

Valutazione in itinere della presa in carico della cronicità e fragilità in Lombardia

Giuseppe Belleri

Medico di Medicina generale

L'articolo propone la valutazione in itinere della riforma della Presa in Carico (PiC) della cronicità e fragilità in Lombardia approvata nel 2017. A cinque anni dall'avvio, è possibile una prima valutazione della fase di implementazione della PiC, terminata prematuramente per l'impatto della pandemia da Covid-19. L'articolo ricostruisce e commenta gli esiti della riforma con la chiave interpretativa della valutazione basata sulla teoria e della valutazione realistica: vengono analizzate le scelte dei destinatari e degli attuatori nella cornice concettuale dell'economia comportamentale, dei processi decisionali e dei concetti di lealtà, defezione e protesta della sociologia economica, con particolare riferimento alla relazione tra pazienti cronici, medici di medicina generale, gestori organizzativi e clinical manager ospedaliero.

In January 2017, the Lombardy regional council approved the chronic illness and fragility management reform. Five years after the reform's launch, it is possible to conduct a first appraisal of its implementation. This article reconstructs and comments on the results of the reform, using the conceptual framework of theory-based evaluation and the realistic evaluation about patient decision making and social relations. These choices are examined in light of the social and organizational sciences, touching on decision processes as described by behavioural economics, cognitive psychology and the concepts of loyalty, defection and protest applied to the relationship between chronic patients, general practitioners and hospital clinical managers.

DOI: 10.53223/Sinappsi_2023-02-10

Citazione

Belleri G. (2023), Valutazione in itinere della presa in carico della cronicità e fragilità in Lombardia, *Sinappsi*, XIII, n. 2., pp. 177-191

Parole chiave

Salute
Sanità
Sociologia della salute

Keywords

Health
Health service
Health sociology

Introduzione

La riforma della cronicità si inserisce nella cornice normativa che distingue il Sistema sanitario regionale (SSR) lombardo da quello di altre regioni; l'obiettivo della Presa in Carico (PiC) della cronicità e fragilità, varata nel 2017 (DGR 6164/2017 e DGR 6551/2017) ed entrata in vigore nella primavera del 2018, era di trasferire alle cure primarie l'asset-

to pro-concorrenziale della rete ospedaliera, vale a dire il modello di quasi mercato che prevede la separazione tra erogatori accreditati in competizione, da un lato, ed ente pubblico regolatore, acquirente, programmatore e controllore delle prestazioni e servizi dall'altro.

Nelle intenzioni dei decisori regionali la *managed competition* tra Gestori organizzativi e Medici di Me-

dicina generale (MMG) avrebbe favorito, sulla base della libera scelta dei pazienti, il miglioramento della qualità delle cure, grazie ad una remunerazione simile ai DRG (*Diagnosis Related Group*) ospedalieri, alla concorrenza e alla possibilità di migrare dall'assistenza primaria a quella di II Livello. L'ingresso sul territorio dei Gestori nosocomiali ha introdotto una seconda forma di concorrenza: a quella orizzontale tra MMG, prevista dalle norme della medicina convenzionata, si è sovrapposta la concorrenza verticale tra I e II Livello assistenziale, ovvero tra generalisti territoriali e clinical manager ospedalieri (CM), ai quali veniva implicitamente affidato il compito di attirare i cronici in 'uscita' dall'assistenza primaria.

L'articolo propone un tentativo di valutazione in itinere della PiC, a partire dai limitati dati disponibili, all'interno di un framework che combina tre dimensioni teorico-pratiche:

- il metodo retrodeduttivo o abduuttivo, di carattere indiziario, che a partire da eventi inattesi, inusuali o anomalie, intende ricostruire a ritroso le cause che hanno prodotto un'evidenza empirica (Lanzalaco 2010)¹;
- la valutazione *theory oriented* e la valutazione realistica (Stame 2002);
- la chiave di lettura delle dinamiche socioeconomiche, riconducibile alle categorie di lealtà, defezione e protesta (*Exit, Voice & Loyalty o EVL*) e ai processi decisionali in condizioni di incertezza dell'economia cognitiva e comportamentale (Euristiche & *Bias*, effetto *Nudge*).

La valutazione proposta di seguito si riferisce alla fase di implementazione nel biennio 2018-

2019, interrotta di fatto nel 2020 per l'impatto della pandemia da Covid-19, riproponendo alcuni contenuti di articoli già pubblicati inseriti però nella cornice delle teorie della valutazione in itinere (Belleri 2020; 2022); a causa dell'incompletezza dei dati sono necessarie ulteriori indagini a conferma delle ipotesi avanzate sulla base di informazioni aspecifiche, specie riguardo alle scelte dei potenziali beneficiari. Alla fine del 2022 con la DGR 7758 la Giunta regionale lombarda ha approvato in via preliminare la revisione della prima riforma, per quanto riguarda le cure primarie, che verrà attuata nel corso del 2023 con successive delibere².

1. Le adesioni dei medici e dei pazienti alla PiC

La PiC è stata preceduta dal 2011 al 2016 dalla sperimentazione lombarda dei CReG (*Cronic Related Group*) che proponevano la seguente teoria causale del problema: "la realtà dei fatti ha mostrato che l'attuale organizzazione delle cure primarie manca delle premesse contrattuali e delle competenze cliniche, gestionali ed amministrative richieste ad una organizzazione che sia in grado di garantire una reale presa in carico complessiva dei pazienti cronici al di fuori dell'ospedale" (Allegato 14, Dgr. IX/973/10; Dgr. IX/1479/11).

Nell'economia della PiC i Gestori ospedalieri dovevano prioritariamente farsi carico del Livello 1, composto da 150 mila pazienti fragili a maggiore complessità socioassistenziale ed organizzativa, mentre il MMG aveva una sorta di prelazione per il Livello 3 composto da 1,9 milioni di pazienti monopatologici non complicati e ben compensati³.

1 L'inferenza abduuttiva (o retroduittiva) comprende due fasi: (i) la rilevazione di indizi, anomalie, segnali o fatti sorprendenti e inspiegati e (ii) una regola interpretativa, cioè una conoscenza di sfondo a cui si fa ricorso per avanzare ipotesi esplicative del fatto in oggetto. In sostanza, con l'abduzione si opera una ricerca a ritroso delle cause che hanno determinato un'evidenza empirica, la cui efficacia consiste "nel controllare una vasta enciclopedia e nel saper scegliere all'interno di questa la regola più consona alla spiegazione, oppure nell'aggiungere alla propria enciclopedia nuove regole interpretative" (Lanzalaco 2010, 16).

2 La legge regionale 22/2021 di revisione del SSR lombardo ha introdotto la commissione per le cure primarie "al fine di predisporre annualmente linee guida, da sottoporre all'approvazione della Giunta regionale, relative alla presa in carico dei pazienti affetti da malattie croniche, nonché alla programmazione della formazione dei MMG e degli infermieri di famiglia e comunità".

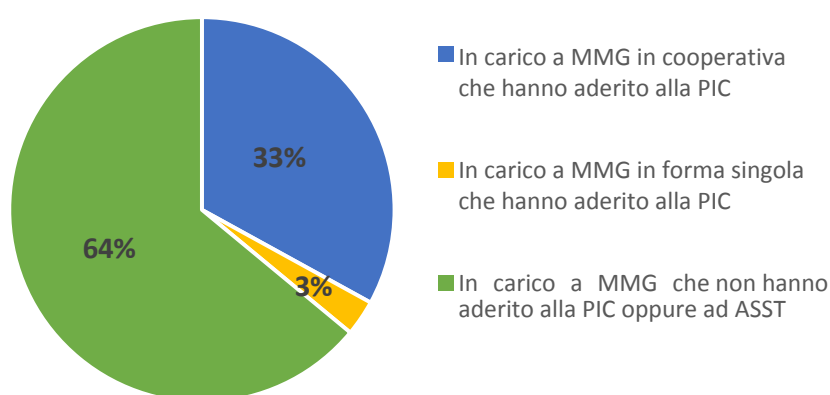
3 La remunerazione a 'tariffa modulabile' era commisurata ai bisogni specifici del singolo soggetto, così definiti:

- Livello 1: prevalenti bisogni di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio (integrazione dei percorsi ospedale/domicilio/riabilitazione/sociosanitario);
- Livello 2: prevalenti bisogni extra-ospedalieri ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati e semi-residenziali (coordinamento e promozione del percorso di terapia, prevalentemente farmacologica e gestione proattiva del follow-up);
- Livello 3: bisogni medio bassi di accessi ambulatoriali integrati (percorsi ambulatoriali riservati/di favore, controllo e promozione dell'aderenza terapeutica).

Stratificazione epidemiologica dei pazienti cronici coinvolti nella PiC (DGR 6164/2017)

- Livello 1. Soggetti con fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio (150.000 assistiti).
- Livello 2. Cronicità polipatologica con prevalenti bisogni extra-ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/frequent users e fragilità sociosanitarie di grado moderato (1.300.000 cittadini).
- Livello 3. Cronicità in fase iniziale prevalentemente monopatologica e fragilità sociosanitarie in fase iniziale a richiesta medio-bassa di accessi ambulatoriali integrati e/o domiciliari/frequent users (1.900.000).

Le undici patologie croniche individuate per la fase di avvio erano le seguenti: insufficienza respiratoria/ossigenoterapia, scompenso cardiaco, diabete tipo I e tipo II, cardiopatia ischemica, BPCO, ipertensione arteriosa, vasculopatia arteriosa o cerebrale, miocardiopatia aritmica, insufficienza renale cronica⁴.

Figura 1. Assistiti cronici in carico a MMG

Fonte: Agenas 2020

Tutti potevano candidarsi al ruolo di Gestore, dagli ospedali pubblici a quelli privati non profit o for profit, con l'eccezione dell'ATS (Agenzia Tutela della salute) cui veniva affidato il ruolo di supervisore e controllore del processo. I MMG potevano partecipare alla PiC associandosi ad una delle cooperative, che si costituivano nel primo semestre del 2017, o in forma singola.

I dati della Regione Lombardia relativi all'anno 2019 riportano un numero di pazienti cronici pari a 3.461.728, dei quali 36% (1.237.679 cittadini) è in carico a MMG che hanno aderito alla PiC. I cronici assistiti da MMG che hanno siglato il patto di cura con un Gestore ammontano al 20% (n=250.883), proporzione che sale al 22% tra gli assistiti in carico a cooperative di MMG, mentre scende all'1% tra gli assistiti in carico a MMG che hanno aderito in forma singola (Agenas 2020).

Nella primavera del 2018 con l'invio di 3.057.519 lettere di presentazione della PiC — rispetto ai 3.461.728 pazienti cronici registrati nella Banca dati Assistiti — ad altrettanti cittadini lombardi affetti da una o più patologie croniche prendeva il via la fase di arruolamento, così articolata:

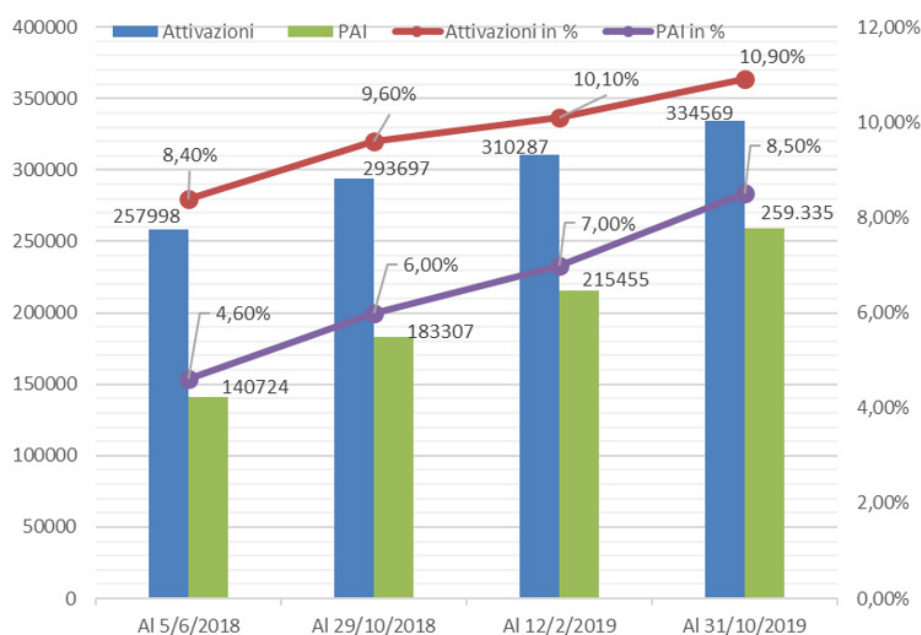
- il paziente interessato alla PiC contattava telefonicamente un Gestore, nella persona del MMG associato ad una Coop oppure del CM di un Gestore ospedaliero, per un primo colloquio informativo al termine del quale prendeva eventualmente il via l'attivazione del processo di PiC;
- in caso di accettazione della PiC il Gestore prescelto redige, previa sottoscrizione del Patto di cura e del Consenso al trattamento dei dati, il Piano assistenziale individuale (PAI), che sancisce l'arruolamento e l'avvio del percorso assistenziale.

4 Nel 2022 la prevalenza media nella popolazione generale delle patologie croniche più diffuse era la seguente (Fonte: https://report.healthsearch.it/XV_REPORT_HS.pdf): ipertensione arteriosa: 29,5%; diabete mellito tipo 2: 7,9%; depressione: 5 %; malattie ischemiche cardiache e cerebrali: 4,2 + 4,6%; broncopneumopatia cronica ostruttiva e asma: 2,8+7,9%; demenza: 2,8%; scompenso cardiaco: 1,2%; malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE): 19,3%.

Tabella 1. Andamento delle adesioni dei pazienti cronici alla PiC nel biennio 2018-2019

	N. di attivazioni della PiC (in % sul 3.057.519 lettere)	N. di PAI redatti (in % rispetto alle lettere)
Al 5/6/2018	257.998 (8,4%)	140.724 (4,6%)
Al 29/10/2018	293.697 (9,6%)	183.307 (6,0%)
Al 12/2/2019	310.287 (10,1%)	215.455 (7%)
Al 31/10/2019	334.569 (10,9%)	259.335 (8,5%)

Fonte: elaborazione dell'Autore su dati Regione Lombardia, Assessorato del Welfare, 2018-2019

Figura 2. Evoluzione della fase di implementazione della PiC

Fonte: elaborazione dell'Autore su dati Regione Lombardia, Assessorato del Welfare, 2018-2019

A fine 2017 gli attuatori della PiC erano i seguenti:

- MMG associati ad una Coop o come co-gestori: 2.500 circa pari al 40% dei 6.300 in attività;
- Gestori pubblici e privati accreditati, for profit e non profit: 250.

La riforma proponeva al cittadino l'alternativa tra la PiC da parte del proprio MMG e quella del clinical manager di un Gestore ospedaliero a scelta oppure poteva declinare l'offerta e continuare a essere curato dal MMG.

Rispetto al totale dei soggetti cronici in carico ai MMG che hanno aderito alla PiC (Agenas 2020):

- il 4% (n=45.766) risulta essere paziente di Livello 1 (più di tre patologie);
- il 36% (n=443.174) paziente di Livello 2 (due o tre patologie);
- il 60% (n=748.739) paziente di Livello 3 (una patologia).

Ad ottobre 2018 i MMG avevano compilato il 95,2% dei PAI complessivi (174.587) mentre il restante 4,8% era stato redatto dai CM ospedalieri (8.720 PAI); il 30% delle attivazioni telefoniche del percorso presso il Gestore si concludeva con la redazione del PAI, percentuale che toccava l'80% tra chi contattava il MMG.

A novembre 2019 su 259.335 PAI complessivi MMG ne redigevano 241.928, pari al 94,3%, rispetto ai 17.407 compilati dai CM, vale a dire il 5,7%. Nelle strutture pubbliche e private su 61 mila appuntamenti telefonici per l'avvio della PiC venivano compilati 17.407 PAI (pari al 28,5%), mentre su 275 mila attivazioni del percorso con il MMG erano 241.928 i pazienti che sottoscrivevano il PAI (88,1%).

Entro ottobre 2018 veniva redatto il 70,3% di tutti i PAI e il restante 29,3% veniva compilato nell'anno suc-

cessivo, mentre ogni MMG ne completava in media 96 a fronte dei 70 di un'intera struttura ospedaliera.

In base agli ultimi dati disponibili al 31 gennaio 2020 risultavano arruolati con PAI 272.861 cronici, vale a dire il 7,8 sul totale regionale di 3.461.728, e di questi ultimi:

- il 35,7% (ossia 1.237.679) era assistito da un MMG aderente alla PiC;
- il 20% (n=250.883) di costoro aveva siglato il patto di cura.

Le percentuali di assistiti che hanno siglato il patto di cura ammontano (Agenas 2020) al:

- 22% degli assistiti cronici di Livello 1;
- 25% degli assistiti cronici di Livello 2;
- 17% degli assistiti cronici di Livello 3.

La stipula del patto di cura sembra dunque essere più frequente tra gli assistiti pluripatologici rispetto a quelli monopatologici (Agenas 2020).

La sottoscrizione del patto di cura è stata più frequente tra gli assistiti pluripatologici del Livello 1, che erano destinati a essere prioritariamente presi in carico dai Gestori ospedalieri, rispetto a quelli monopatologici del Livello 3 di pertinenza del MMG. Si tratta dell'esito inatteso della riforma, considerando che i generalisti hanno arruolato il 95% dei cronici, avendo una sorta di prelazione per i quasi 2 milioni di pazienti del Livello 3. Se le adesioni dei MMG erano chiare fin dall'autunno 2017, con una spaccatura a metà della categoria, gli assistiti del Livello 1 di fronte all'alternativa tra la revoca implicita del MMG e il passaggio in cura presso il CM ospedaliero, optavano in maggioranza per mantenere la relazione

con il generalista, in dissonanza con gli obiettivi della riforma. I cronici fragili e complessi, che in teoria potevano migrare dal territorio al nosocomio, costituivano una sfida gestionale per l'organizzazione nosocomiale, a differenza della rete sociosanitaria territoriale che si fa carico abitualmente delle cure di prossimità e dell'assistenza domiciliare alla non autosufficienza.

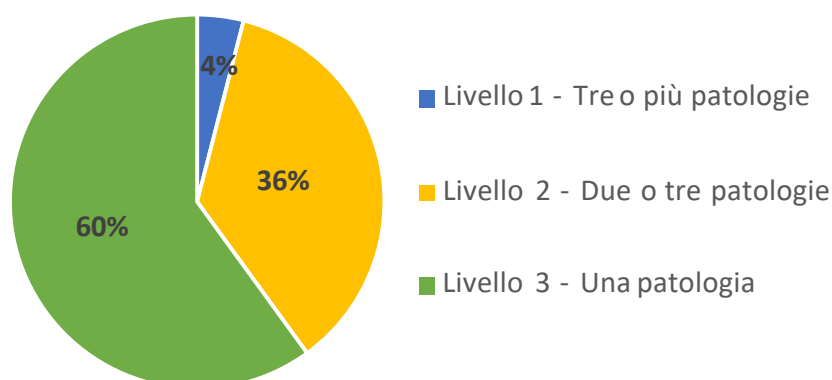
Come si può spiegare l'esito probabilmente inatteso – per quanto non siano disponibili informazioni sulle percentuali di arruolamenti ipotizzate nella valutazione ex ante dai decisori regionali – di una riforma che nelle intenzioni doveva migliorare la qualità e la 'copertura' dell'assistenza alla cronicità sul territorio da parte dei Gestori? Per quali motivi i pazienti lombardi, specie quelli del Livello 1, non hanno accettato la PiC dei CM ospedalieri preferendo le cure del MMG?

2. Teorie e meccanismi del programma di PiC

Nel ciclo di policy la definizione del problema, la formulazione e l'esame critico delle alternative condizionano le successive tappe e gli esiti dell'intervento. Una volta definite le priorità dell'agenda di policy si apre lo spazio per l'elaborazione della teoria dell'intervento, vale a dire il "modo con cui i decisori hanno rappresentato il problema, le sue cause, e le possibili soluzioni, ed hanno definito le strategie d'azione" (Vino 2018, 66). Un intervento di policy poggia su due fasi di un processo di natura cognitiva e culturale, così schematizzabile:

- la teoria causale: per prima cosa i decision maker devono individuare le cause che hanno determinato il problema che si intende risolvere con l'intervento pubblico. Come rilevano La Spina e Espa

Figura 3. Livello clinico-epidemiologico degli assistiti in carico ai MMG



Fonte: Agenas 2020

(2011, 23) si può avere “una teoria sulla situazione e una connessa teoria su come intervenire, ma se queste sono erranee, la progettazione non imboccherà la via giusta” e “in certi casi le teorie mancano del tutto [...] mentre in altri casi avremo teorie causali rozze, semplicistiche, infondate”.

- La teorica del cambiamento (Giannelli 2008): successivamente si deve elaborare un appropriato processo di cambiamento per risolvere il problema grazie alla concatenazione causale tra teoria del programma e della messa in pratica (teoria dell'implementazione) che dovrebbe produrre il beneficio atteso.

La riforma lombarda della cronicità può essere letta facendo riferimento a due approcci teorico-pratici per abbozzare un sommario bilancio in itinere del primo biennio di applicazione (Lumino 2018), ovvero la valutazione basata sulla teoria e la valutazione realistica:

1) l'approccio basato sulla teoria di Carol Weiss si propone di fare emergere le premesse teoriche implicite sul perché un programma dovrebbe funzionare, focalizzando l'analisi sulle reazioni dei destinatari delle politiche pubbliche: l'esito è correlato alla “catena di assunzioni causali che lega le risorse e le attività di un programma con i suoi risultati e i suoi impatti” e ai “meccanismi operativi che mediano fra l'erogazione di un programma e i risultati” (Moro 2005, 49). La *theory-based evaluation* propone uno schema interpretativo delle scelte dei destinatari influenzate da tre variabili (OCP):

- opportunità legali, economiche e relazionali e vincoli burocratici previsti dal programma;
- credenze e convinzioni dei beneficiari riguardo al valore, alle opportunità e ai vincoli del programma;
- preferenze e inclinazioni degli attori, che possono influenzare scelte e partecipazione.

2) La valutazione realista si focalizza sulla teoria del cambiamento, spesso implicita, e sui meccanismi di implementazione: Pawson “ritiene che una teoria del programma non sia altro che una teoria del risultato (outcome) provocato da un meccanismo in un determinato contesto (contesto più meccanismo uguale risultato, ossia $C+M=O$)” (Stame 2002, 147). Per il sociologo inglese “il meccanismo è il processo tramite cui i soggetti interpretano lo stratagemma dell'intervento” (citato in Stame 2002, 147). La valutazione realistica interpreta i risultati (output) in funzione di due variabili: i meccanismi, cioè teorie

di medio raggio che influiscono sui comportamenti e sulle decisioni dei destinatari, e il contesto ambientale, sociale e culturale che li condiziona in un senso piuttosto che nell'altro.

La combinazione tra meccanismi e contesto situato può andare sia nella direzione prefigurata dai decisori sia condurre a risultati inattesi: “un programma funzionerà se le condizioni di contesto in cui è inserito sono favorevoli al suo operare” (Stame 2002, 149) nel senso che “crea delle condizioni, ma è il soggetto che le coglie se vuole cambiare, e non si sa se vorrà cambiare come il programma ipotizzava, o in altro modo” (Stame 2002, 150).

Tra i meccanismi implicati nell'adesione o meno alla PiC possono rientrare sia i concetti della psicologia della decisione e dell'economia comportamentale, sia quelli di lealtà, defezione e protesta di Hirschman oggetto dei paragrafi successivi.

3. Decisioni in condizioni di incertezza, rimpianto e status quo

I meccanismi descritti dalla valutazione basata sulla teoria si adattano alle dinamiche decisionali dei pazienti cronici di fronte alla proposta di PiC. Il modello OCP prevede due gruppi di meccanismi su cui può contare l'implementazione: gli atteggiamenti (*spillover*, spiazzamento e compensazione) e gli stati d'animo, ovvero le reazioni emotive suscitate dal cambiamento proposto, che hanno avuto un ruolo chiave nelle scelte individuali dei pazienti. Ogni proposta di cambiamento attiva l'anticipazione di stati d'animo futuri, di reazione al cambiamento stesso, che vanno dalla speranza (reazione emotiva piacevole) al timore (reazione spiacevole) condizionati da precedenti esperienze individuali. Dall'equilibrio tra questi opposti stati d'animo deriva la propensione piuttosto che l'avversione all'innovazione.

Per tale motivo un “intervento che si propone di introdurre un certo cambiamento dovrebbe essere attuato in un contesto in cui gli attori non siano avversi all'innovazione e i timori del cambiamento siano chiaramente inferiori alle speranze che riescono a intravedersi grazie a esso” (Marchesi *et al.* 2011, 59). Il pessimismo e l'ottimismo dei destinatari, rispetto al cambiamento prospettato e immaginato, è spesso correlato a sensazioni ed emozioni sperimentate in passato, che vengono estese alla valutazione del presente tramite il ricordo. I cronici lombardi hanno dovuto affrontare una doppia scelta: in un primo tempo dovevano decidere se

aderire o meno alla riforma e, in un secondo momento, scegliere a quale Gestore affidarsi tra quelli proposti. La risposta degli assistiti è stata opposta a quella attesa: si sono rivolti al Gestore ospedaliero poco più del 5% mentre i medici di medicina generale hanno compilato il restante 94% dei PAI. Questa percentuale è significativa se si tiene conto che i clinical manager ospedalieri potevano contare su una platea di un milione e mezzo di cronici arruolabili, ovvero gli assistiti di quel 60% di medici di medicina generale non aveva aderito alla riforma. Come tutte le scelte importanti per la salute che si compiono una tantum, l'adesione o meno alla PiC era gravata da incognite per l'influenza di euristiche e *bias* che si annidano nel processo decisionale, analizzate nelle successive considerazioni.

Il rimpianto - "Chi lascia la via vecchia per la nuova...". La saggezza popolare ha anticipato le conclusioni della psicologia cognitiva. Il proverbiale avvertimento mette in guardia il decisore dal rischio del rimpianto, in agguato dopo ogni cambiamento rilevante, anche quando desiderabile. Secondo il modello della razionalità aulica, guadagni e perdite hanno una dimensione qualitativa neutra e valutabile simmetricamente, nel senso che la valutazione del guadagno e della perdita attiene solo al segno positivo o negativo del bilancio. In realtà, in sintonia con la teoria del prospetto, quando si subisce una perdita si prova un'infelicità maggiore della soddisfazione che si proverebbe guadagnando la medesima somma (Leder e Mannetti 2007; Thaler e Sunstein 2018). L'avversione alle perdite agisce come una sorta di 'freno cognitivo' a favore dell'inerzia decisionale, per via dell'attaccamento a ciò che già si possiede o si conosce meglio, e alla speculare contrarietà al rischio della perdita per l'anticipazione del rammarico.

L'euristica dello status quo - "...sa cosa perde, ma non cosa trova". Sempre a causa del rimpianto e per le influenze del gruppo sociale, i decisori sono portati a un certo conservatorismo, sia individuale che collettivo: si tratta del fenomeno definito dagli psicologi comportamentali "distorsione verso lo status quo", che induce le persone a prediligere situazioni sperimentate e abitudinarie, piuttosto che accettare le novità o correre il rischio del cambiamento. La situazione attuale ben nota costituisce un "punto di riferimento e qualsiasi mutamento viene considerato una perdita" nel caso di decisioni caratterizzate da incertezza circa gli esiti, vantaggi e svantaggi (Viale 2018, 45). Il *bias dello status quo* viene rafforzato dal cosiddetto *home bias*, ovvero la tendenza si-

stematica a privilegiare situazioni familiari e ampiamente sperimentate. Questo *bias* ha avuto un ruolo rilevante in due scelte complementari e convergenti: da un lato quelle dei medici, che hanno aderito alla riforma, e dall'altro il passaggio alla PiC dei cronici che avevano partecipato alla precedente sperimentazione dei CReG, arruolati di default e in modo facilitato con il primo scaglione di adesioni del 2018.

Nelle decisioni degli attori hanno contato altre euristiche: il decisore è influenzato dal principio cardine della teoria del prospetto, secondo il quale nella scelta tra opzioni alternative il soggetto è orientato più a evitare perdite che non a incrementare i guadagni, specie quando è alle prese con una decisione poco chiara, dalle conseguenze incerte o di difficile valutazione. Inoltre, le decisioni sono influenzate più dal desiderio di evitare emozioni negative, come il rimpianto per gli esiti sfavorevoli della scelta, che non dall'ipotetica soddisfazione per la massimizzazione dell'utilità (Viale 2018).

Dall'asimmetria tra vantaggi e svantaggi deriva la propensione allo status quo, ovvero a sottrarsi alla scelta per evitare di provare la sensazione di rammarico per la decisione sbagliata: un cambiamento infatti "provoca maggiore rammarico perché il mantenimento dello status quo è considerato normale" ed "è la conseguenza di pensieri e valutazioni che stiamo facendo riguardo al risultato di una decisione" (Leder e Mannetti 2007, 20-37). Il rimpianto vale a posteriori ma anche in caso di incertezza riguardo alle conseguenze future; l'anticipazione di reazioni emotive, come la responsabilità per una scelta sbagliata, può influenzare le modalità e l'esito della scelta stessa. L'anticipazione di errori decisionali e delle sensazioni di rammarico/responsabilità può far propendere per lo status quo (Leder e Mannetti 2007).

Nel processo decisionale entra in gioco anche la dimensione emotiva, definita dagli psicologi *euristica dell'affetto*. Non sempre le persone decidono in modo razionale, vale a dire con una valutazione ponderata dei pro e contro e con il computo delle probabilità. Anzi, proprio di fronte ad opzioni poco chiare e dalle conseguenze incerte scelgono in modo istintivo, cioè in base a un'etichetta affettiva, buono/cattivo o positivo/negativo. In tal modo la colorazione emotiva correlata alle alternative viene a sostituire le caratteristiche delle opzioni in quanto i "giudizi relativi a vantaggi e benefici contengono una forte componente affettiva" (Bonini e

Hadjicristidis 2009, 74) specie di fronte ad opzioni poco familiari, complesse o con informazioni scarse. Come ha sottolineato il premio Nobel Daniel Kahneman “l'utilità non può essere disgiunta dall'emozione e l'emozione è innescata dai cambiamenti. Una teoria della scelta che ignori completamente sensazioni quali il dolore della perdita e il rammarico per gli errori compiuti non è soltanto irrealistica sul piano descrittivo. Essa conduce anche a prescrizioni che non massimizzano l'utilità dei risultati realmente esperiti” (Kahneman 2005, 102).

Altre euristiche sono entrate in gioco nella decisione: quella del riconoscimento e della familiarità. Le persone possono “giudicare e scegliere sulla base della capacità di riconoscere le opzioni” per attribuire una valutazione superiore all'opzione che hanno riconosciuto rispetto ad una ignota (Bonini e Rumiati 2001, 133). *L'euristica della rappresentatività* ha avuto un impatto sul processo decisionale nella misura in cui il medico di medicina generale aveva già attuato di fatto una presa in carico informale dei pazienti cronici nella sua normale attività professionale, che ha costituito un 'prototipo' assistenziale riconosciuto dai diretti interessati, più familiare dell'offerta alternativa di PiC presso uno sconosciuto Gestore. *L'euristica della familiarità* porta a privilegiare ciò che si ricorda facilmente o che si utilizza frequentemente, ad esempio acquisti abituarini di beni di consumo o servizi di cui si usufruisce di routine da lungo tempo, a scapito delle novità e del cambiamento. L'euristica della familiarità è utile per prendere decisioni velocemente in condizioni di incertezza, mentre lo è meno quando si ha disposizione tempo per raccogliere e analizzare più informazioni e valutare molteplici variabili in gioco.

La sinergia tra queste euristiche/*bias* potrebbe aver coinvolto in particolare le persone anziane, per la loro scarsa propensione ai cambiamenti rispetto a situazioni note e familiari, come dimostrano i dati sulle adesioni per pazienti cronici e polipatologici. Si può ipotizzare che le dinamiche sociali della fiducia e della lealtà tra medico di medicina generale e paziente cronico abbiano interagito con le euristiche decisionali sopra descritte, 'incorniciando' e influenzando la scelta se aderire o meno alla proposta di PiC presso un Gestore ospedaliero, ipotesi da sottoporre al vaglio di ulteriori indagini qualitative.

4. Contabilità mentale, architettura della scelta e nudge

L'economista comportamentale Richard Thaler,

Premio Nobel per lo studio delle decisioni in condizioni di incertezza, ha formulato la teoria della 'spinta gentile' (*nudge*) che intende promuovere scelte razionali tra le persone alle prese con i dilemmi della vita, al fine di massimizzare il benessere in fatto di denaro, salute, felicità ecc. I progetti riformatori in campo sociale o sanitario rischiano di scontare limiti insormontabili se considerano solo la dimensione economica della scelta individuale, ovvero il bilancio dei costi e dei benefici, a prescindere dal contesto e dalle relazioni in cui viene presa la decisione. Il *nudging* sfrutta in generale la tendenza delle persone ad adattarsi a regole di default incorporate nell'ambiente sociale e fisico (l'architettura o *framing* decisionale) in cui vengono operate le scelte individuali.

Tra i meccanismi causali vi è stata probabilmente anche la 'spinta gentile' esercitata sui cronici da alcune variabili psico-comportamentali condizionanti l'adesione alla riforma, oltre al rimpianto e alle euristiche sopra illustrare.

L'effetto framing - Le modalità di presentazione delle opzioni di scelta possono influenzare l'esito della decisione, talvolta in modo per così dire subliminale. È quella che Thaler definisce “l'architettura della scelta”, capace in alcune circostanze di dare al decisore quella 'spintarella' in favore di una certa opzione in grado di migliorare il benessere o favorevole a certi interessi. Una comune architettura della scelta è la cosiddetta 'opzione di default' — come quella proposta dal proprio computer quando si installa un programma di gestione della stampante — che viene adottata con maggiore probabilità, rispetto alla procedura complessa per utenti esperti: una volta installato, il programma propone di default la stampa sul formato A4, opzione che tuttavia può essere modificata. L'opzione di default potrebbe essere preferita di fronte a decisioni complesse quando “l'obbligo di scelta potrebbe non essere una buona idea; anzi potrebbe non essere neppure fattibile” (Thaler e Sunstein 2018, 96).

La mappatura della scelta e l'ancoraggio - Per decidere se imboccare o meno un corso d'azione, il soggetto deve prefigurarsi mentalmente la relazione tra le alternative e il proprio futuro benessere, ad esse correlato. Finché si tratta dell'acquisto di un bene di consumo quotidiano questa sorta di contabilità degli effetti della scelta è agevole e soprattutto rivedibile dopo aver confrontato le varie opzioni o aver provato un prodotto alternativo. Quando inve-

ce si affrontano scelte difficili una tantum, ad esempio le opzioni terapeutiche per una grave malattia, la mappatura della scelta è più complicata e di difficile prefigurazione. In queste circostanze si ricorre al parere di esperti, di chi ha avuto analoghe esperienze, al passaparola e ultimamente alla rete Internet per acquisire pareri di altre persone. La mappatura della scelta si può abbinare all'*euristica dell'ancoraggio*, che scatta quando, in una situazione di incertezza, si prova a ridurre l'ambiguità ancorandosi ad un punto di riferimento stabile, un valore a cui fare riferimento per il giudizio e la presa di decisione. Ad esempio, la consuetudine con le modalità assistenziali del medico curante può fungere da ancoraggio 'relazionale' per la mappatura della scelta e la valutazione delle opzioni proposte dalla riforma.

La distorsione da disponibilità - La gente valuta la probabilità dei rischi a seconda della facilità con cui riesce a pensare ad un esempio pertinente o ad esperienze analoghe vissute recentemente e quindi facili da evocare. Ad esempio, dopo un disastro aereo si tende a sopravvalutare il rischio di questo genere di eventi rispetto a quello degli incidenti automobilistici, in realtà statisticamente più frequenti.

In sintesi, quando la scelta è complicata o gravata da incertezza sugli esiti, gli individui potrebbero gradire molto una ragionevole opzione di default come è accaduto ai cronici alle prese con due opzioni: accettare l'offerta di PiC presentata loro come vantaggiosa, oppure mantenere la relazione con il generalista, confermando lo status quo. Non è difficile immaginare, dopo questa schematica sintesi, in che misura le dinamiche dell'economia comportamentale hanno influenzato i cronici alle prese con l'alternativa tra Gestore ospedaliero e medici di medicina generale.

Come tutte le scelte una tantum rilevanti per la salute, anche l'adesione o meno alla PiC era gravata da incognite sulla valutazione degli esiti, per la cosiddetta 'contabilità mentale'. Secondo Thaler e Sunstein (2018, 102) una buona architettura della scelta "aiuta gli individui a perfezionare la propria capacità di mappare le decisioni per scegliere le opzioni che possono accrescere il loro benessere". Spesso le persone scelgono l'alternativa che comporta il minimo sforzo, vale a dire l'opzione di default che prevede di non fare nulla, confermando lo status quo, oppure scegliendo l'opzione che viene presentata come più semplice e 'naturale'. In sostanza l'architettura

della scelta proposta dalla PiC in combinazione con vari *bias* potrebbe aver spinto i cronici in una certa direzione a scapito dell'altra, complice il fatto che le persone scelgono l'alternativa che comporta il minimo impegno cognitivo, cioè lo status quo o l'opzione di default. Quando la scelta è gravata da incertezza "molte persone scelgono le opzioni che richiedono il minor sforzo, ovvero la via di minor resistenza [...] e potrebbero gradire molto una ragionevole opzione di default" (*Ibidem* 2018, 95-96).

Per i destinatari la mancanza di precedenti, le novità e i cambiamenti previsti rappresentavano incognite che non potevano essere valutate con lo strumento del rischio statistico. Il cambiamento proposto era caratterizzato dall'incertezza correlata alla rottura dello status quo schematizzabile in due situazioni. Da un lato il passaggio al clinical manager comportava il rischio di discontinuità nella relazione di cura, mentre l'adesione alla PiC con il medico di medicina generale ne garantiva la continuità. Al polo opposto si è collocata la mancata adesione alla PiC, specie nel caso in cui anche il medico di medicina generale si era auto-escluso dalla riforma, con la conferma dello status quo.

Questi meccanismi cognitivi hanno avuto un ruolo rilevante nell'orientare le scelte dei destinatari che la teoria del programma della PiC ha sottovalutato. Oltre a queste dinamiche può aver inciso sulla scelta anche la dimensione relazionale e psico-emotiva della fiducia e della lealtà, analizzate nel paragrafo successivo.

5. Lealtà, defezione e protesta

Come ipotizza la valutazione realista, i meccanismi psicologici della decisione hanno avuto un diverso impatto in rapporto al variare del contesto clinico-assistenziale producendo esiti antitetici: favorevoli all'arruolamento, nel caso del MMG, e per la conservazione dello status quo nel caso del CM. Secondo Hirschman (2017) la relazione tra un fornitore di beni o servizi e i consumatori è influenzata da una sorta di lealtà che lega l'acquirente al fornitore prescelto. Tuttavia, questa relazione è instabile e allorché un consumatore giudichi insoddisfacente la qualità del bene o del servizio, rispetto alle aspettative e al bisogno, la sua lealtà nei confronti dell'azienda entra in crisi; nel caso di forte delusione per le attese frustrate egli può decidere di reagire. Il cliente o il membro di un'organizzazione può far leva

su due opzioni che, direttamente o indirettamente, influenzeranno gli enti pubblici e le aziende private.

L'opzione uscita o defezione (exit) - È la strategia più 'economica' in quanto l'utente, allorché l'insoddisfazione supera la soglia fisiologica, rompe la relazione e si rivolge a un fornitore concorrente. Questa scelta 'di rottura' ha un carattere impersonale e privato, in quanto sanzione indiretta ed opaca rispetto alla percezione del fornitore. Sta all'azienda cercare di comprendere le motivazioni dell'insoddisfazione che sta dietro all'uscita di un consistente numero di consumatori, tant'è che le aziende private sono assai sensibili ai segnali di defezione della clientela — ad esempio un calo delle vendite — per le potenziali conseguenze sulla tenuta economica dell'impresa. La defezione è il presupposto del mercato concorrenziale che viene annullata in caso di monopolio.

L'opzione voce o protesta (voice) - In alternativa all'*exit*, il cittadino può esprimere apertamente il proprio malcontento con forme di protesta, individuale o collettiva. Quando la delusione supera un certo livello il consumatore o più spesso l'iscritto a un'associazione o a un partito può 'alzare la voce', denunciando l'inefficienza di un servizio, la scadente qualità di un bene o la lesione di un diritto. L'opzione voce, all'opposto della defezione, ha un carattere pubblico e può essere messa in atto sia collettivamente che individualmente. L'opzione uscita è precisa (o si esce o si rimane) ma aspecifica e poco informativa, è un meccanismo di autoregolazione del mercato ed è abitualmente alternativa alla voce, più specifica e ricca di informazioni. Tra uscita e voce esiste un rapporto complementare di tipo 'idraulico', sul modello dei vasi comunicanti, nel senso che l'attivazione dell'una esclude in genere l'altra: "il deterioramento genera la pressione della scontentezza che viene canalizzata nella voce o nell'uscita; più pressione sfugge dall'uscita, meno è disponibile per fomentare la voce" (Meldolesi 1994, 110).

Lealtà (loyalty) - Della triade di Hirschman (2017) la lealtà è la chiave di volta che consente di interpretare e comprendere le dinamiche implicate nelle decisioni dei pazienti cronici. Uscita e voce interagiscono con il livello di lealtà (oggi si parla di fidelizzazione) e con il senso di appartenenza che lega un consumatore a un fornitore di beni e servizi, o un iscritto al proprio partito. Una bassa lealtà favorisce l'uscita mentre un legame forte fa propendere per forme di protesta attiva, tipiche dei membri di un'organizzazione insoddisfatti per il deterioramento delle sue performance.

Come afferma l'Autore, la riluttanza a defezionare è il tratto caratteristico del comportamento lealista, mentre il cliente passa con maggiore facilità da un prodotto all'altro presenti sul mercato. Poma (1994, 12) sottolinea l'importanza della lealtà "come valvola equilibratrice fra *voice* e *exit*, cioè fra minaccia di sanzione e possibilità reale — e quindi credibilità — di mettere in pratica la sanzione stessa".

In presenza di una forte lealtà/fiducia la defezione viene in genere attuata dopo che la voce non ha prodotto gli effetti attesi e ha minato il senso di appartenenza. In sostanza, la lealtà è "una forza che, nell'atto di diffondere l'uscita, rafforza la voce e può quindi risparmiare i rischi di un'uscita eccessiva o prematura" e "di regola la lealtà argina l'uscita ed attiva la voce" (Poma 1994, 13). Se questi concetti sono validi per l'insoddisfazione dei consumatori o degli iscritti a un partito/associazione, lo saranno ancor di più quando in gioco è una relazione professionale carica di aspetti emotivi e valoriali come quella fiduciaria che lega l'assistito al medico.

Nel modello EVL, il grado di lealtà caratterizza l'appartenenza di un soggetto a un'organizzazione politica o sindacale e l'opzione della voce/protesta può scattare allorché il deterioramento delle prestazioni di un'associazione superano una certa soglia; l'opzione uscita/defezione invece ha scarsa attinenza con la lealtà ed è la reazione del consumatore insoddisfatto che si rivolge a un fornitore alternativo di beni o servizi, condizione perché si possa sviluppare un libero mercato concorrenziale. Le categorie dello schema EVL possono essere utili per analizzare due distinti livelli della riforma della cronicità: quello micro del rapporto tra paziente cronico e MMG e quello macro della proposta di *managed competition* lanciata alla corte dei tre milioni di cronici lombardi. Si può valutare il gradimento verso la riforma dal confronto tra le adesioni ex post con quelle attese ex ante e in questo senso gli scarsi arruolamenti portati a termine dal Gestore ospedaliero sono assimilabili a una defezione dalla riforma. È probabile che, prima di scegliere, si siano spesso consultati con il proprio MMG per avere delucidazioni, suggerimenti e consigli. In questo caso il MMG si è trovato nella condizione di poter influenzare l'esito del processo decisionale per una sorta di *nudge* informale.

6. Defezione, lealtà e incertezza nella PiC

La successiva trattazione si ispira a un metodo euristico, di carattere abduttivo o retrodeduttivo, nell'ambito della cosiddetta ermeneutica economica

di Hirschman, nel tentativo di spiegare a posteriori i dati empirici emersi dall'implementazione della riforma e di esplicitare le dinamiche comportamentali che possono aver contribuito all'esito di cui sopra. Tali ipotesi interpretative potranno essere avvalorate o confutate da ulteriori ricerche empiriche analitiche.

Lo schema EVL introdotto dallo studioso americano nel volume del 1970 (Hirschman 2017) è appropriato all'analisi degli esiti della PiC in quanto nella sfera dei servizi sanitari territoriali è rilevante la componente socio-relazionale e interpersonale, che porta in primo piano fiducia e lealtà. Le categorie esplicative EVL possono essere utili nell'analisi dei comportamenti innescati dalla riforma in sintonia con i meccanismi ipotizzati dalla valutazione realistica per spiegare gli outcome. La valutazione realistica "va alla ricerca della teoria che possa spiegare il cambiamento che si è avuto nella situazione in cui è stato introdotto il programma a seconda del modo in cui i soggetti a cui il programma è rivolto decidono di agire" (Stame 2016, 52). In tal senso occorre sottolineare la differenza tra il contesto dei servizi sanitari rispetto a quello economico o politico, in rapporto alla rilevanza della fiducia/lealtà nella relazione medico-paziente cronico: come sottolinea Pawson "non sono i programmi che funzionano, ma le persone che cooperano e che scelgono di farli funzionare" (citato in Stame 2002, 150).

La MG si distingue dagli altri comparti del SSN in quanto, fin dalla sua nascita nel 1978, è stata garantita agli 'utenti' la possibilità di uscita, grazie alla facoltà di revoca del MMG e alla remunerazione a quota capitaria che, in caso di insoddisfazione degli utenti favorisce, la defezione piuttosto che la voce. La revoca assume un importante ruolo di regolazione dei rapporti tra medico e paziente, nel segno del suo potenziale utilizzo anche opportunistico, nella cornice del rapporto convenzionale tra MMG e SSN, di carattere parasubordinato; la convenzione garantisce al professionista una limitata autonomia gestionale e organizzativa, rispetto alla dipendenza, ma condizionata dalle modalità di interazione con il paziente e dai suoi margini di libertà.

La facoltà di scelta/revoca è la preconditione per la concorrenza orizzontale tra i MMG che ha introdotto il gioco economico a somma zero, per una sorta di quasi mercato *ante litteram* sul territorio. Nelle cure primarie la ricusazione introduce un elemento

di incertezza, sconosciuto agli altri comparti della sanità pubblica (Vino 2000). La sociologia dell'organizzazione ha fornito un'originale interpretazione del ruolo svolto dall'incertezza negli equilibri relazionali e di potere nelle organizzazioni. Secondo Crozier, l'autonomia dell'attore sociale si fonda sul potere (inteso come possibilità di influenzare il comportamento altrui) derivante dal controllo a proprio vantaggio di una fonte di incertezza strategica in grado di condizionare e vincolare le scelte dell'interlocutore o dalla riduzione dei suoi margini di autonomia e discrezionalità decisionale per renderne prevedibile il comportamento (Crozier e Friedberg 1978). La possibilità di revoca del MMG (ovverosia la 'minaccia' di defezione) può condizionare la relazione con i pazienti: per alcuni medici il rischio di 'uscita' assume i connotati di una spada di Damocle o addirittura di un potenziale 'ricatto', su cui può fare leva in modo opportunistico l'assistito per indurre il medico a soddisfare i propri bisogni o desideri (Belleri 2006). La collusione del medico con il paziente costituisce un effetto speculare dell'uso strategico e manipolatorio della revoca nella relazione medico-paziente.

Al presunto malcontento dei pazienti si rifacevano le istituzioni che, nella premessa ai CReG sopra riportata, avevano decretato l'"organizzazione delle cure primarie [...] inidonea a garantire una reale presa in carico complessiva dei pazienti cronici al di fuori dell'ospedale". Visti gli esiti deludenti dei CReG, il decisore regionale faceva leva sulla concorrenza verticale nel SSR, basata sull'ipotesi di uscita dei cronici dalle cure primarie verso la PiC ospedaliera. Il severo giudizio dei CReG è il filo conduttore delle riforme lombarde; probabilmente i decision maker ritenevano che anche gli utenti condividessero tale insoddisfazione tanto da indurli al passaggio in cura presso i Gestori nosocomiali. Tuttavia, è mancato un meccanismo intermedio tra l'offerta concorrenziale e la decisione di accettare l'uscita dalla medicina territoriale. Il contesto relazionale delle cure primarie ha condizionato in modo tacito le scelte dei cronici, come ipotizza lo schema $M+C=O$ della valutazione realista (Palumbo 2001).

Il rischio di revoca/uscita può essere controbalanciato dalla lealtà degli assistiti verso il MMG, che è favorita dalla fiducia, dalla qualità della relazione, dalla conoscenza reciproca, dal livello di soddisfazione e dalla lunga durata del rapporto medico-paziente. Tuttavia, quando la delusione dell'utente supera

una certa soglia, la lealtà può venir meno e l'assistito può ricorrere all'uscita/scelta di un nuovo medico, mentre in caso di forte lealtà la ricasazione è meno probabile, come accade con i pazienti cronici assistiti dal MMG per lunghi periodi. È probabile che una delle motivazioni che hanno spinto i MMG ad aderire alle Coop sia stato il rischio di emarginazione dal quasi mercato da parte dei competitor ospedalieri. La 'rivalità' con il Gestore ospedaliero si è rivelata efficace per indurre i MMG ad accettare la sfida del cambiamento e aderire a una Coop per arginare la concorrenza dei CM ospedalieri. La sinergia tra il cambiamento in senso pro-concorrenziale e il rischio della 'defezione' dei pazienti cronici ha spinto un numero considerevole di MMG alla partecipazione.

La riforma può essere interpretata con la chiave di lettura dell'economia comportamentale, nel senso di una 'spintarella' (*nudge*) verso l'uscita dei pazienti dalle cure primarie a favore del CM ospedaliero (Viale 2018). Evidentemente nella fase di implementazione il *nudge* ha spinto i MMG attuatori a partecipare alla riforma, ma è stato meno efficace nel vincere le resistenze al cambiamento dei beneficiari. In pratica lo stesso meccanismo concorrenziale ha sortito esiti differenziati in relazione ai due contesti relazionali, a riprova della validità del modello CMO: ha favorito l'arruolamento tra i pazienti dei MMG aderenti alla PIC mentre sui cronici il cui medico non partecipava alla riforma non ha avuto alcun impatto nel favorire il passaggio al Gestore ospedaliero, come ipotizzava il meccanismo della concorrenza verticale.

Alle incertezze connesse al cambiamento ha fatto da contrappeso il grado di lealtà dei pazienti che, secondo Hirschman (2017, 110), caratterizza un'appartenenza di lunga data: "la riluttanza a defezionare nonostante il dissenso con l'organizzazione di cui si fa parte è il tratto caratteristico del comportamento lealista". L'ipotetico passaggio in cura dal MMG al CM specialistico è stato valutato dai pazienti poco conveniente per i 'costi morali' della slealtà, ovvero la rottura di una relazione tutto sommato soddisfacente. Come annota Hirschman (1997, 50) "se immaginiamo un'organizzazione con due specie assai diverse di membri — quelli con una forte lealtà e quelli con una lealtà debole o nulla — le reazioni al deterioramento assumeranno due forme distinte: i membri liberi da gravami di lealtà saranno propensi all'uscita, mentre i lealisti ricorreranno alla voce".

Per Hirschman (2017, 45) "l'importanza della lealtà è che può entro certi limiti neutralizzare la tendenza dei membri o clienti più consci della qualità a defezionare" mentre "la probabilità della voce cresce con il grado di lealtà". Gli esiti della PiC sembrano confermare questo assunto: i cronici che hanno optato per la defezione dal MMG non aderente alla PiC a favore dei Gestori ospedalieri sono stati un'esigua minoranza, mentre gli assistiti arruolati dai MMG hanno confermato la stabilità del legame fiduciario.

Conclusioni

La 'filosofia' della managed competition tra cure primarie e ospedaliere presupponeva lo spostamento degli equilibri dell'assistenza alla cronicità su quattro piani:

- dalla dimensione sociale di prossimità (le relazioni medico-paziente nella rete comunitaria) a quella economica (la dinamica domanda/offerta e le preferenze dei pazienti);
- dall'organizzativa orizzontale (il network sociosanitario territoriale) a quella verticale ospedaliera (la struttura gerarchica piramidale, tipo *Hub & Spoke*);
- dalla relazione di cura informale e personalizzata (la continuità assistenziale della scelta/revoca del MMG) alla formalizzazione del PAI e del patto di cura con il Gestore (demandate a un anonimo CM) a rischio di spersonalizzazione della PiC;
- dalla collaborazione interprofessionale (promossa dai Percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali delle patologie croniche o PDTA) all'antagonismo tra I e II Livello nel gioco a somma zero della concorrenza sul quasi mercato.

Gli esiti delle policy sono il prodotto dell'allineamento tra dispositivo tecnico-amministrativo e sistema socio-organizzativo di messa in opera della riforma, facente leva sulle risorse disseminate nel sistema d'azione e regolazione (Vino 2018). Nel caso della PA il programma deve armonizzare le logiche e la cultura delle diverse organizzazioni coinvolte nella policy, circa la definizione del problema, la natura delle soluzioni, i bisogni dei beneficiari ecc.; i risultati di una riforma sono correlati al consenso sugli obiettivi generali, al coordinamento operativo e alla capacità di apprendimento per superare conflitti circa la soluzione del problema. I promotori della policy devono far prevalere la logica del programma rispetto alle routine e alla cultura delle organizzazioni e degli attuatori.

In sintesi, la riforma ha scontato una disarticolazione tra teoria causale del problema, del programma e dell'implementazione in relazione alla specificità del setting territoriale. Le preferenze dei pazienti di fronte alla proposta di PiC possono essere state influenzate da tre variabili:

- economica: secondo il modello della decisione razionale e dell'utilità attesa la scelta scaturisce dal calcolo dei costi sostenuti a fronte dei benefici delle opzioni concorrenti (Viale 2018);
- cognitivo-comportamentale: il calcolo razionale risente dei limiti computazionali individuali, della contabilità mentale e dell'architettura della scelta, che comportano euristiche del giudizio e potenziali *bias* decisionali (Thaler e Sunstein 2018);
- psicosociale: la preferenza può essere influenzata dal contesto organizzativo e sociorelazionale, in particolare per la rilevanza delle dimensioni interpersonale, psicologica e valoriale (scelta/revo-ca, relazione fiduciaria, familiarità, conoscenza ecc.) (Belleri 2006).

L'impostazione pro-concorrenziale della riforma considerava irrilevanti le differenze organizzative, sociorelazionali e professionali dei due contesti e ha puntato sulla leva concorrenziale, scotomizzando la dimensione cognitiva e sociale delle relazioni economiche. Ciò che gli economisti neoclassici "non vogliono riconoscere è precisamente la natura sociologica e non semplicemente economica di questo mercato, con le sue norme, i suoi ruoli, le sue relazioni di potere e le sue gerarchie" (Giarelli 2003, 160). La *managed competition* in nome della "presunta efficienza del mercato a confronto con l'inefficienza delle gerarchie burocratico-statali" non tiene conto dell' "impossibilità di adattare, se non malamente, il lavoro professionale al modello economico" (Giarelli 2003, 160).

La concorrenza verticale ha enfatizzato le divergenze tra i due contesti socio-organizzativi e le scelte dei pazienti sono state condizionate dalla:

- difficoltà di rappresentazione e valutazione delle conseguenze, avversione per la perdita e minimizzazione del rimpianto per il rischio di eventuali scelte svantaggiose;
- influenza della componente emotiva e intuitiva in situazioni nuove, complesse e incerte, sinergia tra euristiche della disponibilità, della familiarità/rap-presentatività e *home bias*;

- adesione all'opzione di default a conferma dello status quo, influenza della fiducia e della lealtà nell'orientare le scelte in caso di informazioni scarse, opache o dalle conseguenze non chiare.

Dall'abbozzo di valutazione *in itinere* della fase di implementazione, emerge un dato empirico: le scelte degli assistiti accreditano l'ipotesi che gli stessi abbiano ritenuto di essere stati presi in carico di default dal MMG e quindi ben pochi hanno ravvisato la necessità di rivolgersi, in modo 'sleale', al CM specialistico. Nella contabilità mentale dei pazienti cronici il 'costo morale' della rottura del legame sociale e il rischio di discontinuità assistenziale hanno favorito la 'defezione' dalla riforma. L'antagonismo tra medicina territoriale e Gestori ospedalieri non ha spezzato il legame di lealtà e fiducia tra pazienti cronici e MMG; i potenziali effetti del quasi mercato a concorrenza verticale sono stati sopravvalutati dai decision maker tanto quanto non sono stati percepiti dai pazienti, probabilmente per un deficit di promozione della riforma.

Gli esiti del biennio di implementazione della riforma lombarda dimostrano come non sempre i policy maker considerino l'importanza delle variabili cognitivo-comportamentali e psicosociali dei processi decisionali tra attuatori e destinatari delle politiche pubbliche. Come sottolinea Viale: "Si decidono azioni sulla base di previsioni errate. Si scrivono leggi e regolamenti sulla base di un'assenza di conoscenza di quelle che possono essere le reazioni della popolazione", in quanto i decisori non sono "consapevoli dei limiti del giudizio nell'analizzare i dati, nel fare previsioni e valutazioni" e conseguentemente "le decisioni che vengono prese sono spesso già viziate dagli errori di giudizio e producono risultati catastrofici" (Viale 2018, 37).

I risultati della messa in atto della riforma lombarda possono essere interpretati con il paradigma sociologico dell'azione, vale a dire l'individualismo metodologico (Antiseri 1996) secondo il quale "allo scopo di spiegare un fenomeno sociale dobbiamo cercare di cogliere le conseguenze aggregate delle azioni individuali, e dobbiamo comprendere queste azioni come risposte adattive date dalle varie categorie di agenti alla loro situazione" (Boudon 1997, 161); dalle micro azioni umane intenzionali derivano macro effetti inintenzionali le cui conseguenze, onnipresenti nella vita sociale, possono essere previste, inattese, indesiderate o contro-intuitive.

Per validare le ipotesi esplicative sopra illustrate, proposte addirittura dopo l'osservazione degli esiti della riforma, serviva un'indagine specifica quali-quantitativa sulle motivazioni adattative espresse dai destinatari, al fine di "verificare che i meccanismi psicologici postulati dall'osservatore informato sui dati principali della situazione S corrispondano alla realtà" (Boudon 1997, 161), vale a dire l'appropriatezza di una ipotesi esplicativa applicata allo specifico contesto sociale e decisionale.

Purtroppo, non sono disponibili dati di questo tipo o non è stato possibile realizzare un'indagine ad hoc a causa della precoce chiusura della fase di implementazione. Tuttavia, l'osservatore sufficientemente informato sulla situazione esperita dai destinatari "può, entro certi limiti, prevederne le reazioni o, se le osserva, *comprenderle*, nel senso che Weber dava a questo termine" (corsivo dell'Autore; Boudon 1985, 54)⁵. Nella cornice epistemologica dell'individualismo metodologico è possibile quindi compren-

dere le motivazioni degli attori giungendo a spiegare perchè l'implementazione della PiC ha sortito esiti empirici impreveduti e per certi versi contro-intuitivi, in termini di scarse adesioni all'offerta dei Gestori ospedalieri, rispetto all'obiettivo della riforma e agli intendimenti dei decision maker regionali.

Parafrasando l'enunciato epistemico di Kurt Lewin – non c'è nulla di più pratico di una buona teoria – si può affermare che l'ipotesi di traslare la teoria del quasi mercato a concorrenza amministrata alla cura della cronicità sul territorio non ha avuto i riscontri empirici attesi; tuttavia facendo tesoro di un altro principio dello stesso autore – per conoscere un cosa bisogna provare a cambiarla – dall'implementazione della riforma è emersa nuova conoscenza situata delle interazioni tra processi decisionali degli attori e contesto sociale dell'assistenza primaria, convergenti nella conferma dello status quo a dispetto del cambiamento radicale proposto, il cui impatto emotivo e relazionale è stato sottovalutato dai decisori pubblici.

Bibliografia

- Agenas (2020), *La riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo (LR 23/2015). Analisi del modello e risultati raggiunti a cinque anni dall'avvio*, dicembre 2020
- Antiseri D. (1996), *Trattato di metodologia delle scienze sociali*, Utet, Torino
- Belleri G. (2022), Servizi sociosanitari e Presa in Carico della cronicità in Lombardia tra lealtà, fiducia e defezione, *Politiche Sociali*, n.1, pp.153-176
- Belleri G. (2020), La presa in carico della cronicità in Lombardia tra contabilità mentale, architettura della scelta e decisioni di policy, *Mecosan*, n.111, pp.35-56
- Belleri G. (2006), Cure primarie, quale governo della domanda, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n.9, pp.13-17
- Bonini N., Hadjicristidis C. (2009), *Il sesto senso. Emozioni e razionalità nella decisione quotidiana*, Milano, Il Sole 24 Ore
- Bonini N., Rumati R. (2001), *Psicologia del giudizio e della decisione*, Bologna, il Mulino
- Boudon R. (1997), L'individualismo metodologico e le tradizioni sociologiche, in Petroni A.M., Viale R. (a cura di), *Individuale e collettivo. Decisione e razionalità*, Milano, Raffaello Cortina
- Boudon R. (1985), *Il posto del disordine. Critica delle teorie del mutamento sociale*, Bologna, il Mulino
- Crozier M., Friedberg E. (1978), *Attore sociale e sistema*, Milano, Etas
- Giannelli N. (2008), *L'analisi delle politiche pubbliche*, Roma, Carocci
- Giarelli G. (2003), *Il malessere della medicina*, Milano, Franco Angeli
- Hirschman A.O. (2017), *Lealtà, defezione, protesta*, Bologna, il Mulino
- Hirschman A.O. (1997), *Autosovversione*, Bologna, il Mulino
- Kahneman D. (2005), Mappe di razionalità limitata. Indagine sui giudizi e le scelte intuitivi, in Motterlini M., Piattelli Palmarini M. (a cura di), *Critica della ragione economica*, Milano, Il Saggiatore

5 "L'osservatore comprende l'azione del soggetto osservato allorché può concludere: nella stessa situazione, avrei agito senza dubbio nel medesimo modo [...] l'osservatore deve in genere sforzarsi di raccogliere più informazioni circa la situazione dell'osservato, se vuole essere in grado di comprenderne le motivazioni" (Boudon 1985, 45).

- La Spina A., Espa E. (2011), *Analisi e valutazione delle politiche pubbliche*, Bologna, il Mulino
- Lanzalaco L. (2010), Dettagli significativi. Abduzione, apprendimento e razionalità nelle organizzazioni, *Studi organizzativi*, n.2, pp.9-41
- Leder S., Mannetti L. (2007), *Decisioni e rammarico*, Roma, Carocci
- Lumino R. (2018), La valutazione delle politiche pubbliche: il contributo informativo degli approcci orientati alla teoria, *Sinapsi*, VIII, n.1, pp.16-22
- Marchesi G., Tagle L., Befani B. (2011), *Approcci alla valutazione degli effetti delle politiche pubbliche di sviluppo regionale*, Materiali Uval n.22, Roma, Ministero dello Sviluppo economico
- Meldolesi L. (1994), *Alla scoperta del possibile. Il mondo sorprendente di Albert. O. Hirschman*, Bologna, il Mulino
- Moro G. (2005), *La valutazione delle politiche pubbliche*, Roma, Carocci Editore
- Palumbo M. (2001), *Il processo di valutazione. Decidere, programmare, valutare*, Milano, Franco Angeli
- Pawson R. (2002), Una prospettiva realista. Politiche basate sull'evidenza empirica, *Sociologia e ricerca sociale*, n.68-69, pp.1-47
- Poma L. (1994), *La dimensione ermeneutica dell'economia in A.O. Hirschman*, Bologna, Università di Bologna
- Stame N. (2016), *Valutazione pluralista*, Milano, Franco Angeli
- Stame N. (2002), La valutazione realistica: una svolta, nuovi sviluppi, *Sociologia e ricerca sociale*, n.68-69, pp.144-159
- Thaler R.H., Sunstein C.R. (2018), *Nudge. La spinta gentile*, Milano, Feltrinelli
- Viale R. (2018), *Oltre il nudge*, Bologna, il Mulino
- Vino A. (2018), *L'attuazione delle politiche pubbliche*, Roma, Carocci
- Vino A. (2000), Uscita e voce per l'innovazione della Pubblica Amministrazione, *Studi Organizzativi*, n.1, pp.103-127

Giovanni Belleri

bllgpp@gmail.com

Medico di Medicina generale dal 1981, coordinatore di medicina di gruppo fino al 2021, ricercatore e animatore di formazione della Società italiana di medicina generale, docente e tutor del corso di formazione specifica in Medicina generale di Brescia. Si interessa di *medical humanities*, in particolare di metodologia clinica, errori diagnostici, politiche e organizzazione sanitaria; ha collaborato con le principali riviste del settore ed è autore di libri sull'assistenza primaria, tra i quali *La gestione della cronicità in Medicina Generale* (Amazon KDP, 2022) e *La crisi della medicina territoriale* (Book Sprint, 2023).