti. L'incrocio di disponibilità da parte delle strutture e richieste degli utenti è supportato in parte da un algoritmo e in parte dall'intervento di questo team. Compito del team è anche ricontattare gli utenti in caso di imprevisti per ricalendarizzare le visite; questo passaggio, previsto solo nei casi di riorganizzazione dovuti a cause esterne alla volontà delle parti coinvolte, viene espletato tramite comunicazione telefonica per velocizzare la procedura, evitare ulteriori incomprensioni e mantenere una fidelizzazione dell'utente attraverso un rapporto più diretto.

Oltre a questo team, la struttura della piattaforma ne prevede altri due: uno commerciale, dedicato alla ricerca e comunicazione con nuove potenziali strutture sanitarie clienti e uno IT dedicato alla gestione tecnica e risoluzione di problemi digitali che la piattaforma può generare.

"Siamo in tre team, uno, il più importante riguarda la gestione delle agende delle strutture sanitarie. Ci comunicano le loro disponibilità e l'agenda, poi il sistema algoritmico incrocia richieste dei pazienti e disponibilità delle strutture. Noi interveniamo per sistemare, fissare e o aggiustare eventuali problemi o visite fissate e poi disdette, oppure se ce la necessità di rifissare. Però questo intervento

lo facciamo per telefono, questo perché comunque ci possono essere ulteriori incomprensioni, poi per telefono è più veloce e poi, importante, sentendoli per telefono è come se si creasse o si confermasse ulteriormente un rapporto di fiducia. Sai, se hai un problema e ti viene risolto online sei soddisfatto ma se ricevi una telefonata, per noi, c'è quel valore in più dato dal rapporto umano. Poi c'è il team commerciale che cerca nuovi clienti e ovviamente l'IT."

(Responsabile back office, Cup Solidale)

La piattaforma presenta dunque un modello che mira a esercitare un puro ruolo di intermediazione tra paziente e struttura sanitaria, non intervenendo nella relazione medico-paziente che può generarsi in un secondo momento e al di fuori della dimensione operativa di CupSolidale. Gli interventi che la piattaforma opera si pongono a livello gestionale organizzativo riguardo agenda delle strutture sanitarie, calendario e disponibilità alle visite.

2.6.2 Recensioni e sistema di valutazione delle strutture sanitarie.

CupSolidale non ha adottato alcun sistema di valutazione e o spazio dedicato alle recensioni per i pazienti. Non è previsto nella piattaforma un sistema in cui i pazienti possano rilasciare commenti e o valutazioni sulla struttura o sulla piattaforma stessa. Le motivazioni di questa scelta risiedono nella volontà di mantenere una posizione neutra rispetto alla valutazione dell'operato del personale sanitario e mantenersi focalizzati sul servizio di prenotazione e intermediazione di appuntamenti per il cliente.

È previsto invece un sistema interno di valutazione, indirizzato al miglioramento del servizio, che prevede, per gli utenti che accedono al servizio, l'invio di una email con una survey anonima, e che viene successivamente analizzata per impostare interventi migliorativi a livello di funzionamento dei servizi.

"*Non abbiamo sistemi di recensioni o stelline o altro simile. Non ci sembra giusto che un paziente possa valutare l'operato di un medico, magari in base a antipatie o anche solo per una visita di pochi minuti. Abbiamo però un sistema di valutazione interno per capire come migliorarci. Per i nostri utenti mandiamo una email con un questionario, una survey, loro possono rispondere in modo anonimo. E ti giuro che lo fanno e un sacco. Noi analizziamo queste risposte nel senso che se uno ci scrive cose assurde, le cestiniamo, invece le suggestioni realistiche le valutiamo e le usiamo per capire come*

migliorare tutto. Poi è inevitabile che qualcuno metta recensioni su di noi su Google o Facebook o altro. Ma a noi non interessa questo. Cerchiamo di concentrarci sul servizio per i pazienti."

(Responsabile back office, Cup Solidale)

L'utilizzo che la piattaforma CupSolidale fa degli strumenti di valutazione è esclusivamente indirizzato al miglioramento del servizio offerto al paziente e non prevede classifiche reputazionali di strutture accreditate o medici. Tale approccio può portare a elaborare un'analisi in cui la piattaforma analizzata può contribuire alla generazione di un sistema più orientato al paziente, in cui il focus è sulla qualità dell'assistenza e l'obiettivo è la creazione di valore condiviso piuttosto che la generazione di fenomeni di competizione individuale tra gli utenti.

2.7 Le piattaforme a confronto.

L'analisi qualitativa dei quattro casi non rappresentativi ha permesso l'identificazione di alcuni particolari elementi, sviluppati dagli amministratori delle piattaforme, che pur essendo presenti nelle piattaforme vengono sviluppati in modalità differenti e con caratteristiche proprie. Anzitutto il punto di partenza da cui è nata e si è sviluppata ogni piattaforma è simile, ovvero facilitare l'incontro tra medico e paziente attraverso una intermediazione digitale. Uno dei criteri trasversali a tutti e quattro i casi è la prossimità. Questo presupposto viene poi declinato in modalità operative differenti: mentre Idoctors e Cup Solidale si limitano alla pura intermediazione, attuata attraverso criteri come la prossimità o la possibilità di scelta della specializzazione per il paziente, Doctolib e Docotrium invece intervengono direttamente nel processo di intermediazione. La prima con sistemi di facilitazione nelle comunicazioni tra attori, non solo medici e pazienti ma anche medici e medici. Questi sistemi hanno lo scopo di agevolare la ricerca dei pazienti e facilitare il lavoro dei medici nella gestione degli appuntamenti. La seconda invece ha strutturato un centro assistenza apposito per accompagnare e aiutare e orientare i pazienti. Doctolib inoltre ha previsto un sistema in cui è possibile la prenotazione di visite per conto di terzi, cosa non emersa negli altri casi.

Altra caratteristica declinata con modalità differenti riguarda la modalità di scelta del medico. In tutti e quattro i casi la prossimità risulta essere l'elemento principale. Docotlib a questo ne combina diverse altre come specializzazione, randomizzazione, la possibilità di esporre il sintomo alla piattaforma ed essere indirizzati. Negli altri casi

invece i criteri si limitano alla prossimità e alla possibilità di scelta della specializzazione. Il ventaglio di ipotesi che un paziente si trova di fronte accedendo alla piattaforma apre alcune considerazioni riguardo al concetto di credibilità delle piattaforme che emerge come un aspetto fondamentale nel contesto delle interazioni e nelle logiche legate alla fiducia che si sviluppa con gli utenti. Il primo passo che i pazienti fanno è quello di scegliere e accedere a una piattaforma attraverso la quale potranno effettuare la scelta di un medico. Prima di valutare la credibilità di un medico, gli utenti tendono quindi a considerare la reputazione e l'affidabilità della piattaforma stessa (Jarvenpaa e Teigland 2017). La valutazione della credibilità degli utenti è spesso preceduta dalla considerazione dell'affidabilità della piattaforma. Inoltre un altro elemento riguarda la fiducia. Questo elemento per una piattaforma funge da intermediario che facilita la fiducia tra gli utenti e risulta fondamentale per la costruzione della reputazione di quella piattaforma (Möhlmann 2016) e riflette inoltre dinamiche sociali come la reciprocità e la costruzione di relazioni.

Altro aspetto concerne il rapporto coi medici i quali operano tutti in libera professione, ma in alcuni casi sono vigenti dei vincoli contrattuali che possono limitare lo spazio di azione e di autonomia del professionista. Docotlib vincola i medici ad operare con un contratto di almeno un anno. Docotrium invece pone vincoli in ingresso e seleziona solo medici con anzianità di almeno 5 anni. Di contro non sono presenti solo limitazioni ma, come nel caso di Idoctors che ha previsto una sezione apposita per aiutare i medici ad ampliare la rete, la piattaforma può porsi come strumento di miglioramento e ampliamento della rete dei medici.

Le uniche due piattaforme tra le quattro rilevate che vedono la possibilità per i pazienti di rilasciare recensioni sono Idoctors e Docotrium ma entrambe nelle interviste hanno espressamente dichiarato di aver previsto questo strumento per migliorare e aumentare la qualità del servizio e non per introdurre meccanismi di giudizio, penalizzanti o premiali, del lavoro dei medici. Questo elemento apre ad alcune considerazioni riguardo la percezione e le reali ricadute del fenomeno delle recensioni. Le valutazioni non influiscono esclusivamente il prodotto o il servizio ma anche la percezione che gli utenti nutrono rispetto ai professionisti o alla piattaforma (Origgi 2018). Nascono alcune possibili criticità, che la letteratura ha esposto e documentato, come il fenomeno dell'inflazione della reputazione nei casi in cui le valutazioni tendono a essere eccessivamente positive e generano una distribuzione asimmetrica delle recensioni (Zervas et al. 2015). Ciò può portare a una percezione distorta della qualità reale dei servizi. La costruzione della reputazione rimane un elemento fondamentale che spinge le piattaforme ad attuare azioni e adottare pratiche ben precise. Invece L'approccio di CupSolidale e di Doctolib, che evita un sistema di recensioni pubbliche, riflette inoltre un tentativo di mantenere una posizione neutrale e di concentrarsi sulla qualità del servizio, piuttosto che sulla competizione tra professionisti (Tufekci, 2017).

L'espansione di piattaforme come Doctolib, Idoctors, Doctorium e CupSolidale riflette un cambiamento significativo nel modo in cui pazienti e professionisti della salute interagiscono, evidenziando le opportunità e le sfide associate a questa evoluzione. Se da un lato questa espansione rappresenta un'opportunità significativa per migliorare l'accesso e l'efficienza dei servizi sanitari, dall'altro richiede una

riflessione critica sulle dinamiche etiche, di potere e di accesso che queste tecnologie comportano. In tutti i casi studio la questione legata a privacy e gestione dei dati viene risolta con una semplice pagina esplicativa e informativa sulle norme di protezione dei dati europee e nazionali. In nessuno dei casi è stato possibile ricavare informazioni riguardo all'utilizzo interno dei dati che le piattaforme possono effettuare. Le preoccupazioni riguardo alla raccolta e all'uso dei dati degli utenti rimangono fondamentali per garantire un approccio responsabile e trasparente nella fornitura dei servizi (Zuboff, 2019) a maggior ragione in un settore come quello sanitario. E se da un lato la percezione di quanto una piattaforma protegga i dati degli utenti è fondamentale, se gli utenti ritengono che la piattaforma abbia misure di sicurezza adeguate, saranno più propensi a interagire, dall'altro questo fenomeno non può essere relegato alla semplice sfera della percezione. Le piattaforme si trovano oggi contese tra due esigenze: da una parte la necessità di raccogliere dati per migliorare i servizi, dall'altra le aspettative di privacy dei pazienti. La necessità che emerge è quella di trovare e garantire un equilibrio adeguato tra i due (Nissenbaum, 2010).

Capitolo 3. Medici e piattaforme.

3.1 Introduzione: Come le piattaforme impattano sulle logiche professionali.

Le piattaforme digitali stanno rivoluzionando profondamente le modalità con cui i professionisti operano e si identificano con il loro lavoro e la crescente importanza di queste nel mercato del lavoro contemporaneo solleva interrogativi cruciali su come i professionisti costruiscano e mantengano la loro identità lavorativa in un contesto sempre più mediato dalla tecnologia. È in atto a un profondo mutamento di valutazione delle prestazioni lavorative dei professionisti, non più basata su una performance assoluta (come l'esecuzione di un dato lavoro) ma su performance relative per le quali basta una semplice modifica dell'applicazione digitale da parte di un tecnico IT per generare un aumento esponenziale delle asimmetrie e della competitività tra i diversi soggetti (De Vita, Lucciadini, Puglignano 2018).

Alcuni tratti caratteristici di tale trasformazione sono già stati sottolineati nei diversi approcci al tema che la letteratura offre: le piattaforme intese come mercati multi-sided (Boudreau & Hagiu, 2009; Rochet & Tirole, 2006), aggregatrici di servizi e capaci di re-interpretare una intermediazione tra domanda e offerta. Una delle caratteristiche, già evidenziata nei capitoli precedenti, riguarda la loro possibilità di governare le regole delle transazioni accedendo ai dati generati grazie alle interazioni online e la possibilità di esercitare una forma di controllo grazie anche a una gestione opaca dei meccanismi di

assegnazione e intermediazione (Gandini et al., 2016). Questa dinamica di governo delle regole contribuisce anche a una riconfigurazione delle relazioni e dei rapporti di potere tra utenti, piattaforme e lavoratori, modificando attivamente alcuni aspetti del lavoro come ad esempio l'intensificazione del lavoro emotivo necessario ad autopromuoversi e migliorare il proprio profilo sulla piattaforma, una dinamica di compiacimento verso i clienti che poi rilasceranno una valutazione sull'operato o la necessità di sottostare a logiche organizzative innescate dalla piattaforma al fine di avere la possibilità di veder aumentare il proprio capitale sociale (Gandini, 2019). Inoltre l'infrastruttura digitale permette a clienti, fornitori, produttori e professionisti di interagire e costruire relazioni ma anche sviluppare mercati (Srnicek, 2017) riducendo da una parte le barriere di ingresso nel mercato del lavoro anche per i professionisti e generando dall'altra nuove logiche di mercato basate sul network effect (Rietveld & Schilling, 2021), sulla gestione algoritmica delle performance (Stark & Schilling, 2021) e su modelli legati a sistemi di reputazione digitale (Origgi & Pais, 2018). È possibile anche evidenziare un rafforzamento della commercializzazione della professionalità (Hanlon, 1998) da una parte e un processo di marginalizzazione delle professioni (Butler et al., 2012) dall'altra. L'esercizio del lavoro a distanza dei professionisti -che a volte operano esclusivamente tramite piattaforma- si intreccia con i processi di trasformazione della professionalità (Raval & Pal, 2019) e la diffusione delle tecnologie sta causando una frammentazione del lavoro e una perdita di potere professionale. Altro fenomeno indagato da parte della letteratura riguarda il potenziale declino delle professioni tradizionali legato all'avvento delle piattaforme digitali. Questo fenomeno evidenzia un processo di esternalizzazione del lavoro

professionale e delle attività altamente qualificate e può segnare la fine dell'"età dell'oro" delle professioni (Gorman e Sandefur, 2011). Questi elementi indicano come i processi di trasformazione del lavoro stiano erodendo i tratti tradizionali delle professioni portando a una progressiva svalutazione delle competenze specialistiche, a una trasformazione del sapere esperto procedure più semplici e controllabili, ricollegandosi alla tesi di Haug (1975) che ha introdotto il concetto di deprofessionalizzazione. L'applicazione di questo concetto al lavoro di piattaforma risulta particolarmente efficace: gli algoritmi frammentano le attività in compiti ripetitivi, riducono l'autonomia professionale e sostituiscono parte del sapere specialistico con procedure standardizzate, limitando la capacità decisionale dei lavoratori. Oltre a questo è utile precisare come l'innesco di processi di trasformazione dei meccanismi di aggregazione e appartenenza professionale sono oggetto di una ridefinizione che va a tratteggiare delle possibili nuove logiche di appartenenza professionale (Maestripieri 2017).

Da ultimo, riguardo al settore specifico di indagine selezionato, è utile sottolineare come, in Italia, la ricerca sociologica si sia concentrata prevalentemente sulla relazione medico-paziente, sulla costruzione sociale della malattia e sulla divisione del lavoro in sanità, quest'ultima interpretata soprattutto alla luce della cosiddetta "dominanza medica" (Freidson, 1970), ossia il potere che la professione medica ha storicamente esercitato nel definire le pratiche, le regole e le gerarchie all'interno del sistema sanitario. Tuttavia, risultano più rare le analisi che esplorano il vissuto soggettivo dei medici (Speranza, Tousijn e Vicarelli, 2008), in particolare rispetto alla logica di

appartenenza professionale e a come questa venga ridefinita quando l'esercizio del lavoro avviene tramite piattaforma digitale.

Alla luce di questi elementi il presente capitolo si propone di esplorare il fenomeno del lavoro di medici e professionisti sanitari intermediato dalle piattaforme digitali e le trasformazioni in atto nelle logiche di appartenenza professionale alle quali i medici di piattaforma sono soggetti.

3.2 Il campione dei professionisti.

La domanda che sta alla base della ricerca di questo capitolo riguarda la seguente dinamica: come le piattaforme stanno riscrivendo le logiche di appartenenza e l'identità professionale dei medici che decidono di lavorare tramite piattaforma professionale?

L'analisi parte dall'articolazione dei quattro casi studio analizzati, che è stata utilizzata da cornice interpretativa per comprendere come i professionisti percepiscono e sperimentano il lavoro all'interno dei seguenti modelli di piattaforma: il modello *profession-driven digital care* con medici di Idoctors e il modello *profession-driven blended care* con medici di Doctolib, Doctorium e Cup Solidale.

Ciò che vuole essere indagato riguarda le dinamiche di trasformazione delle logiche di aggregazione e di identità professionale operate dalle piattaforme e viene effettuato attraverso interviste semi-strutturate ai medici di piattaforma. È stato possibile contattare i medici e procedere con le interviste grazie prevalentemente alle segnalazioni di questi contatti dai Ceo intervistati nel capitolo secondo, grazie ai medici che dopo ogni intervista si sono resi disponibili a rilasciare contatti dei colleghi e anche grazie ad alcuni canali informali. Per motivi di privacy non sono stati riportati i nomi dei medici ma soltanto la specializzazione, il sesso e la piattaforma per la quale operano. La ricerca di medici da intervistare è continuata fino a quando non si è ritenuto di avere raggiunto la saturazione, cioè una volta maturata la convinzione che nuove interviste non avrebbero apportato nuove informazioni ritenute significative ai fini della ricerca. Sulla base di

questi presupposti, le interviste realizzate sono state ventidue; I medici intervistati sono suddivisi tra le quattro piattaforme nel seguente modo: 6 operano presso Doctolib, 6 presso Doctorium, 5 con Idoctors e 5 con Cupsolidale. Dopodiché si è ritenuto di aver saturato la variabilità delle possibili testimonianze (Bertaux 1999).

L'approfondimento e le interviste si sono focalizzate sui seguenti processi ritenuti particolarmente significativi rispetto al tema:

A. L'accesso alla piattaforma da parte del professionista e la possibilità di moltiplicazione del suo capitale sociale.
B. Possibilità di accesso ai campi e di lavoro tramite piattaforma.
C. Valutazioni e recensioni degli utenti.
D. Professionisti e autonomia nel lavoro di piattaforma.
E. Reputazione delle piattaforme e reputazione dei professionisti.

Per quanto concerne i risultati che saranno esposti si è preferito adottare il criterio di estrapolazione (Silverman, 2002), ritenendo utile far emergere elementi di interesse che possano essere validi per la domanda di ricerca, le particolarità del contesto e della popolazione studiata. Grazie ai contatti e alle segnalazioni è stato possibile selezionare medici provenienti da molteplici specializzazioni, ma ciò che maggiormente interessa è il discorso organizzativo e i processi trasformativi e non la specializzazione del professionista. Le interviste sono state tutte registrate e trascritte per consentire una più completa analisi del contenuto. Solo in cinque casi hanno richiesto di visionare le domande prima di acconsentire all'intervista. Ai medici è stata comunicata la registrazione delle interviste che sono state effettuate tramite Google Meet e sono durate da un minimo di 35 minuti a un massimo di 1 ora e 10 minuti. L'effettuazione delle interviste ai medici

di piattaforma digitale attraverso Google Meet è stata funzionale sia per garantire l'assenza di rumori di fondo e dunque garantire condizioni ottimali per esigenze organizzative e temporali dei professionisti e in un'ottica di rispetto del principio secondo il quale l'intervista dovrebbe avvenire in un contesto il più possibile vicino a quello abitudinario e quotidiano dell'intervistato (Montesperelli, 1998).

Tabella 23: Campione dei professionisti e loro caratteristiche.

ID	Sesso	Età	Specializzazione	Città	Piattaforma	Modalità di lavoro	Modello Piattaforma
1	M	55	Gastroenterologo	Bergamo	Doctolib	Misto (ospedale+ piattaforma)	profession-driven blended care
2	F	38	Dermatologo	Milano	Doctorium	Misto (Studio+ piattaforma)	profession-driven blended care
3	M	42	Oculista	Milano	Doctolib	Misto (Studio+ piattaforma)	profession-driven blended care
4	F	43	Endocrinologo	Firenze	Doctorium	Misto (Ospedale+ piattaforma)	profession-driven blended care
5	F	58	Neurologo	Torino	Idoctors	Misto (Ospedale+ piattaforma)	profession-driven digital care
6	M	61	Dermatologo	Bologna	Idoctors	Misto (Studio+ piattaforma)	profession-driven digital care
7	M	51	Dermatologo	Milano	Doctorium	Misto (Ospedale+ Piattaforma)	profession-driven blended care
8	F	38	Dermatologo	Brescia	Idoctors	Misto (studio+ piattaforma)	profession-driven digital care
9	F	43	Neurologo	Firenze	Cupsolidale	Centro Sanitario	profession-driven blended care
10	F	39	Ortopedico	Milano	Doctorium	Misto (studio + piattaforma)	profession-driven blended care
11	M	49	Oculista	Milano	Idoctors	Misto (studio+ ospedale+ piattaforma)	profession-driven digital care

12	F	43	Proctologo	Bologna	Idoctors	Misto (ospedale+ piattaforma)	profession-driven digital care
13	M	46	Neurologo	Milano	Doctorium	Misto (ospedale+ piattaforma)	profession-driven blended care
14	F	34	Medicina estetica	Milano	Doctolib	Misto (studio+ piattaforma)	profession-driven blended care
15	F	38	Andrologo	Salerno	Doctorium	Misto (centro+ piattaforma)	profession-driven blended care
16	F	55	Dermatologo	Firenze	Cupsolidale	Centro sanitario	profession-driven blended care
17	M	52	Urologia	Firenze	Cupsolidale	Centro sanitario	profession-driven blended care
18	F	51	Ginecologia	Firenze	Doctolib	Misto (studio+ piattaforma)	profession-driven blended care
19	M	55	Chirurgia generale	Palermo	Doctolib	Misto (ospedale+ piattaforma)	profession-driven blended care
20	F	39	Neurologo	Torino	Doctolib	Misto (centro+ piattaforma)	profession-driven blended care
21	M	46	Gastroenterologia	Firenze	Cup Solidale	Centro sanitario	profession-driven blended care
22	F	42	Urologo	Firenze	Cup Solidale	Centro sanitario	profession-driven blended care

Fonte: elaborazione dell'autore.

Prima di procedere con l'analisi delle interviste per evidenziare quegli elementi caratteristici che nel mondo delle piattaforme stanno

contribuendo a riscrivere le logiche professionali è comunque opportuno fare una breve digressione sul concetto di professione e professionalizzazione e sulla loro evoluzione nel dibattito sociologico.

3.2.1 Questioni etiche e gestione dei dati della ricerca.

Considerata la natura del settore oggetto di studio, caratterizzato dalla presenza di servizi sanitari e dalla gestione di informazioni potenzialmente sensibili, particolare attenzione è stata dedicata agli aspetti etici della ricerca e alla gestione dei dati raccolti durante le diverse fasi dell'indagine.

Negli studi sociologici che coinvolgono professionisti della salute e servizi sanitari digitali, la riflessione sulle implicazioni etiche della ricerca assume un ruolo centrale. Le piattaforme digitali di cura operano infatti in un ambito che riguarda direttamente la salute delle persone e la gestione di dati personali sensibili. Di conseguenza, è necessario adottare procedure di ricerca che garantiscano la tutela della privacy degli individui coinvolti e il rispetto dei principi di riservatezza e anonimato (Israel, 2015; Wiles, 2013).

La protezione dei soggetti coinvolti trascende la mera conformità burocratica al GDPR, configurandosi come un imperativo etico volto a salvaguardare l'integrità della relazione di cura e la reputazione professionale degli intervistati. Nella ricerca sociologica sulle piattaforme, la vulnerabilità del dato è duplice: da un lato vi è il rischio di de-anonimizzazione dei pazienti citati indirettamente nei racconti dei medici, dall'altro la necessità di proteggere i professionisti stessi da potenziali ritorsioni organizzative qualora esprimano giudizi critici sulle infrastrutture digitali in uso. Un protocollo etico rigoroso deve quindi prevedere non solo il consenso informato e la pseudonimizzazione dei dati, ma anche una gestione trasparente del ciclo di vita delle informazioni, assicurando che la restituzione dei

risultati avvenga in forma aggregata per impedire la riconducibilità delle opinioni a specifici contesti aziendali o piattaforme commerciali. Questo approccio garantisce la creazione di un "ambiente sicuro" che favorisce la sincerità del rispondente, elemento indispensabile per ottenere dati di alta qualità scientifica su temi sensibili come l'errore clinico mediato dalla tecnologia o la gestione della privacy nel rapporto medico-paziente.

Nel presente lavoro la ricerca è stata condotta utilizzando prevalentemente dati pubblicamente disponibili e materiali accessibili online, come siti web delle piattaforme, documentazione informativa e contenuti pubblicati dalle stesse organizzazioni. L'analisi delle piattaforme digitali si è quindi basata su fonti aperte e consultabili pubblicamente, evitando l'utilizzo di informazioni sensibili o non accessibili al pubblico.

Per quanto riguarda le interviste realizzate con i professionisti sanitari, sono state adottate alcune precauzioni metodologiche volte a garantire la tutela degli intervistati. In primo luogo, ai partecipanti è stato spiegato l'obiettivo della ricerca e l'utilizzo dei dati raccolti, specificando che le informazioni fornite sarebbero state utilizzate esclusivamente per finalità di ricerca accademica. Inoltre, ai professionisti intervistati è stata garantita la possibilità di mantenere l'anonimato all'interno del lavoro di ricerca.

Le interviste sono state quindi analizzate e riportate nel testo evitando qualsiasi elemento che potesse rendere identificabili gli intervistati o le specifiche situazioni professionali descritte. I nomi dei professionisti coinvolti nella ricerca non vengono riportati e, laddove necessario, alcune informazioni sono state generalizzate al fine di evitare il rischio di identificazione indiretta.

Un ulteriore elemento di attenzione riguarda la gestione dei dati raccolti durante la ricerca. Tutti i materiali relativi alle interviste, comprese le trascrizioni e le note di ricerca, sono stati archiviati in forma riservata e utilizzati esclusivamente ai fini dell'analisi sociologica. Questo approccio risponde ai principi di responsabilità e integrità scientifica che guidano la ricerca nelle scienze sociali (Resnik, 2018).

Infine, è importante sottolineare che l'obiettivo della ricerca non è quello di valutare le singole piattaforme o i professionisti che vi operano, ma piuttosto comprendere le dinamiche sociali e organizzative che caratterizzano il funzionamento delle piattaforme digitali nel settore sanitario. L'analisi è pertanto orientata a una comprensione sociologica del fenomeno, evitando qualsiasi forma di giudizio normativo o valutazione individuale dei soggetti coinvolti.

L'attenzione agli aspetti etici della ricerca rappresenta quindi un elemento fondamentale per garantire la correttezza metodologica dello studio e per assicurare che l'analisi delle piattaforme digitali di cura avvenga nel pieno rispetto dei principi di tutela delle persone coinvolte.

3.3 Brevi cenni sui concetti di professione e professionalizzazione nella storia della sociologia.

Un primo approccio disciplinare allo studio dell'evoluzione delle professioni viene ricondotto al lavoro svolto da Carr-Saunders e Wilson (1933), i quali hanno ricostruito l'evoluzione di ventidue professioni inglesi evidenziando i principali tratti che le accomunavano. I due autori hanno contribuito, grazie al loro approccio, allo sviluppo di un tipo di interpretazione delle professioni che si è poi imposta nel dibattito accademico contribuendo alla genesi della teoria funzionalista. L'approccio tassonomico, consolidato successivamente nello studio svolto da Cogan (1955) e Greenwood (1957), identifica la professione come un fenomeno ben distinto dalla semplice occupazione lavorativa, caratterizzato dal possesso di elementi ben precisi: il possesso della conoscenza specifica di una materia e l'autorevolezza che ne deriva, la dedizione a una causa da perseguire, l'identificazione con un nucleo di pari che si riuniscono in un'organizzazione autonoma e la determinazione a svolgere una specifica attività acquisita e trasmessa durante e attraverso il processo di socializzazione (Bassetti 2010).

Un differente approccio viene fornito dai sociologi neoweberiani (Johnson 1972, Larson 1977, Freidson 1988) i quali hanno posto maggior attenzione alle strategie adottate da gruppi e soggetti collettivi per acquisire e conquistare il controllo e il dominio di spazi e nicchie di mercato. I gruppi professionali vengono intesi come gruppi di potere capaci di agire per l'ottenimento di forme di regolazione sociale,

protezione legale (Roth 1974) e la possibilità, per i propri membri, di mettere in pratica strategie di chiusura del mercato definendo norme e leggi riguardo i confini con altri gruppi professionali adiacenti (Maestripieri 2017). L'autorità collettiva di una professione coincide e si identifica con la capacità di quest'ultima di proporre e imporre il proprio controllo nel campo di attività entro un quadro sia istituzionale che di relazioni esterne (Bassetti 2010).

Un altro contributo viene fornito dalla concezione funzionalista; tale impostazione, debitrice dell'opera di T. Parsons (1968), da un lato evidenzia come i professionisti siano coloro che si occupano di questioni che la società giudica particolarmente importanti, come la libertà o la salute e pone l'accento sui requisiti che si ritiene siano funzionalmente necessari per la relazione professionista-cliente e per le sue ricadute sulla società. Nello schema di Parsons non si confrontano gli individui ma i ruoli, ovvero i comportamenti richiesti dalla posizione occupata ed emerge in modo fondamentale il tema della fiducia che il cliente deve concedere al professionista, il quale si pone in maniera del tutto altruistica. Sempre secondo Parsons il professionista si caratterizza per una serie di aspetti che lo rendono esemplare di quella interdipendenza di interessi e valori su cui si fonda l'ordine sociale: neutralità affettiva, universalismo, collettivismo e specificità funzionale, status acquisito. L'analisi condotta da Parsons non è risultata tuttavia sufficiente a risolvere il problema di una definizione del termine capace di rispondere a tutti i dubbi (Santoro, 1999) e nonostante non si possa affermare in modo definitivo che esista una chiara ed universalmente accettata identificazione sociologica del termine professione (Tousijn, 1997) la sociologia ha continuato ad interrogarsi al riguardo, fornendo una mappa orientativa che mira a

definire cosa sia la professione e chi sia il professionista in modo olistico, comprendendone ogni suo aspetto e ogni caratteristica (Bellini, 2020). Alcuni elementi definitori vengono forniti da Speranza (1999) il quale ha definito sette caratteristiche determinanti la dimensione professionale.

La prima riguarda il controllo della e sulla conoscenza come bene più prezioso del professionista. La seconda caratteristica concerne l'autoregolazione costruita sulla consapevolezza che solo un professionista detiene le competenze adeguate per valutare l'operato di un altro professionista. La terza riguarda l'autonomia nella scelta del cliente, massima in alcune massima per alcune professioni come l'avvocato o l'architetto, ma ridotta per altre come il medico. Un'altra caratteristica riguarda la definizione dei bisogni e la modalità di provvedervi, data dalla conoscenza specializzata ed esercitata nel rapporto col cliente. Legata all'appartenenza a gruppi e ordini, la quinta caratteristica prevede la possibilità di pressione politica per mantenere o allargare il controllo legittimo su determinate aree tematiche. La sesta comprende la capacità propria del professionista di formarsi, interpretare ed eseguire determinate azioni dettate da politiche statali. L'ultima caratteristica elaborata nell'analisi di Speranza riguarda l'influenza morale esercitata sulla società, sempre in nome della competenza scientifica.

Speranza continua la sua analisi illustrando come il possesso e l'esercizio del potere del professionista, fornito dalla conoscenza tecnico scientifica, ha prodotto nel corso del Novecento tre caratteristiche idealtipiche di privilegio professionale, grazie alle quali è possibile riconoscere e distinguere il professionista in senso proprio:

l'esercizio del controllo dato dalla conoscenza; lo status e il ceto che definiscono il prestigio sociale e l'appartenenza ad albi o associazioni.

È utile evidenziare che i numerosi tentativi definitori posti in atto nel dibattito accademico, rispetto all'elaborazione di una descrizione chiara e comune di cosa sia una professione, trovano un ulteriore nutrimento nel dibattito che ha posto al centro un altro fenomeno, quello della professionalizzazione, e che ha permesso di approfondire le condizioni in cui gli attori che svolgono un'occupazione cercano di trasformarla in professione e di conseguenza trasformare loro stessi in professionisti operando in questo modo un cambiamento di prospettiva che ha permesso di passare dalla domanda "questa occupazione è una professione?" a "quali sono le condizioni in cui i membri di un'occupazione cercano di trasformarla in una professione e di trasformare sé stessi in professionisti?" (Hughes 1971). Questo cambiamento non ha comunque portato a rigettare gli elementi definitori del concetto di professione sopra richiamati ma piuttosto a riconcettualizzarli come fattori strategici per il conseguimento di posizioni di monopolio e privilegio e la conquista del riconoscimento sociale (McDonald, 1995). Il processo di professionalizzazione è stato nel corso degli anni inteso sempre più come percorso che un gruppo occupazionale percorre per ottenere un determinato status, rispetto all'analisi della professione intesa come entità stabile (Maestripieri 2017).

In questa logica, fondamentale è stato il contributo di Harold Wilensky (1964), il quale ha descritto il processo di professionalizzazione come un percorso standardizzato, composto da cinque fasi comuni a tutte le professioni: 1) la comparsa di una certa attività lavorativa come occupazione a tempo pieno, 2) l'identificazione

con un corpus di conoscenze e l'istituzione di scuole di formazione specialistica, 3) la nascita di associazioni professionali, 4) l'ottenimento dell'appoggio statale, e 5) la definizione di un codice etico.

La critica mossa a Wilensky riguarda due aspetti fondamentali: un primo inerente all'attribuzione di un'eccessiva rigidità rispetto all'ordine cronologico nel quale dovrebbero susseguirsi i vari stadi del processo di professionalizzazione da lui teorizzato e un secondo, sempre riguardo questo percorso, inteso come traiettoria lineare, trans-storica e trans-contestuale (Maestripieri 2017), che non riconosce la dinamica del potere implicita nel processo di formazione di un gruppo professionale. L'approfondimento di questo fenomeno ha condotto anche a teorizzare la necessità, nella logica di costruzione di un'identità professionale, di adottare, da parte dei gruppi professionali, meccanismi di chiusura ed esclusione sociale (Saks 2010). In quest'ottica la professionalizzazione viene vista come una strategia che ha lo scopo di controllare l'offerta di lavoro in uno specifico ambito occupazionale e salvaguardarne così il suo valore di mercato (Parkin, 1979). Il professionalismo può rappresentare dunque un tentativo di mantenere il monopolio della competenza sul mercato ma anche dello status in un sistema di stratificazione (Speranza, 1999). Di simile approccio è il pensiero di Sarfatti-Larson (1977) che ritiene che alla base delle attuali professioni e dinamiche di professionalizzazione vi sia un chiaro progetto suddivisibile in due processi: il primo di creazione e controllo dei mercati, che vede la produzione di un bene preciso e distinguibile legato a conoscenze specifiche del professionista. Il secondo di conquista collettiva di status che prevede una tendenza monopolistica della gestione del bene prodotto da parte dei professionisti.

Come abbiamo visto, la letteratura sociologica sul concetto di professione e sui processi di professionalizzazione ha prodotto numerosi contributi e definizioni, spesso tra loro parzialmente divergenti. L'obiettivo di questi studi è stato quello di restituire una "fotografia" delle professioni e delinearne i confini, anche se tali definizioni risultano sempre limitate e parziali a causa del dinamismo di questa realtà sociale. Secondo Perkin (1981), emergono comunque alcuni elementi ricorrenti che caratterizzano la dimensione professionale, tra cui un'istruzione specializzata, l'esistenza di meccanismi istituzionali di chiusura sociale, l'adozione di un codice etico di condotta, la rivendicazione di prestigio e decoro, nonché la monopolizzazione di specifiche aree di mercato fondata su elevate competenze tecnico-scientifiche.

3.3.1 La professione medica negli studi sulle professioni: il contributo di Eliot Freidson.

Un contributo fondamentale allo sviluppo della sociologia delle professioni è rappresentato dal lavoro di Eliot Freidson, che ha posto la professione medica al centro dell'analisi sociologica delle professioni moderne. Nel suo studio classico *Professional Dominance* (1970), Freidson analizza il modo in cui la professione medica ha costruito e mantenuto una posizione dominante all'interno dei sistemi sanitari contemporanei, sviluppando una forma specifica di potere professionale basata sul controllo del sapere specialistico e sull'autonomia nella gestione del lavoro (Freidson, 1970).

Il criterio fondamentale e costante che distingue una professione dalle altre occupazioni è la sua autonomia, una condizione non assoluta ma la cui esistenza dipende dalla tolleranza e dalla protezione dello Stato. Eliot Freidson è giunto a questa conclusione ponendola al centro della sua analisi esaustiva sulla natura delle professioni.

Per chi lavora regolarmente con gli ordini professionali medici o con i medici in contesti di assistenza sanitaria gestita, la monografia di Freidson (1988) è fortemente attuale da imporsi con assoluta evidenza. Freidson sostiene che il privilegio speciale di una notevole libertà dal controllo esterno, caratteristica tipica delle professioni, si fonda sulla distinzione dalle altre forme di lavoro per la presenza di un elevato grado di autonomia professionale. Tale autonomia si fonda su tre elementi principali: il possesso di un sapere specialistico formalizzato, il controllo dell'accesso alla professione attraverso sistemi di formazione e accreditamento e la capacità di definire in modo

autonomo gli standard di qualità e le modalità di esercizio della professione stessa (Larson, 1977; Abbott, 1988). Nel caso della medicina, questi elementi si traducono in una forte capacità della professione di autoregolarsi e di controllare il proprio lavoro, limitando l'interferenza di altre istituzioni come lo Stato o il mercato.

Freidson interpreta questo assetto come una forma di dominanza professionale, nella quale i medici esercitano un controllo significativo sia sull'organizzazione del lavoro sanitario sia sulle decisioni relative alla diagnosi e al trattamento dei pazienti (Freidson, 1970). La professione medica diventa così un caso paradigmatico per comprendere le dinamiche di potere e di autonomia che caratterizzano le professioni moderne.

In un lavoro successivo, *Professionalism: The Third Logic* (2001), Freidson sviluppa ulteriormente la propria analisi sostenendo che il professionalismo costituisce una terza logica di organizzazione del lavoro distinta sia dalla logica del mercato sia da quella burocratica. Mentre il mercato regola il lavoro attraverso la concorrenza e il prezzo e la burocrazia attraverso norme gerarchiche e procedure standardizzate, il professionalismo si fonda invece sull'autorità del sapere specialistico e sulla responsabilità professionale (Freidson, 2001).

In questo modello, il controllo del lavoro è affidato ai professionisti stessi, che stabiliscono standard di pratica e criteri di valutazione della qualità basati sulla competenza tecnica. La professione medica rappresenta quindi, nella prospettiva freidsoniana, l'esempio più emblematico di organizzazione professionale del lavoro.

Tuttavia, numerosi studi successivi hanno evidenziato come questo modello sia stato progressivamente messo in discussione da

processi di trasformazione istituzionale e organizzativa che hanno interessato i sistemi sanitari contemporanei. Tra questi processi si possono includere l'introduzione di forme di managerializzazione della sanità, la crescente importanza delle logiche di mercato e, più recentemente, la diffusione di tecnologie digitali e piattaforme che riorganizzano le modalità di erogazione dei servizi sanitari (Noordegraaf, 2015; Evetts, 2011).

In questo contesto, la diffusione delle piattaforme digitali nel settore sanitario solleva interrogativi rilevanti rispetto al futuro dell'autonomia professionale dei medici. Se, da un lato, tali piattaforme possono ampliare le opportunità di accesso ai servizi sanitari e facilitare l'incontro tra domanda e offerta di prestazioni mediche, dall'altro lato esse introducono nuovi meccanismi di coordinamento e controllo del lavoro professionale.

Sistemi di prenotazione online, algoritmi di visibilità dei professionisti, sistemi di rating e reputazionali e forme di intermediazione digitale possono infatti ridefinire i rapporti di potere tra professionisti, organizzazioni e pazienti. Alla luce di queste trasformazioni, il contributo teorico di Freidson continua a rappresentare un punto di riferimento fondamentale per analizzare i cambiamenti che interessano la professione medica nell'economia delle piattaforme.

Dunque, tenendo in considerazione quanto esposto sinora, sembra potersi sostenere che il contributo di Eliot Freidson agli studi professionali ruoti attorno all'idea che il professionalismo rappresenti un'istituzione sociale unica, definita come la "terza logica" dell'organizzazione economica (Freidson, 2001). Mentre il mercato si basa sulla libera concorrenza e la burocrazia sul controllo gerarchico, il

professionalismo di Freidson si fonda sul controllo del lavoro da parte dei lavoratori stessi, legittimato dal possesso di una conoscenza teorica complessa e da un mandato etico verso il bene pubblico. Secondo questo schema, il professionista non è un semplice ingranaggio di una macchina aziendale, tantomeno può essere considerato come un venditore di servizi al miglior offerente; egli si configura come un custode di competenze che richiedono autonomia decisionale per essere esercitate correttamente.

Nell'attuale contesto delle piattaforme digitali, la visione di Freidson si rivela particolarmente adatta, sotto una prospettiva critica, per osservare la trasformazione del lavoro esperto. L'ascesa della cosiddetta "economia delle piattaforme" e l'integrazione di algoritmi nei processi decisionali stanno mettendo in crisi proprio quell'autonomia che Freidson considerava il cuore del potere professionale. Se la logica professionale prevede che sia il professionista a determinare come svolgere un compito, la logica della piattaforma tende a trasferire questo potere alla tecnologia e al management algoritmico. Questo fenomeno, spesso descritto come una nuova forma di burocrazia digitale, svuota il "rifugio di mercato" teorizzato da Freidson: i professionisti rischiano di perdere il controllo sugli standard della propria prestazione, diventando soggetti a metriche di valutazione automatizzate e feedback immediati degli utenti che rispondono più alle logiche del consumo che a quelle della competenza specialistica.

Tuttavia, l'eredità di Freidson suggerisce anche che le professioni non sono vittime passive della digitalizzazione, ma attori capaci di adattamento. Il focus dell'analisi, dunque, si sposta sul modo in cui i gruppi professionali tentino di incorporare gli strumenti digitali per

rafforzare la propria autorità, cercando di trasformare la tecnologia in un nuovo strumento di dominio professionale anziché in un meccanismo di controllo esterno. La tensione attuale, interpretata attraverso il contributo di Freidson, non è dunque tra uomo e macchina, ma tra la sopravvivenza di una logica basata sulla competenza autonoma e l'avanzata di sistemi che puntano a trasformare ogni sapere esperto in un dato standardizzato e facilmente sostituibile.

Il pensiero di Eliot Freidson rimane il cardine teorico per interpretare la metamorfosi della professione medica nell'ecosistema digitale, poiché permette di decodificare la tensione tra l'autonomia clinica e le nuove forme di controllo algoritmico. Nel suo saggio fondamentale (Freidson, 2001), il sociologo chiarisce che la medicina non è una semplice occupazione, ma un'istituzione che fonda la propria autorità sul controllo esclusivo di un corpo di conoscenze specialistiche. Questo "dominio professionale" viene oggi sfidato dalle piattaforme digitali che, agendo come intermediari tecnocratici, tentano di imporre una logica manageriale mascherata da efficienza tecnologica.

L'analisi freidsoniana applicata alla sanità digitale rivela come il medico si trovi stretto tra la necessità di utilizzare strumenti di telemedicina o intelligenza artificiale e il rischio di una "proletarizzazione" intellettuale. Se Freidson (1988) descriveva l'autonomia come la capacità del medico di determinare i criteri di valutazione del proprio operato, l'economia delle piattaforme sposta tale potere verso i progettisti dei software e gli analisti dei dati. Il medico non risponde più solo alla propria coscienza deontologica o ai pari, ma a metriche di performance automatizzate che trasformano l'atto clinico in una sequenza di dati standardizzati e comparabili.

Questo processo di “standardizzazione algoritmica” rappresenta proprio quella minaccia alla discrezionalità che Freidson considerava l’ultimo baluardo contro la burocratizzazione del lavoro intellettuale (Brint, 1993).

Tuttavia, rifacendosi alla prospettiva di Freidson, la professione medica non subisce passivamente questa trasformazione. Gli studi contemporanei (Susskind & Susskind, 2017; Calnan, 2015) che citano l’autore evidenziano come i medici utilizzino la tecnologia per creare nuove forme di “rifugio di mercato” o per rafforzare la propria giurisdizione professionale attraverso la gestione esperta dei dati stessi. La sfida attuale consiste nel capire se la professione riuscirà a mantenere quella “terza logica” teorizzata da Freidson, integrando la piattaforma come uno strumento di supporto alla decisione, o se la piattaforma finirà per sussumere la competenza medica, riducendo il professionista a un mero esecutore di protocolli generati da macchine. In ultima istanza, la lezione di Freidson ci ricorda che la vera posta in gioco non è tecnica, ma politica: riguarda chi detiene il controllo finale sul giudizio clinico e sulla definizione di salute nell’era dell’informazione.

3.3.2 Approcci foucaultiani allo studio delle professioni.

Negli ultimi decenni, accanto ai filoni classici della sociologia delle professioni, si sono sviluppati approcci teorici che reinterpretano il ruolo delle professioni alla luce delle riflessioni di Michel Foucault sul rapporto tra sapere, potere e governo delle condotte. In questa prospettiva, le professioni non vengono più analizzate esclusivamente come gruppi sociali che detengono un monopolio del sapere specialistico, ma anche come dispositivi attraverso i quali si esercitano forme specifiche di potere e di regolazione sociale.

Il pensiero foucaultiano ha posto al centro dell'analisi il concetto di relazione tra sapere e potere, sostenendo che le conoscenze scientifiche e professionali non sono semplicemente strumenti neutrali di interpretazione della realtà, ma partecipano alla costruzione di regimi di verità che contribuiscono a definire ciò che è considerato normale, deviante o patologico all'interno di una determinata società (Foucault, 1977).

Nel campo della medicina, questa prospettiva è stata sviluppata in particolare nel lavoro di Foucault *La nascita della clinica* (1963), dove l'autore mostra come la medicina moderna si sia costituita attraverso specifiche forme di osservazione, classificazione e intervento sui corpi (Foucault, 1963).

Applicati allo studio delle professioni, gli approcci foucaultiani consentono di interpretare le professioni come tecnologie di governo, ovvero come insiemi di pratiche, discorsi e strumenti attraverso i quali

vengono orientati i comportamenti degli individui e regolati diversi ambiti della vita sociale (Rose, 1999).

In questa prospettiva, i professionisti non sono soltanto portatori di competenze tecniche, ma svolgono anche un ruolo centrale nella produzione e nella diffusione di norme sociali e modelli di condotta. Nel campo degli studi sulle professioni, diversi autori hanno ripreso e sviluppato questi spunti teorici per analizzare il ruolo delle professioni nelle società contemporanee.

Fournier (1999), ad esempio, ha mostrato come il discorso sul professionalismo possa essere interpretato come una forma di controllo normativo che orienta i comportamenti dei lavoratori e definisce standard di condotta professionale. Analogamente, gli studi più recenti sulle professioni ibride evidenziano come le professioni contemporanee si trovino sempre più spesso a operare in contesti organizzativi complessi, caratterizzati dall'interazione tra logiche professionali, manageriali e di mercato (Noordegraaf, 2015).

Questa prospettiva risulta particolarmente utile per analizzare le trasformazioni che interessano il lavoro professionale nell'economia digitale. Le piattaforme online, infatti, non si limitano a mettere in contatto domanda e offerta di servizi, ma introducono nuove forme di organizzazione e di monitoraggio del lavoro che possono incidere profondamente sulle modalità di esercizio delle professioni.

Sistemi di rating, algoritmi di visibilità, metriche di performance e infrastrutture digitali di gestione delle prenotazioni rappresentano strumenti attraverso i quali il lavoro professionale viene reso visibile, misurabile e comparabile. Nel caso della professione medica, l'introduzione di tali strumenti può contribuire a ridefinire il rapporto tra autonomia professionale e controllo organizzativo.

L’approccio foucaultiano consente quindi di interpretare le piattaforme digitali non soltanto come strumenti tecnologici, ma come infrastrutture di governo del lavoro professionale, all’interno delle quali si articolano nuove forme di potere e di controllo.

Alla luce di queste considerazioni, l’analisi empirica presentata nei paragrafi successivi si propone di indagare in che modo i medici che operano attraverso piattaforme digitali interpretino il proprio ruolo professionale e quali effetti tali piattaforme producano sulle forme di autonomia, controllo e responsabilità che caratterizzano la pratica medica.

Alla luce delle prospettive teoriche discusse, emerge come lo studio delle professioni possa essere interpretato attraverso due chiavi analitiche complementari. Da un lato, la sociologia classica delle professioni – in particolare il contributo di Freidson – ha evidenziato il ruolo dell’autonomia professionale e del controllo del lavoro come elementi centrali nella definizione delle professioni moderne. In questa prospettiva, la professione medica rappresenta un caso paradigmatico di organizzazione professionale fondata sul possesso di competenze specialistiche e sulla capacità di autoregolazione della pratica professionale (Freidson, 1970; Freidson, 2001).

Dall’altro lato, gli approcci ispirati al pensiero foucaultiano hanno messo in luce come le professioni possano essere analizzate anche come dispositivi di produzione e diffusione di specifiche forme di sapere e potere, attraverso le quali vengono orientate le pratiche sociali e regolati i comportamenti individuali (Foucault, 1977; Rose, 1999). In questa prospettiva, l’esercizio delle professioni non riguarda soltanto il possesso di competenze tecniche, ma anche l’inserimento in

sistemi più ampi di governo delle condotte e di organizzazione delle pratiche sociali.

L'incontro tra queste due prospettive risulta particolarmente rilevante per analizzare le trasformazioni che interessano il lavoro professionale nel contesto dell'economia delle piattaforme. Le piattaforme digitali, infatti, introducono nuove forme di coordinamento e organizzazione del lavoro che possono incidere sia sull'autonomia dei professionisti sia sulle modalità attraverso cui vengono prodotti e regolati i saperi professionali.

Nel caso della professione medica, tali trasformazioni si manifestano attraverso l'emergere di nuove infrastrutture digitali che mediano il rapporto tra medici e pazienti, introducendo strumenti di visibilità, valutazione e gestione delle prestazioni sanitarie. Comprendere in che modo questi dispositivi digitali influenzino le logiche professionali e le modalità di esercizio della professione medica costituisce dunque un passaggio fondamentale per l'analisi delle piattaforme sanitarie sviluppata nei paragrafi successivi.

L'integrazione tra la prospettiva di Freidson sull'autonomia professionale e l'approccio foucaultiano alla sorveglianza consente di interpretare la digitalizzazione medica come una riconfigurazione dei regimi di visibilità e una forma di "governalità" algoritmica.

Le piattaforme digitali introducono meccanismi di reputazione quantificata e standardizzazione algoritmica che, trasformando il giudizio clinico in dato, spostano il controllo del lavoro dal professionista all'infrastruttura tecnologica, configurando un nuovo professionalismo ibrido. Di conseguenza, è fondamentale considerare il modo in cui la digitalizzazione della pratica medica non rappresenti un semplice passaggio tecnico, ma una riconfigurazione del regime di

visibilità (Foucault, 2005) a cui il medico è sottoposto. Nelle piattaforme digitali, l'autonomia professionale, storicamente difesa da Freidson come barriera contro le interferenze esterne, viene erosa da un'inedita forma di sorveglianza algoritmica che traduce l'atto clinico in dati quantificabili. Questo processo di "quantificazione del sé professionale" trasforma il giudizio clinico in una prestazione misurabile attraverso metriche di efficienza e gradimento, spostando l'asse del potere dal corpo professionale alle infrastrutture digitali di governo (Lupton, 2016).

In questo contesto, il concetto di governamentalità di Foucault trova un'applicazione diretta nelle architetture delle piattaforme: esse non esercitano un potere coercitivo diretto, ma orientano la condotta del medico attraverso "spinte" (*nudge*) e incentivi reputazionali. Il sistema dei rating, ad esempio, agisce come una tecnologia del sé che spinge il professionista a interiorizzare lo sguardo del paziente-consumatore, modificando la propria pratica per aderire a standard di *customer satisfaction* che possono collidere con l'etica clinica tradizionale (Neff & Nafus, 2016).

Si assiste, dunque, a una managerializzazione dell'autonomia, dove la libertà del medico non scompare, ma viene esercitata all'interno di parametri predefiniti da algoritmi proprietari che mediano il rapporto di cura. Inoltre, l'ibridazione tra logiche professionali e di mercato viene amplificata dalla natura stessa delle piattaforme come estrattrici di dati. La conoscenza medica, un tempo custodita all'interno di comunità chiuse e regolate da ordini professionali, viene oggi parcellizzata e processata da sistemi di intelligenza artificiale che possono ridefinire i protocolli diagnostici (Slemon, 2018). Questo scenario suggerisce che il potere professionale stia subendo una

mutazione: il medico non è più l'unico depositario del "regime di verità" sulla salute, ma diventa un operatore all'interno di un assemblaggio sociotecnico dove il sapere clinico deve costantemente negoziare la propria legittimità con l'autorità del dato e della piattaforma.

3.4 Le logiche dei professionisti e le dinamiche delle piattaforme.

L'analisi della letteratura e l'approfondimento dei casi studio inerenti le piattaforme, uniti all'analisi sulle professioni interna al dibattito accademico possono condurci a intendere piattaforme e professionalismo come due mondi opposti, logiche distinte di organizzazione sociale. Se una delle principali dinamiche caratterizzanti le piattaforme risiede nell'apertura, nella facilità di accesso e utilizzo e nell'attività di intermediazione (Vallas e Schor, 2020), le professioni e la logica professionale affondano invece le loro radici in un terreno composto da meccanismi di chiusura sociale (Saks, 2012) caratterizzati e legittimati da un monopolio del sapere esperto che guida scelte e esercizio del lavoro, istituzionalizzati sotto forma di titoli dai quali deriva un elevato grado di autorità nei confronti dei clienti (Abbott, 1988). La logica del lavoro professionale vede, attraverso le piattaforme digitali, un ribaltamento di questo assunto. Vengono introdotti elementi come la logica dei sistemi reputazionali che assegnano ai clienti un ruolo quasi-manageriale (Healy e Pekarek, 2023) espresso ed esercitato attraverso la possibilità di valutare il lavoro dei professionisti.

La piattaformizzazione dei campi professionali e le logiche che questo fenomeno comporta possono essere inquadrati come un'innovazione disruptive (Maestripieri e Bellini, 2023) e sembrerebbero contribuire a un più ampio e generale processo di de-professionalizzazione. Esiste un dibattito, supportato da diverse e molteplici indagini storiche ed etnografiche (Santoro 1998, Bassetti 2010) riguardanti i processi di costruzione delle professioni e i processi

di de-professionalizzazione attraverso differenti campi come quello legale (Infanti 2003) o quello delle professioni sanitarie (Andrews & Wærness 2011). Oltre a questo la creazione di mercati professionali online sembrerebbe rafforzare i processi di outsourcing del lavoro esperto (Maestripieri e Bellini, 2023), parcellizzandolo in mansioni sempre più standardizzabili, accompagnati da nuove dinamiche di controllo del lavoro, definite dalla presenza di meccanismi reputazionali distribuiti sui clienti, come già evidenziato in precedenza, che contribuiscono ad incrinare l'autonomia decisionale tradizionalmente riconosciuta ai professionisti.

Un altro elemento riguarda la possibilità che le piattaforme portano di erodere le barriere all'accesso alla professione basate sul credenzialismo, mettendo in discussione le strategie di chiusura dei gruppi professionali (Pais et al., 2023) e creando nuove opportunità per occupazioni emergenti e professionisti che si affacciano al mondo del lavoro (Bosma 2022).

3.5 Approfondimento con le interviste.

I processi di digitalizzazione stanno ridefinendo le tradizionali relazioni di lavoro e le piattaforme, in quanto agenti organizzativi, stanno contribuendo in maniera significativa alla riconfigurazione dei campi professionali (Spece et al. 2016). Alla luce di questi elementi le interviste ai medici che operano tramite piattaforme vogliono approfondire le modalità in cui le piattaforme digitali contribuiscono a riconfigurare i campi professionali in cui operano, sia introducendo logiche nuove, sia riproducendo dinamiche preesistenti.

3.5.1 Accesso alla piattaforma, moltiplicazione del capitale sociale e meccanismi di chiusura.

Intermediazione e gestione del matching tra pazienti e professionisti, accostato dall'elevato numero di pazienti che le piattaforme riescono a intercettare, rappresenta l'opportunità per i professionisti di un effetto di moltiplicazione del capitale sociale, soprattutto per i medici a inizio carriera che vedono immediati benefici in termini di lavoro e di natura economica.

"*Iscrivermi alla piattaforma mi ha permesso di cominciare a lavorare bene. Ho terminato il mio percorso di studi da poco e credo che coi canali tradizionali avrei fatto più fatica e ci sarebbe voluto più tempo per creare una rete di pazienti. Qui invece sono riuscita a crescere in poco tempo, avere i miei pazienti*."

(Intervista 14, chirurgo estetico, femmina, Doctolib)

I professionisti intervistati evidenziano come la possibilità di accedere a un numero elevato di pazienti attraverso le piattaforme rappresenti un vantaggio significativo, in quanto consente di aumentare il proprio capitale sociale e di accrescere rapidamente la propria visibilità professionale. In particolare, i medici a inizio carriera sottolineano come la piattaforma faciliti l'ingresso nel mercato, permettendo di costruire in tempi brevi una rete di pazienti che, con i canali tradizionali, richiederebbe anni di attività e relazioni personali.

Sebbene la letteratura specifica sull'accesso alle piattaforme sia ancora limitata, diversi studi sulla digitalizzazione della sanità e sulla

telemedicina mostrano come l'integrazione delle tecnologie digitali stia ridefinendo le modalità di esercizio della professione e l'adozione di questi strumenti consente ai professionisti di essere parte di reti organizzative più ampie.

In questo senso, la piattaforma non rappresenta soltanto un canale di intermediazione, ma diventa un meccanismo di inclusione o esclusione professionale che incide direttamente sulla costruzione del capitale sociale e sull'accesso alle opportunità lavorative.

"Quando lavoravo per l'ospedale dovevo sottostare a diverse dinamiche e anche a un certo peso di burocrazia, comprensibile, l'ospedale era pubblico e quindi tutte le dinamiche classiche le ritrovavo. Devo ammettere che a fine giornata ero anche un po' appesantita, il clima, certi colleghi, sicuramente. Ma anche la gestione di tutto e le varie logiche. L'aspetto positivo con la piattaforma è che sono più libera e la cosa importante è che ho aumentato i pazienti e ho anche più libertà nella scelta di cura."

(Intervista 8, medico dermatologo femmina, da Idoctors)

Questo meccanismo di aumento del capitale sociale e conseguenti benefici lavorativi ed economici può essere considerato come un fattore determinante nella scelta dei medici di rivolgersi alle piattaforme. Tuttavia è possibile evidenziare come i medici che operano tramite piattaforma più che accrescere il proprio capitale sociale si limitano a fruirlo dentro limiti e condizioni stabilite dall'organizzazione imposta dalla piattaforma e che questo capitale sociale rimane accumulato all'interno della piattaforma che detiene la facoltà di

esercitare forme di controllo e indirizzo rispetto a elementi concernenti l'attività dei professionisti.

In primo luogo è possibile evincere come i contatti dei pazienti rimangano proprietà delle piattaforme e vengano custoditi da clausole contrattuali di non concorrenza stringenti e funzionali a contrastare fenomeni di disintermediazione del rapporto medico paziente. Questo fenomeno è emerso trasversalmente nelle interviste a medici di tutte le piattaforme.

"Il contratto che ho firmato con la piattaforma prevede diverse cose, non ci vietano di lavorare per altre piattaforme contemporaneamente, sia chiaro, però ci è vietato di svolgere attività concorrenziali o contattare i pazienti privatamente nel caso dovesse finire il rapporto. Dovessi decidere di non lavorare più con Doctorium non posso utilizzare informazioni o competenze o contatti anche per avviare una qualche attività o procedere privatamente."

(Intervista 10 medico ortopedico femmina da Doctorium)

"Dopo il colloquio mi aspettavo una lettera di incarico o qualcosa del genere e infatti ho firmato un contratto dove si dice chiaramente che i contatti dei clienti che ho ricevuto dalla piattaforma sono legati a quel canale e devo gestire i colloqui e gli incontri passando attraverso l'agenda della piattaforma. Non posso vedere i pazienti senza un passaggio con la piattaforma. Poi ovviamente gestisco io la visita e quello che sta intorno, ma un rimando alla piattaforma devo farlo e se dovessi decidere di cambiare piattaforma o smettere con questa, ho un vincolo di non concorrenza. È indubbio che queste clausole valgono nel suo perimetro… della piattaforma intendo.

Una volta che decido, o si rende necessario per la visita in sé o il tipo di cura, di vedere il paziente in presenza, questo a Idoctors non interessa."

(Intervista 11 medico oculista maschio da Idoctors)

La chiusura e la protezione del capitale sociale accumulato e dei dati raccolti permette alle piattaforme di proteggere e salvaguardare il valore economico dell'intermediazione digitale su cui esse costruiscono il proprio modello di business (Vallas e Schor, 2020).

Un secondo elemento, molto rilevante, riguarda la definizione del costo e del prezzo delle visite. Dalle interviste emerge un dato comune: il costo dei video-consulti è generalmente più basso rispetto a quello delle visite in presenza prenotate privatamente. In media, le tariffe applicate tramite piattaforma risultano inferiori di circa il 20-30% rispetto ai prezzi medi di mercato.

Tuttavia, il ruolo della piattaforma nella determinazione del prezzo non è uniforme e costituisce un aspetto cruciale del modello organizzativo. Alcune piattaforme definiscono centralmente le tariffe, stabilendo un listino unico e vincolante per tutti i professionisti che operano al loro interno, con l'obiettivo dichiarato di garantire trasparenza e uniformità dei costi per i pazienti. Queste piattaforme sono quelle riconducibili ai modelli idealtipici teorizzati in precedenza delle *platform-driven digital care* e *platform-driven blended care*. Le altre piattaforme, *profession-driven digital care* e *profession-driven blended care* invece, lasciano ai medici la possibilità di stabilire autonomamente i propri compensi, consentendo una maggiore flessibilità ma generando anche una maggiore variabilità dei prezzi tra specializzazioni e tra singoli professionisti.

Questa distinzione è particolarmente importante perché incide sia sulla percezione di autonomia professionale sia sulle strategie di posizionamento competitivo dei medici all'interno delle piattaforme, influenzando direttamente la relazione con i pazienti e la costruzione della propria reputazione digitale.

"Il prezzo è più basso, anche per questo ci sono più pazienti, credo. Ma stiamo parlando di un video-consulto che può prevedere la chiusura della diagnosi o anche un primo approccio a cui deve seguire necessariamente un incontro di presenza. E comunque mi sembra adeguato pagare un pelo meno rispetto a una visita ordinaria dato che tutto si svolge online e capitano molti casi in cui si risolve lì la questione. Do indicazioni precise al paziente e magari una ricetta e non ci dobbiamo necessariamente incontrare in presenza. Altre volte invece è necessario. Dipende dalla patologia presentata ovviamente. Ma questa scelta è stata più della piattaforma che mia. Ne abbiamo parlato ovviamente e a me è andato bene."

(Intervista 9 medico neurologo femmina da Cup Solidale)

Questo elemento, emerso in diverse interviste riporta la modalità in cui le piattaforme esercitano un controllo diretto monitorando e definendo limiti e spazi entro i quali i medici si possono muovere.

"Subito dopo il colloquio abbiamo parlato di tariffe e parcelle. Ovviamente non hanno imposto nulla, sapendo appunto che siamo liberi professionisti, da un certo punto di vista possiamo fare quello che ci pare, anche rispetto al mercato. Però mi è stato proposto un certo

range dentro i quale muovermi rispetto ai prezzi. E questo range parte da livelli un po' al di sotto dei prezzi normali."

(Intervista 7 dermatologo maschio da Doctorium)

Dai casi analizzati e dalle interviste condotte emerge, come terzo e ultimo ma non meno importante elemento, l'intervento diretto e il controllo nel processo di matching e nel rapporto fra professionisti e utenti che le piattaforme operano attraverso sistemi parzialmente automatizzati. Dalle interviste 3, 4 e 11 emerge chiaramente la possibilità di un intervento manuale, operato da determinate figure di back office, per la risoluzione di problemi concernenti la gestione o il coordinamento delle agende e degli appuntamenti o anche come semplice aiuto per facilitare spostamenti o ricalendarizzazione di appuntamento.

"Posso inserire io senza problemi le disponibilità e gestire la mia agenda. Spostarle o rifissare appuntamenti qualora un paziente abbia un contrattempo, o il contrattempo si presenta a me. Mi hanno anche spiegato come fare ed è semplice ma è molto più comodo quando do io le disponibilità che poi vengono gestite e inserite dallo staff. Mi sono trovato comodo così da subito praticamente e sono andato avanti così."

(Intervista 3 medico oculista maschio da Doctolib)

"Direi che va a periodi, ma ci sono periodi, appunto, in cui avvengono problemi di connessione proprio. All'appuntamento non si presentano i pazienti oppure a metà colloquio salta la connessione o i soliti problemi insomma, si sente male, va e viene eccetera. Questi

problemi possono essere dovuti a mille motivi, a volte la connessione mia oppure quella dei pazienti. Alcuni pazienti non sanno proprio utilizzare i dispositivi, perdono i codici di accesso, oppure anche la piattaforma non funziona bene per via di vari bug. Ecco, quando capita chiamo i referenti del costumer care, presento loro il problema, mi faccio dare informazioni sul paziente e chiedo di analizzare l'accaduto. È capitato a volte che mi abbiano anche detto che il paziente ha terminato i minuti o l'offerta. Spesso i problemi sono legati alla connessione. Il costumer care si interfaccia coi pazienti e se non si riesce a risolvere in pochi minuti ricalendarizzano l'appuntamento il prima possibile."

(Intervista 4 medico endocrinologo femmina da Doctorium)

"Capita raramente ma è successo che un paziente avesse disdetto all'ultimo minuto, oppure anche che a me fosse subentrato un problema all'ultimo. In quei casi è decisamente più comodo e non rischio di fare ulteriori casini se contatto direttamente i miei referenti della piattaforma. Alzo il telefono e gli dico che c'è questo imprevisto e loro in poco tempo risolvono tutto e ho l'agenda a posto. Anche il paziente si sente seguito."

(Intervista 11 medico oculista maschio da Idoctors)

Se da un lato la piattaforma può rappresentare un canale di ingresso nel mondo del lavoro che permette ai professionisti di accrescere il proprio capitale sociale e aumentare il volume di lavoro, dall'altro questa esercita forme di controllo nella gestione dell'intermediazione e opera un'accumulazione di questo capitale al suo interno. Questa logica, applicata al fatto che la piattaforma

intercetta una fetta più debole del mercato professionale, può produrre una condizione di dipendenza economica del professionista alla piattaforma (Schor et al., 2020).

3.5.2 Le piattaforme favoriscono l'accesso ai campi.

Nel paragrafo precedente è emersa chiaramente la dinamica di rafforzamento del capitale sociale come uno degli elementi principali che spingono i professionisti a rivolgersi alle piattaforme. Un altro aspetto determinante, strettamente collegato a questo e approfondito nel presente paragrafo, riguarda l'accesso dei professionisti ai campi, ossia la facilità di iscrizione alla piattaforma e l'avvio dell'attività. In generale, la maggior parte delle piattaforme non applica processi di selezione particolarmente stringenti, permettendo ai professionisti di dedicarsi subito all'attività e di iniziare a esercitare anche appena terminato il percorso di studi e formazione, senza aver necessariamente maturato esperienze pregresse.

Va tuttavia segnalata un'eccezione rilevante: nella mappatura effettuata, Doctorium emerge come una piattaforma che adotta criteri di selezione più rigorosi rispetto alle altre, richiedendo requisiti aggiuntivi sia in termini di titoli sia di esperienza professionale. Questo la differenzia rispetto ad altre piattaforme che favoriscono un accesso più immediato.

"... è stato semplice iscrivermi e la piattaforma mi ha permesso di esercitare senza problemi, anzi. Mi ha sgravato di tante questioni anche burocratiche e mi ha permesso di avere un numero anche importante di pazienti, poi questo si sa, va anche a periodi, però è grazie alla piattaforma che posso incrementare e di molto il lavoro. Poi, sì, mi sono stati chiesti i titoli da un amministratore della

piattaforma, ovviamente, però il fatto che non avessi grande esperienza non è stato un elemento discriminatorio."

(Intervista 2, dottore dermatologo femmina, da Doctorium)

Altre piattaforme, come Idoctors invece, non applicano criteri particolarmente stringenti per la selezione.

"Il colloquio l'ho fatto con una ragazza che lavora per la piattaforma, non è medico e mi domandavo come potesse valutare competenze e capacità. Poi però è andato bene ...ho trovato la piattaforma facile da usare, non solo per l'aiuto che mi dà nella gestione di tutti gli aspetti, anche burocratici. È stato facile anche iscrivermi e iniziare a lavorare con la piattaforma che mi presenta i pazienti e mi permette di lavorare. Il grande vantaggio è questo, sì. Poi ci sono altri aspetti, però mi sento di dire che la cosa principale è questa."

(Intervista 5, dottore neurologo, femmina, da Idoctors)

Dalle interviste emerge che, nella maggior parte delle piattaforme analizzate, la verifica dei titoli necessari per svolgere un determinato servizio professionale avviene dopo l'iscrizione, ma sempre prima dell'effettivo avvio dell'attività. Si tratta di un controllo di tipo formale: non è necessario che la verifica venga svolta da un medico, in quanto l'obiettivo principale è accertare l'iscrizione all'albo professionale o il possesso dei titoli richiesti per legge.

Questo punto è particolarmente importante per distinguere le piattaforme che operano nel settore sanitario da quelle che intermediano servizi non regolamentati. Nel caso dei medici, infatti, esiste un sistema

di regolazione obbligatorio che non può essere aggirato: chi non possiede i requisiti di legge non può iniziare ad esercitare. Situazione diversa si verifica in altri settori, come quello dei designer, in cui l'iscrizione alla piattaforma non richiede titoli specifici e i professionisti con competenze certificate si ritrovano di fatto sullo stesso piano di chi non le possiede.

Questa distinzione consente di comprendere meglio come le piattaforme possano ridefinire i meccanismi di accesso al mercato del lavoro, in alcuni casi riducendo le barriere formali e, in altri, dovendo invece rispettare vincoli normativi stringenti.

Altro elemento caratterizzante l'agevolazione dell'accesso ai campi riguarda l'apertura e la possibilità di esercitare la professione anche in modo prevalente, a professionisti che hanno appena terminato i loro percorsi di studio e che quindi non possono ancora vantare un'esperienza lavorativa sul campo.

Le piattaforme digitali rappresentano un canale di ingresso privilegiato nel mercato del lavoro per molti giovani medici, permettendo di accedere rapidamente a un bacino di pazienti e di iniziare a generare reddito senza dover affrontare tempi lunghi di costruzione della reputazione professionale. Questa dinamica si inserisce in un contesto più ampio, quello del mercato del lavoro medico in Italia, caratterizzato da una domanda generalmente elevata, ma anche da una forte stratificazione interna: alcune specializzazioni, come la chirurgia estetica, l'andrologia o la dermatologia, offrono maggiori opportunità economiche e una domanda di prestazioni private più consistente, mentre altre specialità, come per esempio l'anestesia, presentano margini più ridotti o una forte dipendenza dal settore pubblico.

Questa differenziazione tra specializzazioni si riflette anche nell'organizzazione delle piattaforme: i professionisti appartenenti a settori con alta domanda privata beneficiano di un maggiore volume di prenotazioni e possono accedere più facilmente a tariffe elevate, mentre per altre specialità l'impatto delle piattaforme è meno significativo. Di conseguenza, la piattaforma non costituisce semplicemente un canale neutro di intermediazione, ma accentua alcune disuguaglianze già presenti nel mercato del lavoro medico.

"All'inizio ero un po' dubbiosa, si sa, c'è una specie di gavetta che uno fa anche in studi importanti. Siamo privilegiati purtroppo, rispetto ad altre professioni, perché del medico c'è sempre bisogno. Però la piattaforma mi ha permesso di iniziare da subito e avere un numero di pazienti che mi permettesse di guadagnare. Posso vivere senza problemi e, anche se la parola concorrenza nel nostro settore non è la più corretta perché coi colleghi ho ottimi rapporti, ci si confronta eccetera, posso tranquillamente dire che con la piattaforma mi sento tranquillo e di non correre rischi rispetto anche alla crescita professionale."

(Intervista 15, dottore andrologo maschio da Doctorium)

3.5.3 Valutazioni e recensioni degli utenti.

La letteratura ha evidenziato le dinamiche riguardanti le valutazioni che non vengono svolte da figure accreditate ma vengono demandate a utenti esterni abilitati a valutare l'operato dei professionisti attraverso i sistemi di rating e ranking previsti dal sistema di management algoritmico (Stark e Pais 2020).

Come è emerso dalle interviste agli amministratori delle piattaforme selezionate nei casi studio, le piattaforme si presentano come semplici intermediari tra domanda e offerta e tra le quattro selezionate solo due, Idoctors e Doctorium, hanno dichiarato d'aver adottato un sistema di valutazione interno e accessibile agli utenti i quali possono lasciare una valutazione di gradimento e una breve recensione.

Gli amministratori di Idoctors e Doctorium hanno precisato inoltre che dalle recensioni vengono vagliati ed esaminati solamente quegli elementi utili a valutare e migliorare il servizio della piattaforma e non il contenuto della visita medica vera propria. Tuttavia ciò che emerge dalle interviste ai professionisti riporta altro.

Come emerge dall'intervista 12, la professionista manifesta una certa preoccupazione rispetto alla gestione delle recensioni da parte della piattaforma e non ha la certezza che queste vengano utilizzate per valutare la qualità del suo lavoro:

"*Personalmente posso dirti che faccio molta attenzione alle recensioni che mi fanno… non so dirti sinceramente se la piattaforma le usa per valutare il mio lavoro però il dubbio ce l'ho.*"

(Intervista n. 12, proctologa, femmina, iDoctors)

Diversa è invece la situazione descritta nell'intervista 6, in cui il professionista riferisce un'esperienza diretta: in questo caso la piattaforma ha effettivamente utilizzato le recensioni come criterio per valutare il suo profilo e per gestire la sua visibilità all'interno del sistema.

"All'inizio ero molto contento di lavorare per questa piattaforma. Ci sono vantaggi chiari e continuerò a lavorarci sia chiaro. Trovo clienti nuovi e posso lavorare senza perdere tempo in questioni di gestione e amministrazione. Poi io ho ottime recensioni. C'è stata una volta, circa sette mesi fa, a causa di un malinteso, diciamo che col paziente abbiamo avuto più un problema legato alla comunicazione. Il risultato è stato che questo paziente ha rilasciato una recensione più che negativa, proprio pessima sul mio operato entrando anche nel merito della visita. Poi, non so se sia un caso, ma ho sempre avuto buoni rapporti con chi gestisce la piattaforma e non saprei dirti se per tutti è così. Ci sono tanti colleghi che lavorano per la piattaforma. Ma è successo che sono stato contattato da XXXXXXXX e mi ha chiesto cosa fosse accaduto. Poi il confronto che abbiamo avuto è stato anche interessante, però rimane il rammarico che a causa di una recensione fatta da uno che medicina non l'ha studiata, io un contatto dalla piattaforma l'ho ricevuto."

(Intervista 6, medico dermatologo maschio da Idoctors)

Un elemento comune emerso dalle interviste riguarda la percezione che i professionisti hanno rispetto all'utilizzo delle recensioni da parte delle piattaforme. Non è chiaro se queste vengano

effettivamente usate per penalizzare i professionisti con valutazioni negative e premiare quelli con recensioni positive attraverso una migliore indicizzazione. Tuttavia, le recensioni rappresentano comunque un aspetto centrale nella gestione della reputazione digitale: da un lato, molti medici cercano di sfruttare le valutazioni positive per accrescere la propria visibilità, dall'altro mostrano cautela rispetto a quelle negative, che potrebbero essere utilizzate — seppur con modalità poco trasparenti — come criterio di valutazione interna. Questa percezione emerge chiaramente anche dall'intervista 12, in cui la professionista afferma:

"*Personalmente posso dirti che faccio molta attenzione alle recensioni che mi fanno… non so dirti sinceramente se la piattaforma le usa per valutare il mio lavoro però il dubbio ce l'ho*."

(Intervista 12, proctologa, femmina, Torino, iDoctors)

Dalle interviste emerge che i professionisti percepiscono il funzionamento del sistema di valutazione come relativamente chiaro, ma considerano opaco e poco trasparente il modo in cui le piattaforme utilizzano queste informazioni. Sebbene le piattaforme dichiarino ufficialmente di non impiegare le recensioni per penalizzare o premiare i singoli professionisti, il tema rimane strettamente legato alla reputazione sia dei medici sia della stessa struttura organizzativa, che ha interesse a garantire standard qualitativi elevati e un'immagine complessiva di affidabilità.

3.5.4 La reputazione delle piattaforme e la reputazione dei medici.

Come emerso nel paragrafo precedente, il ruolo delle valutazioni e delle recensioni varia sensibilmente tra le piattaforme analizzate. Solo due piattaforme su quattro, iDoctors e Doctorium, hanno adottato un sistema reputazionale strutturato, mentre le altre due attribuiscono alle recensioni un peso marginale o nullo. Per questo motivo, i dati raccolti non possono essere generalizzati a tutto il settore, ma devono essere letti considerando le differenze organizzative tra le piattaforme.

Nei casi di Doctorium e iDoctors, le valutazioni rilasciate dai pazienti non determinano direttamente la visibilità del professionista — a differenza di quanto avviene nei modelli tipici di piattaforma digitale descritti da Stark e Pais (2020) — ma vengono comunque utilizzate come criterio integrativo nella gestione del matching tra medico e paziente, insieme ad altri parametri come la specializzazione o la prossimità geografica. Inoltre, come emerso dalle interviste, le recensioni possono contribuire al miglioramento della qualità dei profili professionali, stimolando un adeguamento delle pratiche comunicative e relazionali dei medici.

Questa differenza mette in luce che, nel contesto del body-care, non esiste un unico modello di governance delle recensioni, ma coesistono approcci diversi che riflettono scelte strategiche e organizzative specifiche per ciascuna piattaforma.

La fiducia dell'utente verso il professionista è subordinata alla fiducia verso l'organizzazione e di conseguenza anche la sua reputazione. Le piattaforme, intese come organizzazioni professionali,

godono di una reputazione preponderante rispetto a quella del singolo professionista e ciò risulta evidente anche dalla standardizzazione dei servizi offerti che viene declinata in sforzi organizzativi impiegati dalla piattaforma e miranti a uniformare l'offerta dei servizi e la creazione di elementi simbolici, di struttura o estetici subordinati a uno standard comune.

"Dopo il colloquio ho potuto accedere e costruire il profilo ma come ho visto anche a diversi colleghi, abbiamo delle linee, diciamo, linee guida su come costruire il profilo, mettere la foto, raccontare le esperienze professionali, da dove veniamo, eccetera. Questo secondo me ha un aspetto buono perché è come se la piattaforma limitasse una sorta di concorrenza che potrebbe crearsi tra noi colleghi in base a chi ha un profilo più costruito o appetibile o skillato rispetto ad altri. Quindi, sì, la piattaforma ci garantisce una omogeneità, dividendoci a seconda della specializzazione ovviamente, ma poi è come se garantisse a tutti le stesse possibilità di crescita e secondo me è un aspetto positivo, che può stare dentro alla cornice della piattaforma."

(Intervista 5, medico neurologo femmina da Idoctors)

La piattaforma Doctorium opera la definizione dei profili digitali degli operatori intervenendo sulla scelta della foto, sulla descrizione dei profili e fornendo indicazioni precise ai medici su come costruire il profilo dentro la piattaforma.

"Una persona della piattaforma mi ha dato delle linee guida rispetto a come costruire il mio profilo. Mi ha spiegato in modo chiaro come dovevo inserire certe info, facendomi vedere anche i profili degli

altri. La foto e tutto il resto. Come sistemare le informazioni insomma. Questo per dare una omogeneità dei vari profili, se no ognuno se lo impostava un po' come voleva, però così si vede chiaramente il tratto distintivo proprio di Doctorium. Secondo me è giusto, alla fine siamo autonomi ma lavoriamo comunque attraverso una piattaforma. Per come la vedo io, è come se un operatore sanitario di un ospedale, non so, Niguarda? Non mettesse divisa o camice mentre la struttura ospedaliera da indicazioni precise di metterlo. Lo stesso lo vedo io coi profili dentro la piattaforma."

(Intervista 2, dottore dermatologo femmina, da Doctorium)

Il fenomeno di brandizzazione dei profili, che si manifesta attraverso le indicazioni fornite dalle piattaforme ai professionisti sulla costruzione e ottimizzazione del proprio profilo, si combina con altri elementi emersi, come la definizione centralizzata delle tariffe e i meccanismi di assegnazione dei professionisti ai pazienti che si rivolgono innanzitutto alla piattaforma per la ricerca di un medico. Questi aspetti suggeriscono che la reputazione della piattaforma giochi un ruolo rilevante nel processo di intermediazione e nella percezione complessiva dei servizi offerti.

3.5.5 La riduzione dell'autonomia dei professionisti.

Come anticipato nei capitoli precedenti, uno degli interrogativi centrali di questa ricerca riguarda l'impatto delle piattaforme digitali sull'autonomia professionale. Sulla base delle evidenze emerse dalle interviste e dai capitoli precedenti, è possibile analizzare questa questione considerando quattro dimensioni principali, che mettono in relazione le caratteristiche strutturali delle piattaforme con la percezione dei professionisti rispetto ai cambiamenti introdotti.

A. Modalità organizzativa del tipo di servizio.

Come emerso dalla mappatura del primo capitolo e in particolare a seguito dell'identificazione delle piattaforme rientranti sotto l'indicatore 4, ovvero la tipologia di servizio, 13 piattaforme hanno adottato una tipologia di servizio che prevede possibilità di visite e consulti solo da remoto. Un caso studio approfondito, Idoctors, fa parte di questo gruppo di piattaforme. Questa variabile è riconducibile a un aspetto organizzativo che vincola il professionista alle modalità definite dalla piattaforma.

"Con la piattaforma posso gestire la visita, mi fa da supporto anche per organizzare eccetera. Poi se c'è bisogno di vedere il paziente, per diversi motivi legati anche alla terapia, questo lo devo fare da me e organizzarmi direttamente con lui."

(Intervista 6, dermatologo maschio, Idoctors)

Vengono posti limiti alla dimensione dell'autonomia organizzativa all'interno della piattaforma per cui se un medico vuole incontrare un paziente di persona può farlo al di fuori della gestione organizzativa posta dalla piattaforma.

B. Aumento del capitale sociale.

Le piattaforme digitali stanno riconfigurando le modalità di accesso al mercato del lavoro e se da un lato permettono l'incremento del capitale sociale dei medici, dall'altro ne permettono la fruizione dentro limiti e spazi definiti da clausole contrattuali.

C. Accesso e criteri di selezione.

Le piattaforme digitali stanno riconfigurando le modalità di accesso al mercato del lavoro esercitando una forma di controllo legata alla valutazione dei titoli e delle esperienze. Non è emerso quali siano i, in fase di colloqui, i criteri specifici adottati per la selezione o che possano comportare l'esclusione di un medico. Indicativo però in questo senso è il caso di Doctorium e la selezione di medici che non abbiano meno di 5 anni di esperienza.

D. Vincoli organizzativi e autonomia decisionale.

Dalle interviste emerge che i professionisti percepiscono nuovi limiti imposti dalle piattaforme nella gestione della propria attività. Alcuni vincoli riguardano aspetti contrattuali (ad esempio le clausole di non concorrenza), altri il posizionamento economico, come nel caso delle piattaforme che definiscono centralmente le tariffe per le visite, rendendole competitive rispetto al mercato privato. Ulteriori restrizioni riguardano la gestione dell'agenda e le modalità di interazione con i

pazienti: in diverse piattaforme, infatti, è la piattaforma stessa a proporre soluzioni automatizzate in caso di cancellazioni o imprevisti, riducendo la discrezionalità del medico. Come ha osservato un professionista intervistato:

"da un lato mi aiuta a organizzarmi, dall'altro a volte mi sento vincolato nelle scelte su come gestire le visite"

(Intervista 7, dermatologo, maschio, Doctorium).

E. Relazione con i pazienti e reputazione digitale.

Le piattaforme non si limitano a intermediare tra professionista e paziente, ma ridefiniscono il quadro delle relazioni e introducono nuove forme di valutazione. In alcuni casi, come per iDoctors, le recensioni dei pazienti possono essere utilizzate per migliorare la qualità del profilo, ma sempre all'interno di schemi predefiniti dalla piattaforma, che tendono a standardizzare la presentazione dei professionisti. Questo porta a una doppia percezione: da un lato, le recensioni positive vengono vissute come un'opportunità di autopromozione, dall'altro, la piattaforma viene percepita come un attore regolatore che fissa i parametri della reputazione digitale, limitando la possibilità di differenziarsi.

La somma di questi elementi evidenzia il complesso processo organizzativo diretto verso un fenomeno di riduzione dell'autonomia dei professionisti dentro un comune orizzonte simbolico e normativo (Fournier, 1999). Le piattaforme dunque, intese come organizzazioni, contribuiscono a riconfigurare i campi professionali riproducendo logiche preesistenti e introducendo nuove dinamiche (Spence et al.

2016) in contrasto con la possibilità del professionista di esercitare una elevata discrezionalità nel proprio lavoro, frutto della decennale organizzazione della professione in forma collettiva (Freidson, 2002) e riscrivendo logiche identitarie, di appartenenza e di autonomia.

3.6 Piattaforme e autonomia dei professionisti.

Per comprendere appieno l'impatto delle piattaforme sul lavoro dei professionisti, è utile osservare come alcuni dei meccanismi emersi — come la standardizzazione dei profili, la definizione centralizzata delle tariffe e l'uso delle recensioni come strumento reputazionale — contribuiscano, almeno in parte, a ridefinire le logiche identitarie e di appartenenza professionale. Le piattaforme, infatti, tendono a ridurre le differenze tra i singoli professionisti, privilegiando criteri uniformi di presentazione, valutazione e posizionamento. In questo modo, la percezione di affidabilità e competenza non deriva più esclusivamente dall'identità individuale del medico, ma si intreccia con la reputazione complessiva della piattaforma come garante di qualità e trasparenza.

Alla luce di questi elementi, nel presente capitolo è emerso come le piattaforme non solo stiano introducendo trasformazioni significative rispetto all'accesso al mondo del lavoro dei professionisti e modifichino le dinamiche di potere tradizionali, ma stiano contribuendo anche alla riduzione dell'autonomia nell'esercizio della professione.

Le nuove forme di controllo e supervisione introdotte dall'intermediazione delle piattaforme digitali incidono direttamente sulla reputazione dei professionisti e introducono procedure standardizzate che tendono a uniformare i profili e le modalità operative. Questo processo mette in discussione le modalità classiche di esercizio della professione in diversi modi: i medici, che tradizionalmente gestivano in autonomia la definizione delle tariffe, l'organizzazione delle agende e la comunicazione con i pazienti, si trovano ora a operare all'interno di schemi predefiniti dalla piattaforma,

che stabilisce regole comuni e margini più limitati di discrezionalità. Come emerso dalle interviste, questa trasformazione è percepita in modo ambivalente: per alcuni professionisti rappresenta un vantaggio in termini di semplificazione organizzativa e visibilità, mentre per altri comporta una riduzione dell'autonomia decisionale e un progressivo appiattimento delle differenze individuali tra i professionisti (Kirchner e Schüßler, 2020).

Se da una parte la facilità di accesso alle piattaforme consente ai professionisti di aumentare il proprio capitale sociale, ottenendo un maggior numero di pazienti e migliorando la propria posizione economica, dall'altra l'iscrizione è spesso accompagnata da limitazioni contrattuali — come le clausole di non concorrenza o il controllo centralizzato delle tariffe — che i professionisti percepiscono come una riduzione della loro autonomia rispetto ai canali tradizionali di esercizio. In passato, infatti, la gestione delle tariffe, dell'agenda e della relazione con i pazienti era completamente in mano al professionista; oggi, invece, queste scelte sono vincolate da regole definite dalla piattaforma.

L'avvento delle piattaforme in campi professionali altamente regolati, come quello medico analizzato in questo studio, introduce quindi una dinamica di ridefinizione dei campi professionali, stabilendo nuovi standard e criteri di valutazione che possono incidere sia sull'accesso sia sulla crescita nel settore (Boudreau e Hagiu, 2011).

In conclusione, dalle interviste e dall'analisi delle piattaforme considerate emergono alcuni segnali di cambiamento che sembrano incidere sulle modalità di esercizio della professione e sulle relazioni tra professionisti, pazienti e piattaforme. I dati raccolti suggeriscono che le piattaforme, pur offrendo nuove opportunità di accesso e maggiore

visibilità, introducono anche nuove forme di regolazione che possono influire sulla percezione di autonomia e sulla costruzione della reputazione professionale. Si tratta, tuttavia, di tendenze osservabili all'interno del campione analizzato e non di una trasformazione generalizzabile a tutto il settore: per confermare l'ipotesi di una vera e propria ridefinizione dei campi professionali sarebbero necessarie indagini più estese e comparative (Stark e Pais, 2020).

CONCLUSIONE.

Il presente lavoro si è posto l'obbiettivo di esplorare il fenomeno delle piattaforme digitali nel settore E-Health, analizzando come queste stiano evolvendo nel panorama della salute e dell'assistenza sanitaria in Italia. Le piattaforme sanitarie in Italia si stanno evolvendo verso un modello integrato e multifunzionale, dove la tecnologia diventa parte integrante del processo di cura, non solo un mezzo di intermediazione.

Attraverso il lavoro di mappatura sono state identificate 31 piattaforme presenti in Italia che offrono servizi di cura alla persona. Queste piattaforme adottano strutture contrattuali flessibili, permettendo ai medici di lavorare come liberi professionisti e di collaborare con più enti. Il modello di business predominante è il B2C, ma molte piattaforme integrano anche componenti B2B. Il finanziamento è principalmente privato, sostenuto da partnership con attori del settore sanitario, e le applicazioni mobili facilitano l'interazione tra utenti e professionisti.

L'analisi ha potuto portare all'individuazione di quattro modelli ideali che combinano servizi online e la definizione dei costi: il *platform-driven digital care*, il *profession-driven digital care*, il *platform-driven blended care* e il *profession-driven blended care.*

Da questo modelli si evidenziano caratteristiche organizzative e funzionali che delineano le piattaforme non come semplici intermediari ma come strumenti capaci di intervenire e ridefinire elementi delle relazioni tra pazienti e professionisti, abbattendo barriere geografiche e temporali.

Tuttavia, emergono anche sfide significative, come la gestione dei dati sensibili e la garanzia della qualità delle prestazioni. Le analisi mostrano una pluralità di configurazioni, ognuna con specifiche modalità di governance che influenzano le condizioni di lavoro dei medici e l'esperienza dei pazienti.

La diversificazione dei modelli ha conseguenze pratiche: nei contesti centralizzati, il ruolo del medico può essere mediato dalla piattaforma, mentre nelle piattaforme che favoriscono l'autonomia professionale si osservano relazioni fiduciari più forti e una maggiore qualità percepita del servizio.

Il passo successivo è stato l'identificazione dei quattro casi studio che ha poi permesso un approfondimento di tipo qualitativo sulle particolarità che caratterizzano il modello organizzativo delle piattaforme.

Un primo elemento emerso riguarda il fatto che tutte le piattaforme analizzate condividono un obiettivo comune: facilitare l'incontro tra medici e pazienti attraverso un'intermediazione digitale. Un aspetto fondamentale che emerge è la prossimità, che viene interpretata in modi diversi. Ad esempio, Idoctors e Cup Solidale offrono un servizio di pura intermediazione, basato sulla prossimità geografica e sulla scelta di specializzazione. Al contrario, Doctolib e Docotrium intervengono attivamente nel processo di intermediazione. Doctolib, ad esempio, implementa sistemi che facilitano la comunicazione tra vari attori, inclusi medici e pazienti, migliorando la gestione degli appuntamenti. Docotrium, invece, ha creato un centro di assistenza dedicato per guidare e supportare pazienti.

Un'altra differenza significativa riguarda le modalità di scelta del medico. In tutte e quattro le piattaforme, la prossimità è un criterio

principale, ma Doctolib aggiunge ulteriori fattori come specializzazione, randomizzazione e la possibilità per i pazienti di descrivere i propri sintomi per ricevere un indirizzamento. Negli altri casi, i criteri di selezione si limitano alla prossimità e alla specializzazione.

La credibilità delle piattaforme emerge come un aspetto cruciale nelle interazioni con gli utenti. Prima di valutare un medico, i pazienti tendono a considerare l'affidabilità della piattaforma stessa, influenzando la loro fiducia (Jarvenpaa e Teigland, 2017). La fiducia funge da intermediario essenziale per costruire la reputazione della piattaforma (Möhlmann, 2016) e riflette dinamiche sociali come la reciprocità.

In merito ai medici, tutti operano in libera professione, ma alcuni affrontano vincoli contrattuali che possono limitare la loro autonomia. Docotib, ad esempio, richiede ai medici di lavorare con un contratto di almeno un anno, mentre Docotrium seleziona solo medici con almeno cinque anni di esperienza. Tuttavia, piattaforme come Idoctors offrono opportunità per i medici di espandere la loro rete, fungendo da strumento di miglioramento professionale.

Solo Idoctors e Docotrium consentono ai pazienti di lasciare recensioni, ma entrambe hanno dichiarato che questo strumento è destinato a migliorare la qualità del servizio, piuttosto che a creare meccanismi di giudizio punitivi o premianti per i medici. Questo solleva interrogativi sulla percezione e sull'impatto delle recensioni. Le valutazioni non influenzano solo il servizio, ma anche come gli utenti percepiscono i professionisti e le piattaforme (Origgi, 2018). Criticità come l'inflazione della reputazione possono sorgere quando le

recensioni sono eccessivamente positive, portando a una visione distorta della qualità reale dei servizi (Zervas et al., 2015).

La costruzione della reputazione è un elemento cruciale che spinge le piattaforme a implementare pratiche specifiche. D'altro canto, l'approccio di Cup Solidale e Doctolib, che evita un sistema di recensioni pubbliche, suggerisce un tentativo di mantenere una posizione neutrale e focalizzarsi sulla qualità del servizio, piuttosto che sulla competizione tra professionisti (Tufekci, 2017).

L'ultimo passo ha visto 22 interviste a medici professionisti di varie specializzazioni, utili all'analisi di alcuni meccanismi peculiari nel rapporto di lavoro tramite piattaforma.

Tra gli elementi chiave emersi è possibile ritrovare la standardizzazione dei profili, la definizione centralizzata delle tariffe e l'uso delle recensioni come strumenti di reputazione. Questi elementi contribuiscono, almeno in parte, a ridefinire le logiche identitarie e il senso di appartenenza professionale. Le piattaforme tendono a livellare le differenze tra i singoli professionisti, adottando criteri uniformi per la presentazione, la valutazione e il posizionamento. Di conseguenza, la percezione di affidabilità e competenza non dipende più esclusivamente dall'identità individuale del medico, ma si intreccia con la reputazione complessiva della piattaforma, che funge da garante di qualità e trasparenza.

Dall'analisi è emerso che le piattaforme stanno introducendo cambiamenti significativi nell'accesso al mondo del lavoro per i professionisti, alterando le dinamiche di potere tradizionali e contribuendo alla diminuzione dell'autonomia nell'esercizio della professione. Le nuove forme di controllo e supervisione, introdotte dall'intermediazione digitale, influiscono direttamente sulla

reputazione dei professionisti e introducono procedure standardizzate che uniformano i profili e le modalità operative.

Questa evoluzione mette in discussione le tradizionali modalità di esercizio della professione. I medici, che in passato gestivano in autonomia la definizione delle tariffe, l'organizzazione degli appuntamenti e la comunicazione con i pazienti, ora operano all'interno di schemi predefiniti dalle piattaforme, che stabiliscono regole comuni e limitano la discrezionalità. Come emerso dalle interviste, questa trasformazione è percepita in modo ambivalente: per alcuni professionisti, rappresenta un vantaggio in termini di semplificazione organizzativa e maggiore visibilità, mentre per altri implica una diminuzione dell'autonomia decisionale e un appiattimento delle differenze individuali tra i professionisti (Kirchner e Schüßler, 2020).

Da un lato, l'accesso facilitato alle piattaforme consente ai professionisti di accrescere il proprio capitale sociale, attrarre più pazienti e migliorare la propria situazione economica. Dall'altro, l'iscrizione è spesso accompagnata da limitazioni contrattuali, come le clausole di non concorrenza o il controllo centralizzato delle tariffe, che vengono percepite come una riduzione dell'autonomia rispetto ai canali tradizionali. In passato, la gestione delle tariffe, dell’agenda e della relazione con i pazienti era completamente nelle mani del professionista; oggi, queste scelte sono vincolate da regole imposte dalla piattaforma.

L'arrivo delle piattaforme in settori professionali altamente regolamentati, come quello medico, introduce una nuova dinamica di ridefinizione dei campi professionali, stabilendo nuovi standard e criteri di valutazione che possono influenzare sia l'accesso sia la crescita nel settore (Boudreau e Hagiu, 2011). Dalle interviste e dall'analisi delle

piattaforme considerate emergono segnali di cambiamento che stanno influenzando le modalità di esercizio della professione e le relazioni tra professionisti, pazienti e piattaforme. I dati raccolti indicano che, sebbene le piattaforme offrano nuove opportunità di accesso e maggiore visibilità, introducono anche forme di regolazione che possono impattare sulla percezione di autonomia e sulla costruzione della reputazione professionale.

In conclusione, le piattaforme digitali nel settore della salute non sono semplici strumenti di intermediazione; esse fungono da agenti di cambiamento che ridefiniscono le logiche professionali e le relazioni all'interno del sistema sanitario. È fondamentale che i professionisti, i pazienti e i regolatori si impegnino in un dialogo costante per garantire che l'innovazione tecnologica si traduca in un miglioramento reale della qualità delle cure e nell'equità di accesso ai servizi sanitari. Questa tesi non vuole essere esaustiva rispetto alla tematica affrontata ma anzi invita a ulteriori ricerche sul tema, approfondendo le relazioni tra tecnologia, professionalità e accesso ai servizi, affinché il futuro della sanità digitale possa essere costruito su basi solide e inclusive.

Appendice.

Scheda informativa della mappatura delle piattaforme.

1 Banca delle Visite

Territorio	*Nazionale*
Longevità	*2020*
Modalità di offerta del servizio	*Misto (online+presenza)*
Tipologia del servizio	*Medicina di base*
Modello di business	*B2B+B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Investimenti, contributi, fundraising*
Visibilità dei profili	*No*
Modalità di assegnazione	*Piattaforma*
Sistema reputazionale	*No*
Avvio dello scambio	*Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Piattaforma*
Modalità di pagamento	*Alla Piattaforma*
Ragione sociale	*Ente no profit*
App	*no*
Sito	*www.bancadellevisite.it*

2 Comarch

Territorio	*Lombardia*
Longevità	*2013*
Modalità di offerta del servizio	*Online*
Tipologia del servizio	*Varie specializzazioni*
Modello di business	*B2B+B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Abbonamenti utenti*
Visibilità dei profili	*No*
Modalità di assegnazione	*Piattaforma*
Sistema reputazionale	*Si (non visibile)*
Avvio dello scambio	*Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Piattaforma*
Modalità di pagamento	*Alla Piattaforma*
Ragione sociale	*S.A.*
App	*No*
Sito	*www.comarch.it/heltcare/*

3 Cup Solidale

Territorio	*Toscana*
Longevità	*2020*
Modalità di offerta del servizio	*Misto (online+presenza)*
Tipologia del servizio	*Varie specializzazioni*
Modello di business	*B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Investimenti*
Visibilità dei profili	*No*
Modalità di assegnazione	*Piattaforma*
Sistema reputazionale	*No*
Avvio dello scambio	*Professionista/Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Ambulatori e Professionisti*
Modalità di pagamento	*Ai professionisti*
Ragione sociale	*Srl*
App	*No*
Sito	*www.cupsolidale.it*

4 Da Vinci salute (Elty)

Territorio	*Nazionale*
Longevità	*2020*
Modalità di offerta del servizio	*Misto (online+presenza)*
Tipologia del servizio	*Varie Specializzazioni*
Modello di business	*B2B+B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Abbonamenti Utenti*
Visibilità dei profili	*Si (pubblico)*
Modalità di assegnazione	*Piattaforma*
Sistema reputazionale	*Si (non visibile)*
Avvio dello scambio	*Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Piattaforma*
Modalità di pagamento	*Alla Piattaforma*
Ragione sociale	*Srl*
App	*Si*
Sito	*http://elty.it/*

5 Diagnostica Medica Veloce

Territorio	*Nazionale*
Longevità	*2021*
Modalità di offerta del servizio	*Online*
Tipologia del servizio	*Medicina di base*
Modello di business	*B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Investimenti*
Visibilità dei profili	*No*
Modalità di assegnazione	*Piattaforma*
Sistema reputazionale	*Si (non visibile)*
Avvio dello scambio	*Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Piattaforma (tariffario consultabile)*
Modalità di pagamento	*Alla Piattaforma*
Ragione sociale	*Srl*
App	*no*
Sito	*www.diagnosticamedicaveloce.it*

6 Doctor App

Territorio	*Nazionale*
Longevità	*2020*
Modalità di offerta del servizio	*Misto (online+ presenza)*
Tipologia del servizio	*Medicina di base*
Modello di business	*B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Investimenti*
Visibilità dei profili	*Si*
Modalità di assegnazione	*Ibrido*
Sistema reputazionale	*Si (non visibile)*
Avvio dello scambio	*Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Professionista*
Modalità di pagamento	*Al professionista*
Ragione sociale	*Srl*
App	*Si*
Sito	*Pro.doctorapp.it*

7 Doctolib

Territorio	*Multinazionale*
Longevità	*2013*
Modalità di offerta del servizio	*Misto*
Tipologia del servizio	*Varie Specializzazioni*
Modello di business	*B2B+B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Investimenti*
Visibilità dei profili	*Si*
Modalità di assegnazione	*Utente*
Sistema reputazionale	*No*
Avvio dello scambio	*Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Professionista*
Modalità di pagamento	*Al professionista*
Ragione sociale	*SAS*
App	*Si*
Sito	*Docotlib.it*

8 Doctorium

Territorio	*Nazionale*
Longevità	*2015*
Modalità di offerta del servizio	*Misto (online+presenza)*
Tipologia del servizio	*Varie specializzazioni*
Modello di business	*B2B+B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Investimenti*
Visibilità dei profili	*Si*
Modalità di assegnazione	*Utente*
Sistema reputazionale	*Si (visibile)*
Avvio dello scambio	*Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Professionista*
Modalità di pagamento	*Al professionista*
Ragione sociale	*Srl*
App	*Si*
Sito	*www.doctorium.it*

9 Doctors Italy

Territorio	*Lazio*
Longevità	*2024*
Modalità di offerta del servizio	*Online*
Tipologia del servizio	*Varie specializzazioni*
Modello di business	*B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Investimenti*
Visibilità dei profili	*Si (pubblico)*
Modalità di assegnazione	*Piattaforma*
Sistema reputazionale	*No*
Avvio dello scambio	*Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Piattaforma*
Modalità di pagamento	*Alla Piattaforma*
Ragione sociale	*Srl*
App	*no*
Sito	*Doctorsitaly.it*

10 Dottore online

Territorio	*Nazionale*
Longevità	*2020*
Modalità di offerta del servizio	*Online*
Tipologia del servizio	*Varie specializzazioni*
Modello di business	*B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Investimenti*
Visibilità dei profili	*Si*
Modalità di assegnazione	*Piattaforma*
Sistema reputazionale	*Si (non visibile)*
Avvio dello scambio	*Professionista/ Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Professionista*
Modalità di pagamento	*Al professionista*
Ragione sociale	*Snc*
App	*Si*
Sito	*Dottore-online.it*

11 Fisioterapia Online

Territorio	*Lombardia*
Longevità	*2020*
Modalità di offerta del servizio	*Misto (online+presenza)*
Tipologia del servizio	*Varie specializzazioni*
Modello di business	*B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Investimenti*
Visibilità dei profili	*Si*
Modalità di assegnazione	*Utente*
Sistema reputazionale	*Si (non visibile)*
Avvio dello scambio	*Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Professionista*
Modalità di pagamento	*Al professionista*
Ragione sociale	*Srl*
App	*Si*
Sito	*www.fisioterapiaonline.it*

12 Hey Medico

Territorio	*Nazionale*
Longevità	*2021*
Modalità di offerta del servizio	*Online*
Tipologia del servizio	*Varie specializzazioni*
Modello di business	*B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Investimenti*
Visibilità dei profili	*Si*
Modalità di assegnazione	*Ibrido*
Sistema reputazionale	*Si (non visibile)*
Avvio dello scambio	*Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Professionista*
Modalità di pagamento	*Al professionista*
Ragione sociale	*Srl*
App	*Si*
Sito	*www.heymedico.it*

13 Huknow

Territorio	*Nazionale*
Longevità	*2020*
Modalità di offerta del servizio	*Online*
Tipologia del servizio	*Varie specializzazioni*
Modello di business	*B2B+B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Fundraising*
Visibilità dei profili	*Si*
Modalità di assegnazione	*Utente*
Sistema reputazionale	*No*
Avvio dello scambio	*Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Professionista*
Modalità di pagamento	*Al professionista*
Ragione sociale	*Srl*
App	*no*
Sito	*www.huknow/dottore/on*

14 Hexagon

Territorio	*Nazionale*
Longevità	*2021*
Modalità di offerta del servizio	*Misto (online+presenza)*
Tipologia del servizio	*Varie specializzazioni*
Modello di business	*B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Investimenti*
Visibilità dei profili	*Si*
Modalità di assegnazione	*Utente*
Sistema reputazionale	*No*
Avvio dello scambio	*Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Professionista*
Modalità di pagamento	*Al professionista*
Ragione sociale	*Srl*
App	*Si*
Sito	*www.hexagonsystem.it*

15 Hope

Territorio	*Nazionale*
Longevità	*2020*
Modalità di offerta del servizio	*Misto (online+presenza)*
Tipologia del servizio	*Varie specializzazioni*
Modello di business	*B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Investimenti*
Visibilità dei profili	*Si*
Modalità di assegnazione	*Utente*
Sistema reputazionale	*Si (non visibile)*
Avvio dello scambio	*Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Professionista*
Modalità di pagamento	*Al professionista*
Ragione sociale	*Srl*
App	*Si*
Sito	*www.studiohope.it*

16 Idoctors

Territorio	*Nazionale*
Longevità	*2008*
Modalità di offerta del servizio	*Online*
Tipologia del servizio	*Varie specializzazioni*
Modello di business	*B2B+B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Investimenti*
Visibilità dei profili	*Si*
Modalità di assegnazione	*Utente*
Sistema reputazionale	*Si (visibile)*
Avvio dello scambio	*Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Professionista*
Modalità di pagamento	*Al professionista*
Ragione sociale	*Srl*
App	*Si*
Sito	*www.idoctors.it*

17 Lami

Territorio	*Nazionale*
Longevità	*2021*
Modalità di offerta del servizio	*Misto (online+presenza)*
Tipologia del servizio	*Varie specializzazioni*
Modello di business	*B2B+B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Fundraising*
Visibilità dei profili	*Si*
Modalità di assegnazione	*Utente*
Sistema reputazionale	*Si (non visibile)*
Avvio dello scambio	*Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Professionista*
Modalità di pagamento	*Al professionista*
Ragione sociale	*Srl*
App	*Si*
Sito	*www.lamimet.it*

18 Medicilio

Territorio	*Nazionale*
Longevità	*2022*
Modalità di offerta del servizio	*Misto (online+presenza)*
Tipologia del servizio	*Varie specializzazioni*
Modello di business	*B2B+B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Investimenti*
Visibilità dei profili	*Si*
Modalità di assegnazione	*Utente*
Sistema reputazionale	*Si (non visibile)*
Avvio dello scambio	*Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Professionista*
Modalità di pagamento	*Al professionista*
Ragione sociale	*Srl*
App	*Si*
Sito	*www.medicilio.it*

19 Medicoora

Territorio	*Nazionale*
Longevità	*2023*
Modalità di offerta del servizio	*Misto (online+presenza)*
Tipologia del servizio	*Medicina di base*
Modello di business	*B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Investimenti*
Visibilità dei profili	*No*
Modalità di assegnazione	*Utente*
Sistema reputazionale	*Si (non visibile)*
Avvio dello scambio	*Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Piattaforma*
Modalità di pagamento	*Alla Piattaforma*
Ragione sociale	*Srl*
App	*Si*
Sito	*www.medicoora.it*

20 Medplace

Territorio	*Nazionale*
Longevità	*2021*
Modalità di offerta del servizio	*Online*
Tipologia del servizio	*Medicina di base*
Modello di business	*B2B+B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Abbonamenti utenti*
Visibilità dei profili	*No*
Modalità di assegnazione	*Piattaforma*
Sistema reputazionale	*Si (non visibile)*
Avvio dello scambio	*Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Piattaforma*
Modalità di pagamento	*Alla Piattaforma*
Ragione sociale	*Srl*
App	*Si*
Sito	*www.medplace .it*

21 Mi Agenda

Territorio	*Nazionale*
Longevità	*2015*
Modalità di offerta del servizio	*Online*
Tipologia del servizio	*Medicina di base*
Modello di business	*B2B+B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Investimenti*
Visibilità dei profili	*Si*
Modalità di assegnazione	*Utente*
Sistema reputazionale	*Si (non visibile)*
Avvio dello scambio	*Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Professionista*
Modalità di pagamento	*Al professionista*
Ragione sociale	*Srl*
App	*Si*
Sito	*Miagenda.it*

22 Mio Dottore

Territorio	*Nazionale*
Longevità	*2020*
Modalità di offerta del servizio	*Online*
Tipologia del servizio	*Varie specializzazioni*
Modello di business	*B2B+B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Investimenti*
Visibilità dei profili	*Si*
Modalità di assegnazione	*Ibrido*
Sistema reputazionale	*Si (non visibile)*
Avvio dello scambio	*Professionista/Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Professionista*
Modalità di pagamento	*Al professionista*
Ragione sociale	*Srl*
App	*Si*
Sito	*Miodottore.it*

23 Mio Pediatra

Territorio	*Nazionale*
Longevità	*2021*
Modalità di offerta del servizio	*Misto (online+presenza)*
Tipologia del servizio	*Varie specializzazioni*
Modello di business	*B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Investimenti*
Visibilità dei profili	*No*
Modalità di assegnazione	*Piattaforma*
Sistema reputazionale	*Si (non visibile)*
Avvio dello scambio	*Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Professionista*
Modalità di pagamento	*Al professionista*
Ragione sociale	*Srl*
App	*Si*
Sito	*www.miopediatra.it*

24 Net Medicare

Territorio	*Nazionale*
Longevità	*2015*
Modalità di offerta del servizio	*Online*
Tipologia del servizio	*Varie specializzazioni*
Modello di business	*B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Abbonamenti Utenti*
Visibilità dei profili	*No*
Modalità di assegnazione	*Piattaforma*
Sistema reputazionale	*Si (non visibile)*
Avvio dello scambio	*Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Piattaforma*
Modalità di pagamento	*Alla Piattaforma*
Ragione sociale	*Srl*
App	*Si*
Sito	*Netmedicare.it*

25 Pazienti.it

Territorio	*Nazionale*
Longevità	*2015*
Modalità di offerta del servizio	*Misto (online+presenza)*
Tipologia del servizio	*Varie specializzazioni*
Modello di business	*B2B+B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Investimenti*
Visibilità dei profili	*No*
Modalità di assegnazione	*Utente*
Sistema reputazionale	*Si (non visibile)*
Avvio dello scambio	*Professionista*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Piattaforma*
Modalità di pagamento	*Alla Piattaforma*
Ragione sociale	*Srl*
App	*Si*
Sito	*Pazienti.it*

26 Pediatotem

Territorio	*Nazionale*
Longevità	*2024*
Modalità di offerta del servizio	*Misto (online+presenza)*
Tipologia del servizio	*Varie specializzazioni*
Modello di business	*B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Investimenti*
Visibilità dei profili	*No*
Modalità di assegnazione	*Piattaforma*
Sistema reputazionale	*Si (non visibile)*
Avvio dello scambio	*Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Piattaforma*
Modalità di pagamento	*Alla Piattaforma*
Ragione sociale	*Srl*
App	*Si*
Sito	*Pediatotem.it*

27 Plussimple

Territorio	*Nazionale*
Longevità	*2020*
Modalità di offerta del servizio	*Misto (online+presenza)*
Tipologia del servizio	*Varie specializzazioni*
Modello di business	*B2B+ B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Investimenti*
Visibilità dei profili	*No*
Modalità di assegnazione	*Piattaforma*
Sistema reputazionale	*Si (non visibile)*
Avvio dello scambio	*Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Piattaforma*
Modalità di pagamento	*Alla Piattaforma*
Ragione sociale	*Srl*
App	*Si*
Sito	*www.live.plussimple.com*

28 Pyllola Telemedicine

Territorio	*Nazionale*
Longevità	*2022*
Modalità di offerta del servizio	*Online*
Tipologia del servizio	*Varie specializzazioni*
Modello di business	*B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Abbonamenti Utenti*
Visibilità dei profili	*No*
Modalità di assegnazione	*Piattaforma*
Sistema reputazionale	*Si (non visibile)*
Avvio dello scambio	*Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Piattaforma*
Modalità di pagamento	*Alla Piattaforma*
Ragione sociale	*Srl*
App	*Si*
Sito	*It.pyllola.com*

29 Top Doctors

Territorio	*Nazionale*
Longevità	*2020*
Modalità di offerta del servizio	*Misto (online+presenza)*
Tipologia del servizio	*Varie specializzazioni*
Modello di business	*B2B+B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Investimenti*
Visibilità dei profili	*Si*
Modalità di assegnazione	*Utente*
Sistema reputazionale	*Si (visibile)*
Avvio dello scambio	*Professionista/Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Professionista*
Modalità di pagamento	*Al professionista*
Ragione sociale	*Srl*
App	*Si*
Sito	*www.topdoctors.it*

30 Ultra Specialisti

Territorio	*Nazionale*
Longevità	*2022*
Modalità di offerta del servizio	*Misto (online+presenza)*
Tipologia del servizio	*Varie specializzazioni*
Modello di business	*B2B+ B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Investimenti*
Visibilità dei profili	*Si*
Modalità di assegnazione	*Utente*
Sistema reputazionale	*Si (non visibile)*
Avvio dello scambio	*Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Piattaforma*
Modalità di pagamento	*Alla Piattaforma*
Ragione sociale	*Srl*
App	*Si*
Sito	*www.ultraspecialisti.com*

31 Visitami

Territorio	*Nazionale*
Longevità	*2023*
Modalità di offerta del servizio	*Online*
Tipologia del servizio	*Varie specializzazioni*
Modello di business	*B2B+B2C*
Capitali d'accesso/Investimenti	*Investimenti*
Visibilità dei profili	*Si*
Modalità di assegnazione	*Ibrido*
Sistema reputazionale	*Si (visibile)*
Avvio dello scambio	*Utente*
Contratto di lavoro	*P.Iva*
Definizione del prezzo della visita	*Professionista*
Modalità di pagamento	*Al professionista*
Ragione sociale	*Srl*
App	*Si*
Sito	*www.visitamiapp.com*

Indice delle tabelle.

Tabella 1: Anni di fondazione delle piattaforme. 45
Tabella 2: Modelli di offerta di servizio. 50
Tabella 3: Incrocio modalità di offerta del servizio e tipologia di servizio. 51
Tabella 4: Modelli di business. 54
Tabella 5: Modelli di Business e tipologie di servizi. 54
Tabella 6: Modelli di business per anno di fondazione. 55
Tabella 7: Divisione nelle forme di finanziamento. 57
Tabella 8: Piattaforme che prevedono la visibilità dei profili. 58
Tabella 9: Modalità di assegnazione 59
Tabella 10: Incrocio tra modalità di assegnazione e visibilità del profilo. 60
Tabella 11: Piattaforme e sistema reputazionale. 61
Tabella 12: Incrocio tra visibilità del profilo e sistema reputazionale. 62
Tabella 13: Modalità di avvio dell'interazione medico-paziente. 63
Tabella 14: Definizione del costo delle visite. 65
Tabella 15: Modalità di pagamento. 66
Tabella 16: Modelli di business e modalità di pagamento. 67
Tabella 17: Ragione sociale delle piattaforme. 68
Tabella 18: Modelli di piattaforma. 73
Tabella 19: Modelli di piattaforme per tipologie di servizi. 74
Tabella 20: Visibilità del profilo nei modelli di piattaforme. 75
Tabella 21: Sistema reputazionale nei modelli di piattaforme. 76
Tabella 22: Avvio dello scambio nei modelli di piattaforma. 77
Tabella 23: Campione dei professionisti e loro caratteristiche. 174

Indice delle figure.

Figura 1: Scheda informativa Doctolib. 104
Figura 2: Scheda per video-consulti Doctolib. 107
Figura 3: Scheda di accesso ai servizi di Doctolib. 111
Figura 4: Scheda di prenotazione appuntamenti Doctolib. 112
Figura 5: Scheda della sezione “Chi siamo” di Idoctors. 127
Figura 6: Scheda fonti di finanziamento di Idoctors. 128
Figura 7: Scheda per prenotazioni Idoctors. 129
Figura 8: Scheda bacheca per la scelta dei medici Idoctors. 131
Figura 9: Scheda agenda condivisa Idoctors. 136
Figura 10: Scheda recensioni dei medici di Idoctors. 139
Figura 11: Scheda bacheca dei professionisti di Doctorium. 150
Figura 12: Scheda elenco degli ambulatori di Cup Solidale in base al costo. 158

Bibliografia.

AA.VV., 2021, *Covid-19 Impact on Platform Economy. A Preliminary outlook*. A PLUS report.

Abbott A., 1998, *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*, University of Chicago Press, Chicago.

Agre PE., 1994, *Surveillance and capture: Two models of privacy*. The Information Society.
10(2):101–27

Ajunwa I, Greene D., 2018, *Platforms at Work: Automated Hiring Platforms and Other New Intermediaries in the Organization of Work*. ID 3248675, Social Science Research Network, Rochester, NY

Akrich M., 1992, *The De-scription of Technical Objects. In Shaping Technology/Building Society.*
Studies in Sociotechnical Change, eds. Bijker, W& Law, J., pp. 205–24. MIT Press

Aloisi A., 2021, *Demystifying Flexibility, Exposing the Algorithmic Boss: A Note on the First Italian Case Classifying a (Food-Delivery) Platform Worker as an Employee*. ID 3785196, Social Science Research Network, Rochester, NY

Aloisi A, De Stefano V., 2020 *Il tuo capo è un algoritmo: Contro il lavoro disumano*. Gius.Laterza
& Figli Spa

Andreassen, Hege K., et al. 2006, *Patients who use e-mediated communication with their doctor: new constructions of trust in the patient-doctor relationship.* Qualitative health research

Aneesh A. 2009. *Global Labor: Algocratic Modes of Organization*. Sociological Theory

Aragona B, Arvidsson A, Felaco C., 2020, *Introduction. Ethnography of algorithms*. The cultural
analysis of a sociotechnical construct. ET. (3/2020)

Arcidiacono D., 2019, *Gli ambigui sentieri del platform work: tra marginalizzazione e nuovi paradigmi produttivi*. In Porte girevoli, eds. A Zucca, R Prevete, C Croce. Fondazione Giangiacomo Feltrinelli

Arcidiacono D, Borghi P, Ciarini A., 2019, *Platform Work: From Digital Promises to Labor Challenges.* PARTECIPAZIONE E CONFLITTO. 12(3):

Arcidiacono D, Reale G. 2021. *Industria 4.0 e modello piattaforma come nuovo paradigma organizzativo*

Arpaia P., Moccaldi N., 2022. *L'impatto della pandemia da Covid-19 sulle tecnologie per la salute. Esperienze e progetti di management sanitario in tempi di emergenza*: 51

Baldwin CY, Woodard CJ, 2009, *The Architecture of Platforms: A Unified View.* Edward Elgar Publishing.

Bernuzzi C., Piccardo M.A., Zuccotti G.V., Guglielmetti C., 2024, *Curare attraverso la telemedicina: come i professionisti sanitari prefigurano i cambiamenti della loro pratica lavorativa.* Intervento presentato al 20. convegno Congresso Nazionale AIP - Sezione di Psicologia per le Organizzazioni: Immaginazione organizzativa, ricerca e azione trasformativa. Passato presente futuro delle pratiche di psicologia del lavoro e delle organizzazioni

Bezes P., Demazière D., 2011, *New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions?* Sociologie du Travail, Elsevier, p.293-348.

Bonifacio F., Pais I., 2024, *La mappatura delle piattaforme di welfare in Italia*, in Il Welfare alla prova delle piattaforme. Lavoro e servizi di cura nella transizione digitale, Milano: Feltrinelli.

Bonifacio F., 2024, *Professionisti di piattaforma. Un'analisi della piattaformizzazione dei campi professionali in ambito medico e psicologico*, in *Il welfare alla prova delle piattaforme. Lavoro e servizi di cura nella transizione digitale,* Milano: Feltrinelli.

Bosma, Jelke R., 2022, *Platformed professionalization: Labor, assets, and earning a livelihood through Airbnb*, in "Environment and Planning A: Economy and Space".

Boudreau, Kevin J., Hagiu A. 2011, *Platform rules: Multi-sided platforms as regulators*, in Annabelle Gawer (a cura di), *Platforms, Markets and Innovation*. Edward Elgar Publishing, Cheltenam.

Bratton B., 2016, *The Stack: On software and sovereignty*. Boston, MIT University Press.

Braudel F., 1979, *I giochi dello scambio: civiltà materiale, economia e capitalismo*. Einaudi 1981.

Braun V., Clarke V., 2006, *Using thematic analysis in psychology*, Qualitative Research in Psychology.

Bruni A, Esposito FM. 2019. *It Obliges You to Do Things You Normally Wouldn't: Organizing and Consuming Private Life in the Age of Airbnb*. PARTECIPAZIONE E CONFLITTO.

Bryman A., 2016, *Social Research Methods*, Oxford University Press.

Calo R, Rosenblat A. 2017. The Taking Economy: Uber, Information, and Power. ID 2929643, Social Science Research Network, Rochester, NY.

Cameron L. 2020. *Allies or Adversaries? Making Meaning of the Gig Employment Relationship.* Proceedings.

Cant C., 2019, *Riding for deliveroo: resistance in the new economy.* London Polity Press.

Cardano M., 2011, *La ricerca qualitativa*, Bologna: Il Mulino.

Cases A-S, 2017, *L'e-santé: l'empowerment du patient connecté*, Journal de gestion et d'économie médicales.

Casilli A., 2019, *En attendant les robot*, Paris: Seuil.

Casilli A., Posada J., *The Platformization of labor and society*. HAL Open Science.

Castellano S., 2020, *La centralità di Instagram nelle narrazioni contemporanee tra transmedia storytelling e contenuti grassroots.* Mediascape Journal.

Celata F. 2019, *Il capitalismo delle piattaforme e le nuove logiche di mercificazione dei luoghi. Territorio*. Franconageli.it

Cingolani P., 2019. *L'informalità del Capitale: tempi, lavoro e capitalismo delle piattaforme.* Firenze University Press.

Cuppini N., Frapporti M., Mezzadra S., Pirone M., 2022, *Il Cpitalismo nel tempo delle piattaforme. Infrastrutture digitali, nuovi spazi e soggettività algoritmiche*. Firenze University Press.

Davis G., 2016. *What Might Replace the Modern Corporation? Uberization and the Web Page Enterprise.* Seattle University Law Review.

De Vita L., Lucciardini S., Pulignano V., 2018, *Quali relazioni industriali per i lavoratori autonomi della digitalizzazione?* Quaderni di rassegna sindacale.

Di Maggio U., 2019, *Il cooperativismo di piattaforma. Per una nuova economia digitale e collaborativa*. Homeless Book.

Duffy BE. 2016. *The romance of work: Gender and aspirational labour in the digital culture industries.* International Journal of Cultural Studies.

Ertz M., Durif F., Arcand M., 2019, *A Conceptual perspective on collaborative consumption*, *AMS Review*, vol. 9.

Eurofound, 2018, *Employement and working conditions of selected types of platform work*. Pubblications office of the European Union, Brussels.

Evetts J., 2006, *Short Note: The Sociology of Professional Groups: New Directions*, in "Current Sociology".

Faggini M., Parziale A., Cosimato S., 2021, *Creare valore in sanità: il ruolo delle piattaforme digitali.* Rivista di studi manageriali, Sapienza Università editrice.

Ferrari F, Graham M. 2021*, Fissures in algorithmic power: platforms, code, and contestation*. Cultural Studies.

Flyvbjerg B., 2006, *Five misunderstandings about case-study research*, Qualitative Inquiry.

Fournier V., 1999, *Boundary work and the (un)making of the professions*, in Nigel, Malin (a cura di) *Professionalism, Boundaries and the Workplace, Routledge*, London.

FournierV., 1999, *The Appeal to 'Professionalism' as a Disciplinary Mechanism*, in "The Sociological Review".

Freidson E., 2001, *Professionalism: The Third Logic: On the Practice of Knowledge*, University of Chicago Press, Chicago.

Frenken K., 2017, *Political Economies and environmental futures for the sharing economy.* Philosophical Transaction R. Soc. A.

Frenken K., Schor J. 2019, *Putting the sharing economy into perspective.* A research agendafor sustainable consumption governance.

Galdiero C, Marrapodi R, Mele S, Scaletti A., 2025, *Mapping digital transformation and social impact in Italian healthcare: a holistic evaluation of organizational digital maturity.* BMC Heath Services Research, 25(1).

Gandini A. 2019. *Labour process theory and the gig economy.* Human Relations.

Gandini A., Pais I., Beraldo D. 2016, *Reputation and trust on online labour markets: The reputation economy of Elance*, in "Work Organisation, Labour e Globalisation".

Gerber C, Krzywdzinski M. 2019. *Brave New Digital Work? New Forms of Performance Control in*

Crowdwork. In Work and Labor in the Digital Age. S P. Vallas, A Kovalainen, Emerald Publishing Limited.

Gerring J., 2007, *Case Study Research: Principles and Practices*, Cambridge University Press.

Gillespie T., 2018, *Custodians of the Internet: Platforms, Content Moderation and the Hidden decision that shape social media.* Yale University Press.

Habib J., Loup P., 2019, *Quand l'adoption d'une application perçue comme anodine, engage une transformation profonde su système de santé: le cas de Doctolib.* 24e conférence Association Information et Management.

Hanlon, G.,1998, *Professionalism as Enterprise: Service Class Politics and the Redefinition of Professionalism*, Sociology, 32(1), 43-63

Haug M. R., 1975, *The Deprofessionalization of Everyone?,* Sociological Focus.

Healy J., Pekarek A., 2023, *Consumers in the gig economy: Resisting or reinforcing precarious work?*, in Immanuel Ness (a cura di), *"The Routledge Handbook of the Gig Economy"*, Routledge, New York.

Helmond A. 2015. *The Platformization of the Web: Making Web Data Platform Ready.* Social Media
+ Society

Hermes S., et al., 2020, *The digital transformation of the healthcare industry: exploring the rise of emerging platform ecosystems and their influence on the role of patients*. Business Research 13.3: 1033-1069.

Huws U. 2014. *Labor in the Global Digital Economy: The Cybertariat Comes of Age*. NYU Press.

Huws U, Spencer N, Syrdal DS, Holts K. 2018. *Working in the Gig Economy: Insights from Europe*. University of Hertfordshire.
Israel M., 2015, *Research Ethics and Integrity for Social Scientists*, Sage.

Jarvenpaa S., Teigland R., 2017, *Introduction to Trust, Identity, and Trusted Systems in Digital Environments Minitrack*, Hawaii International Conference on System Sciences.
Kallinikos J., Tempini N., 2014. *Patient data as medical facts: Social media practices as a foundation for medical knowledge creation*. Information Systems Research 25.4.

Kellogg KC, Valentine MA, Christin A. 2020. *Algorithms at Work: The New Contested Terrain of Control*. ANNALS.

Kenney, M. e Zysman, J., 2016, *The Rise of the Platform Economy.* Issues in Science and Technology.

Kirchner S., Schüßler E.,2020, *Regulating the Sharing Economy: A Field Perspective*, in Indre Maurer, Johanna Mair e Achim Oberg (a cura di), "*Theorizing the Sharing Economy: Variety and Trajectories of New Forms of Organizing"*, Emerald Publishing Limited, Bingley, 2020.

Kornberger M., Pflueger D., Mouritsen J., 2017, *Evaluative infrastructures: Accounting for platform organization*, Accounting, Organizations and Society.

Kvale S., Brinkmann S.,2009, *InterViews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*, Sage.

Langley A., Lindberg K., Mørk B. E., Nicolini D., Raviola E., Walter L., 2019, *Boundary Work among Groups, Occupations, and Organizations: From Cartography to Process*, Academy of Management Annals.

Larkin B., 2013, *The Politic and poetics of infrastructures*. Annual Rewiew of anthropology.

Latour B., 2022, *Riassemblare il sociale, Actor-network theory*. Meltemi.

Liu, L., Zhang, X., Zhang, C., Hua, Z., 2021. *How does Doctors' Information Sharing Behavior Influence Reputation in Online Health Consultation Platform?*.In Proceedings of the 54th Hawaii International Conference on System Sciences: https://scholarspace.manoa.hawaii.edu/server/api/core/bitstreams/a6e9c024-de0e-4359- 9041-0476c0051d14/

Lehdonvirta V., 2022, *Cloud Empires. How to digital platforms are overtaking the State and how we can regain control*. Boston: MIT press

Lehdonvirta V., Ernkvist M., 2011, *Knowledge Map of the Virtual Economy*, World Bank, Washington, DC 2011-04

Léo M., 2016, *Patient connecté et données de santé: les vrais risques*, I2D – Information, données et documents.

Lupton D. 2019, *Data selves: More-than-human perspectives*, John Wiley & Sons.

Lupton D., Jutel A., 2015, *'It's like having a physician in your pocket!' A critical analysis*
of self-diagnosis smartphone apps, Social Science and Medicine.

Lupton D., 2016, *Towards critical digital health studies: Reflections on two decades of research in*
health and the way forward, Health.

Ma X., Gui X., Fan, J., Zhao, M., Chen, Y., Zheng, K. (2018). *Professional Medical Advice at your Fingertips: An empirical study of an online" Ask the Doctor" platform.* Proceedings of the ACM on Human-Computer Interaction.

Maestripieri L., Bellini A., 2023, *Introduction: Within, Between, Beyond—A Multi-dimensional Approach to the Study of Professionalism and Social Change*, Professionalism and Social Change. Processes of Differentiation Within, Between and Beyond Professions, Palgrave MacMillan, Cham.

Marent B., Flis H.,2021, *Digital health. Routledge international handbook of critical issues in health and illness*. Routledge.

Marrone P., 2020, *Democrazia oscura e algocrazia.* Endoxa, prospettive sul presente.

Martin CJ. 2016. *The sharing economy: A pathway to sustainability or a nightmarish form of neoliberal capitalism?* Ecological Economics.

Marx K., 1867, *Il capitale. Critica dell'economia politica*. Libro Primo. Einaudi.

Mayer-Schonberger V., Cukier K., 2013. *Big Data: A Revolution that Will Transform how We Live, Work, and Think.* Houghton Mifflin Harcourt.

Mezzadra S., 2021, *Oltre il riconoscimento. Piattaforme digitali e metamorfosi del lavoro*. Il Mulino rivista web.

Müller A., 2016, *The digital nomad: buzzword or research category?* Routledge, Taylor e Francis Group.

Nemkova E., Demirel P., Baines L., 2019, *In search of meaningful work on digital freelancing platforms: The case of design professionals*, in "New Technology, Work and Employment.

Nieborg DB, Duffy BE, Poell T. 2020. *Studying Platforms and Cultural Production: Methods, Institutions, and Practices*. Social Media + Society.

Ossewaarde R, Reijers W. 2017. *The illusion of the digital commons: 'False consciousness' in online alternative economies*. Organization.

Pais I. 2019. *La platform economy: aspetti metodologici e prospettive di ricerca*. PO.

Pais I., 2023, *Le Piattaforme digitali di welfare in Italia: la mappatura di Weplat. In Progetto Weplat*, Percorsi di secondo welfare, Milano.

Pais I., Arcidiacono D.L., Piccitto G., 2023, *Are platforms changing professionalism?* Professionalism and Social Change. Processes of Differentiation Within, Between and Beyond Professions, Palgrave MacMillan, Cham.

Pais I., Gandini A., Anselmi G., 2023, *Platform economy and digital labour*, Routledge.

Parker GG, Alstyne MWV, Choudary SP. 2016. *Platform Revolution: How Networked Markets Are Transforming the Economy and How to Make Them Work for You*. W. W. Norton & Company.

Patton M., 2015, *Qualitative Research and Evaluation Methods*, Sage Publications.

Peck J., Philips R., 2021, *The platform conjuncture*, Sociologica 14, no.3.

Piras E.M., F. Miele. 2019, *On digital intimacy: redefining provider–patient relationships in remote monitoring.* Sociology of health & illness.

Pirone M., 2018, *Scatole nere e tempeste. Passato e presente del capitalismo digitale*. Zapruder, Scienza e Politica, rivista bimestrale Unibo.

Rachlitz K., 2023, *Platform organising and platform oragnisations*. Puntoorg.

Rahman HA. 2019. *Invisible Cages: Algorithmic Evaluations in Online Labor Markets*. Stanford University.

Rantala K., Heikki K., 2016.*Value co-creation in health care: Insights into the transformation from value creation to value co-creation through digitization*. Proceedings of the 20th International Academic Mindtrek.

Resnik D., 2018, *The Ethics of Research with Human Subjects*, Springer.

Rietveld J., Schilling M.A., 2021, *Platform Competition: A Systematic and Interdisciplinary Review of the Literature*, Journal of Management, 47(6), 1528-1563.

Rosenblat A. 2018. *Uberland: How Algorithms Are Rewriting the Rules of Work*. Oakland, California: Univ of California Pr.

Saks M., 2012, *Defining a Profession: The Role of Knowledge and Expertise*, Professions and Professionalism.

Saukko P. 2018, *Digital health–a new medical cosmology? The case of 23andMe online genetic*
testing platform, in “Sociology of Health & Illness”.

Schlagwein D, Schoder D, Spindeldreher K., 2020, Consolidated, systemic conceptualization, and definition of the sharing economy. Journal of the Association for Information Science and Technology

Schor J., Attwood-Charles W., Cansoy M., Ladegaard I., Wengronowitz R., 2020, *Dependence and precarity in the platform economy*, Theory and Society.

Simon P. 2011. *The Age of the Platform: How Amazon, Apple, Facebook, and Google Have Redefined Business by Phil Simon*. Motion Publishing

Stark D, Pais I. 2020. *Algorithmic Management in the Platform Economy*. S-IJSD.

Snircek, N. 2017. *Platform Capitalism*, Hoboken, Jhon Wiley e Sons.

Sundararajan, A. 2016. *The sharing economy: The end of Employement and the rise of crowd-based capitalism*, Cambridge, Mit press.

Trojansky, A., 2020, *Towards the "Uber-isation" of Care? Platform work in the sector of longterm*
home care and its implications for workers' rights, Workers' Group Research Report.

Vallas S, Schor JB. 2020. *What Do Platforms Do? Understanding the Gig Economy*. Annual Review of Sociology.

Van Dijck J, Poell T, De Waal M. 2018. *The Platform Society: Public Values in a Connective World.* Oxford, New York: Oxford University Press.

Van Dijck J van. 2014. *Datafication, dataism and dataveillance: Big Data between scientific paradigm and ideology.* Surveillance & Society.

Van Doorn N., 2020. *At what price? Labour politics and calculative power struggles in on-demand food delivery.* Work Organisation, Labour & Globalisation.

Van Doorn N., 2017. *Platform labor: on the gendered and racialized exploitation of low-income service work in the 'on-demand' economy*. Information, Communication & Society.

Van Doorn N. 2018. *Thoughts on Deliveroo's introduction of distance-based pay in Berlin*, Platform Labor. https://platformlabor.net

Van Doorn N, Badger A. 2020. *Platform Capitalism's Hidden Abode: Producing Data Assets in the Gig Economy.* Antipode.

Van Doorn N, Ferrari F, Graham M. 2020. *Migration and Migrant Labour in the Gig Economy: An Intervention.* Social Science Research Network, Rochester, NY.

Vassilakopoulou P., Grisot M., Jensen T.B., Sellberg N., Eltes J.,2017. *Building National eHealth Platforms: the Challenge of Inclusivenes.* AIS Aisel.

Watkins EA, Stark D. 2018. *The Möbius Organizational Form: Make, Buy, Cooperate, or Co-opt?* Sociologica.

Weil D., 2014. *Fissured Workplace. Why work became so bad for so many and what can be done.* Cambridge Harvard University Press.

Wiles R. (2013), *What Are Qualitative Research Ethics?*, Bloomsbury Academic.

Yin R., 2018, *Case Study Research and Applications*, Sage Publications.

Zuboff S. 2019, *Il capitalismo della sorveglianza*. Roma; Luiss.