

Figura 4.6 • Russia. Tendenze nella speranza di vita a 20 anni, per livello educativo tra uomini e donne.⁶⁹

USA⁷³⁻⁷⁵

Mercato e sanità: la managed care. Dagli anni Ottanta alla presidenza degli Stati Uniti si sono succeduti tre politici repubblicani (R. Reagan, 1980-88, G. Bush, 1988-1992, G.W. Bush, 2000-2008), con l'interruzione del democratico B. Clinton (1992-2000) il quale ha tentato di far passare una riforma della sanità basata sull'assicurazione sanitaria universale; un tentativo miseramente fallito sul nascere, dato che la proposta non arrivò nemmeno alla discussione parlamentare.

Dagli anni Ottanta ad oggi la sanità americana ha subito una forte deriva mercantile, e non poteva essere altrimenti visto il predominio repubblicano alla guida del paese e il contesto internazionale così favorevole all'irruzione del mercato in sanità.

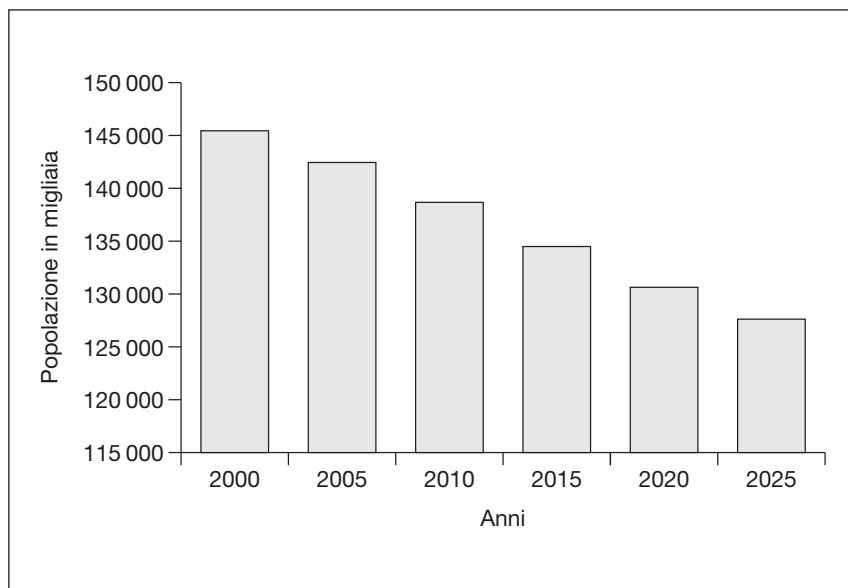


Figura 4.7 • Stima della popolazione russa. Anni 2000-2025.⁷⁰

La terza grande riforma incrementale avviene infatti all'insegna del mercato, per l'iniziativa delle imprese. Negli anni Settanta e Ottanta si registra – come nel resto del mondo industrializzato, ma negli Stati Uniti in misura nettamente maggiore – una forte crescita dei costi sanitari. Un'inflazione sanitaria a due cifre che si scarica non solo sul governo che finanzia i programmi pubblici Medicare e Medicaid, ma anche sulle imprese che si accollano gli oneri delle assicurazioni private dei loro dipendenti. Le imprese americane giungono alla conclusione che il tradizionale sistema assicurativo basato sul *fee-for-service* (pagamento diretto delle prestazioni e rimborso da parte dell'assicurazione) non è più sostenibile per i costi sempre più elevati; molte compagnie reagiscono all'inflazione dei costi sanitari scaricando sui dipendenti i maggiori oneri assicurativi, altre, particolarmente le più piccole, decidono di tagliare tout-court il *benefit* dell'assicurazione sanitaria. Sulle riviste economiche si leggono frasi del genere: «La medicina americana è sull'orlo del caos: è venuto il momento di un cambio radicale». Nel 1988 la Allied Signal, una compagnia di prodotti chimici e aerospaziali, decide

improvvisamente di cambiare politica assicurativa; gli ottantamila dipendenti vengono cancellati dalle assicurazioni tradizionali e iscritti in blocco a una *Health Maintenance Organization* (HMO), Cigna Plan. Il contratto con questa HMO è estremamente favorevole e consente all'azienda di risparmiare in tre anni alcuni milioni di dollari.⁷⁶ Nell'arco di pochi anni la stragrande maggioranza delle imprese e delle istituzioni – come università e amministrazioni locali – abbandona le forme tradizionali di assicurazione e decide di aderire al sistema delle HMO.

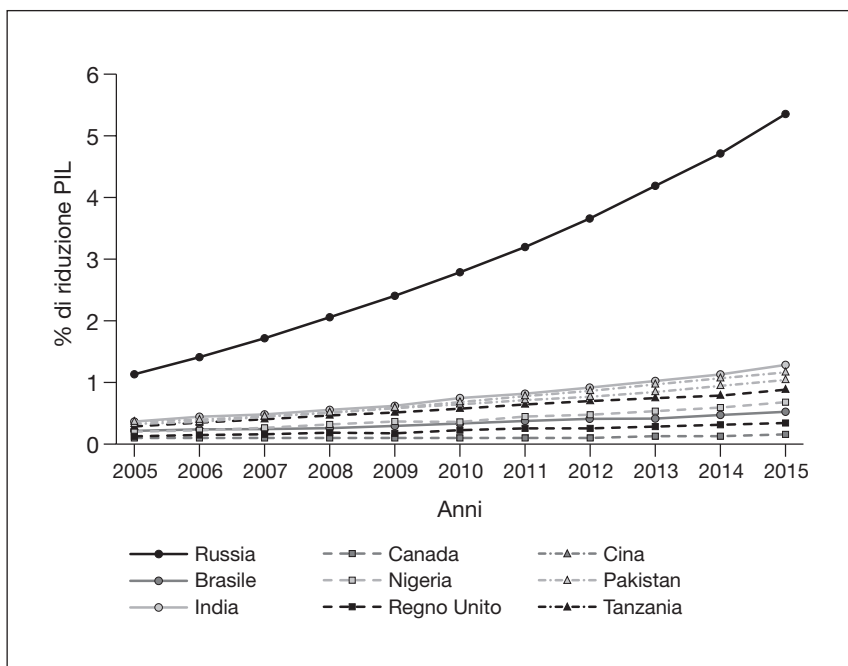


Figura 4.8 • Riduzione annuale del PIL dovuta alle morti per cardiopatie, ictus e diabete, in percentuale prevista tra il 2005 e il 2015.⁷²

La principale caratteristica di queste organizzazioni era quella di fornire ai loro clienti un insieme di prestazioni, ambulatoriali, specialistiche e ospedaliere, a fronte di una quota fissa pre-pagata annualmente. Il limite per il cliente è quello di doversi avvalere di

un ridotto numero di medici di famiglia (per lo più dipendenti) e di strutture specialistiche e ospedaliere convenzionate, il vantaggio è quello di pagare una quota inferiore alle tariffe praticate dalle agenzie assicurative tradizionali. Nate agli inizi degli anni Settanta come organizzazioni *non profit*, avevano registrato uno sviluppo assai limitato, vivendo ai margini del sistema per la loro impronta «simil-mutualistica»; la loro successiva fortuna è associata a un nuovo *trend* nella gestione dell'assistenza sanitaria («*managed care*»), lanciato dall'economista sanitario Alain Enthoven, convinto assertore che la crisi della sanità americana poteva essere superata soltanto dall'aperta competizione tra diverse organizzazioni in grado di offrire un'ampia gamma di servizi integrati con un budget predeterminato, a quota capitaria annuale; il mercato avrebbe premiato coloro in grado di offrire programmi sanitari al minor costo e con la migliore qualità.⁷⁷ Le HMO sembrano fatte apposta per svolgere questo ruolo, ma ciò è avvenuto solo al prezzo di cambiamenti radicali rispetto alle organizzazioni originarie. In breve tempo la grande maggioranza delle HMO diventano imprese *for profit* quotate in borsa, in molti casi raggiungono le dimensioni di colossi finanziari che, negli anni migliori, distribuiscono dividendi da capogiro (tutt'ora le assicurazioni sanitarie americane registrano indici di borsa nettamente migliori rispetto alla media del mercato azionario – figura 4.9).⁷⁸ L'impatto di questo cambiamento è fortissimo e l'intero sistema sanitario americano è costretto a riposizionarsi. Perdono potere i tradizionali pilastri del sistema, gli ospedali e i medici. I primi, spinti da una spietata logica concorrenziale, sono costretti a una serie di operazioni di ristrutturazione che modificheranno l'assetto del sistema ospedaliero, basato fino allora sugli ospedali pubblici e *non profit* (tradizionale ultima spiaggia per i poveri e i non assicurati); attraverso una serie di acquisizioni e fusioni alla fine prevarrà la componente *for profit* e molti ospedali passeranno direttamente nel possesso delle HMO. I secondi sono frequentemente ridotti a svolgere il ruolo di *cani da guardia* dei consumi dei loro assistiti per garantire i profitti delle organizzazioni da cui dipendono.

Vale la pena riportare quasi per intero un memorabile editoriale scritto nel 1995 dal direttore del *New England Journal of Medicine*, *Jerome P. Kassirer* che, a causa delle sue posizioni, qualche mese dopo sarà rimosso dall'incarico:

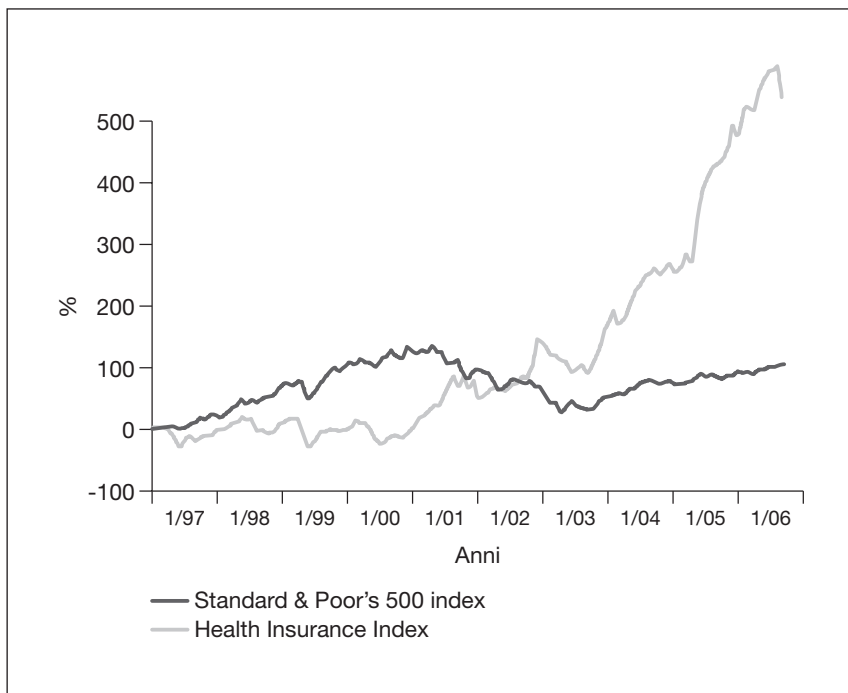


Figura 4.9 • Variazioni percentuali mensili nell'indice dei prezzi delle azioni delle assicurazioni sanitarie americane (Health Insurance Index) in confronto con l'andamento della media dei maggiori 500 titoli (Standard & Poor's Index) 1996-2006.⁷⁸

L'assistenza sanitaria regolata dal mercato crea conflitti che minacciano la nostra professione. Da una parte ci si attende che i medici forniscano un ampio ventaglio di servizi e i migliori trattamenti per rafforzare la qualità della vita dei pazienti. Dall'altra, per contenere le spese al minimo essi devono limitare l'uso dei servizi, aumentare l'efficienza, ridurre il tempo dedicato a ciascun paziente e il ricorso agli specialisti. Sebbene molti ritengano che questo sia un dilemma astratto, io penso che questa crisi diventerà sempre più concreta e dura: i medici saranno costretti a scegliere tra l'interesse del paziente e la propria sopravvivenza economica. Nel tradizionale sistema di pagamento a notula i medici non erano a rischio. Non costava loro niente richiedere consulenze, ordinare esami o tenere un paziente in ospedale. Ma oggi in molte organizzazioni sanitarie i pagamenti ai medici sono trat-

tenuti finché non è definito il costo dei loro pazienti; in altre i salari dei medici possono essere tagliati se il costo dell'assistenza da loro erogata è troppo elevata. Questi medici sono a rischio finanziariamente, ma se giocano bene le loro carte larga parte del loro reddito può essere preservata. Nei mesi recenti tuttavia la posta in gioco è diventata più alta. Quando in una comunità gran parte degli utenti è assistita con la quota capitaria, molti medici sono costretti ad aderire a determinate organizzazioni sanitarie o a rimanere senza pazienti. Inoltre i medici sono spesso costretti a firmare contratti contenenti clausole capestro, per cui il loro rapporto professionale può essere interrotto senza motivazione alcuna. In queste condizioni i medici possono trovarsi improvvisamente disoccupati. ... La trasformazione del nostro sistema sanitario manifesta diversi effetti perversi. Esso sta producendo concentrazioni finanziarie, con bilanci di miliardi di dollari, che pagano i loro dirigenti come i campioni di pallacanestro. Queste concentrazioni stanno cercando di controllare i medici in diverse maniere e, poiché esse hanno soldi e potere monopolistico, spesso ci riescono. Per qualcuno fornire assistenza medica è semplicemente un costo, altri – come Wall Street – usano termini come «tasso di perdita medica» (*the medical loss ratio*) per definire le spese per curare una persona ammalata. C'è una tale sensibilità per i prezzi che le compagnie possono cambiare prontamente i programmi, provocando l'interruzione della continuità assistenziale. Conseguenza di tutto ciò è il crescente numero di persone prive di copertura assistenziale. L'attuale trasformazione del sistema sanitario ha un altro effetto perverso: quello di spremere gli ospedali così duramente al punto che questi non saranno più in grado di sostenere adeguatamente la didattica e la ricerca, di finanziare gli investimenti in conto capitale, di fornire servizi comunitari, come l'assistenza alle persone prive di copertura assicurativa. ... L'impeto del cambiamento è provocato dalla potenza delle forze economiche coinvolte, tese al perseguimento del profitto, all'accumulazione di enormi capitali, alla competizione sulla base del prezzo per assicurarsi fette sempre più ampie di mercato. D'altro canto i datori di lavoro usano il loro importante potere di acquisto per costringere le compagnie a tenere bassi i loro costi. Infine, mentre nel passato i medici avevano un ruolo centrale nell'assunzione delle decisioni mediche, adesso tale ruolo è passato sotto la tutela delle compagnie di managed care. ... Naturalmente i sostenitori dei valori del mercato hanno opinioni differenti. Essi sostengono giustamente che il mercato funziona bene

nella distribuzione di molti beni e servizi. Sostengono inoltre che il mercato produce una maggiore efficienza anche nel settore sanitario, dato che l'assistenza sanitaria va considerata come un bene di consumo. Molti dissentono decisamente dall'idea che l'assistenza sanitaria sia appunto un bene di consumo, sostenendo che da sempre i medici hanno una responsabilità professionale e morale nei confronti dei pazienti, che i pazienti sono vulnerabili e dipendenti quando sono malati e hanno bisogno di sapere che i loro medici sono non solo accanto a loro, ma anche al loro posto. Da parte dei pazienti c'è la convinzione che l'impegno del medico nei loro confronti vada oltre ogni considerazione finanziaria.⁷⁹

Qualche anno dopo la maggioranza dei medici americani – per decenni ostili a ogni forma di «medicina socializzata» (così veniva definita la copertura assicurativa universale) – si allineerà sulle posizioni di Kassirer e si può considerare un evento storico, anche se tardivo, la dichiarazione sottoscritta il 18 giugno 1999 dall'AMA e da sei società scientifiche americane *a favore della copertura sanitaria universale* in America.⁸⁰ Nel documento tra l'altro si legge:

1. Tutti gli americani devono avere la copertura sanitaria.
2. La copertura sanitaria deve contenere un pacchetto di servizi in grado di assicurare un'assistenza di qualità.
3. La determinazione delle prestazioni mediche contenute nel pacchetto di servizi deve basarsi su standard di pratica medica generalmente accettati, supportati da risultati basati sull'evidenza e da dati basati sull'evidenza circa l'appropriatezza clinica, ove disponibili. Si riconosce che questi standard sono in continua evoluzione.

Inoltre vi sono quattro valori fondamentali che devono essere incorporati in ogni futura politica finalizzata ad accrescere la copertura sanitaria e l'accesso ai servizi. Questi sono:

1. Noi mettiamo al centro l'interesse e il benessere dei nostri pazienti.
2. Noi sosteniamo la copertura universale come strumento per migliorare la salute individuale e collettiva della società.
3. Noi dobbiamo avere una struttura in grado di garantire la più alta qualità del servizio, la formazione, la ricerca e l'amministrazione dell'assistenza.

4. Noi crediamo che i pazienti, individualmente e in collaborazione con i propri medici, debbano avere la responsabilità del proprio benessere e della propria salute.

È il segno che il livello di iniquità del sistema ha raggiunto una soglia non più tollerabile: perché il problema della mancata copertura assistenziale tocca non soltanto gli strati più poveri e derelitti della popolazione, ma interessa anche il ceto medio, il cuore della società americana. «La mancanza di copertura universale è una catastrofe – affermava il presidente della Società Americana di Medicina Interna, W.W. Addington. In termini di sanità pubblica, il non essere assicurato aumenta di rischio di malattia, di maggiore uso dei servizi di emergenza, e di morte. Il fenomeno interessa trasversalmente tutti gli strati socio-economici. I poveri e non assicurati sono più vulnerabili dei ricchi, ma anche questi sono a rischio».⁸¹

La spesa sanitaria americana. La *managed care* sembrava dare i frutti sperati: raffreddare la crescita della spesa sanitaria e – soprattutto – ridurre l'onere assicurativo a carico delle imprese. E infatti dalla fine degli anni Ottanta alla metà degli anni Novanta si verifica un calo verticale degli incrementi annuali dei prezzi dei premi assicurativi: dal +18% del 1989, al +0,8% del 1996. Ma è un sollievo temporaneo: dal 1997 i prezzi riprendono a crescere e all'inizio del 2000 tornano a fare paura i valori a 2 cifre degli incrementi dei prezzi: +13,9% nel 2003 (figura 4.10).⁸²

Il rialzo dei prezzi dei premi assicurativi rispecchia (a un gradino superiore) l'inflazione sanitaria degli USA che è intorno al 7-8% l'anno, e che si riflette a sua volta negli elevatissimi livelli di spesa sanitaria pro-capite.

Gli ultimi dati disponibili (2004) ci dicono che la spesa sanitaria totale pro-capite USA – 6410 US\$ (di cui 2884 US\$ di spesa sanitaria pubblica) pari al 15,3% del PIL – è di gran lunga superiore a quella di ogni altro paese (gli immediati «inseguitori» sono molto distanziati: Norvegia, 5912 US\$ – di cui 4941 US\$ di spesa sanitaria pubblica – pari al 9,1% del PIL; Svizzera 5694 US\$ – di cui 3398 US\$ di spesa sanitaria pubblica – pari al 11,6% del PIL). Una spesa destinata a crescere nei prossimi anni – secondo le stime del governo americano – a un ritmo del 6-7% all'anno, per raggiungere nell'anno 2014 il livello di 11.045 US\$ pro-capite, e il 18,7% come percentua-

le del PIL,⁸³ da notare che l'incremento di spesa riguarderà anche e soprattutto la spesa sanitaria pubblica che nel 2014 raggiungerà lo stesso livello della spesa sanitaria privata (figura 4.11).

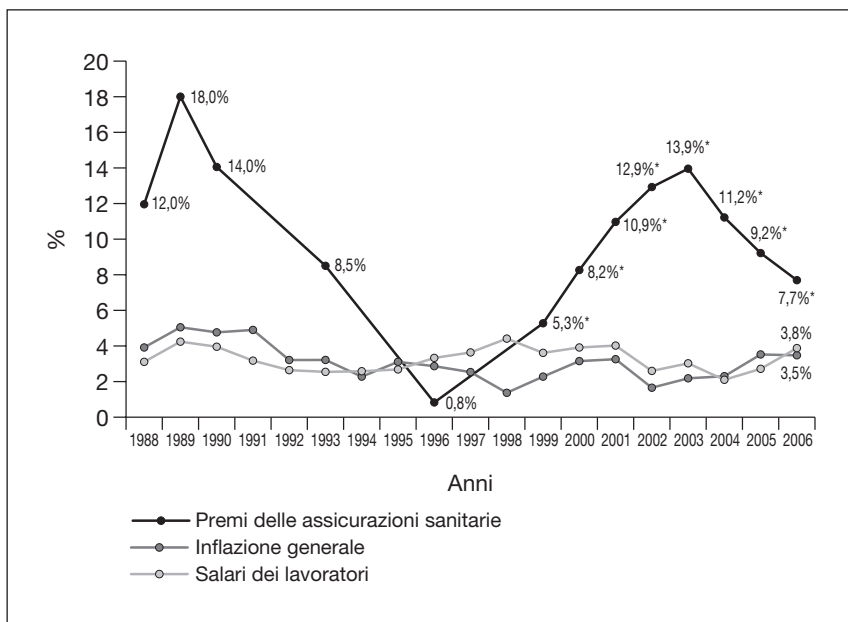


Figura 4.10 • Incremento dei premi delle assicurazioni sanitarie, confrontato con altri indicatori (inflazione generale e salari dei lavoratori)⁸²

Le ragioni dello sproportionato costo della sanità americana sono riconducibili a due principali ordini di problemi:

1. gli alti prezzi dei prodotti e dei servizi sanitari;
2. l'estrema frammentazione del sistema sanitario.

I prezzi dei prodotti e dei servizi sanitari. Secondo l'indice comparativo dei prezzi nel settore sanitario prodotto dall'OCSE gli USA si collocano a un livello di oltre il 30% superiore rispetto alla media (dato del 1999⁸⁴); inoltre, parecchi studi, condotti con approcci e metodologie diverse, hanno rilevato come nel sistema americano i prezzi siano notevolmente superiori a quelli degli altri paesi.⁸⁵ Anche gli sti-

pendi dei medici sono molto più alti negli USA rispetto agli altri paesi dell'OCSE. Nel 1996 lo stipendio lordo medio di un medico americano era di 199.000 US\$, mentre la mediana OCSE era di 70.324 US\$; inoltre, il rapporto fra lo stipendio medio dei medici e quello della totalità dei lavoratori dipendenti americani era superiore a quello degli altri paesi (circa 5,5 volte, rispetto al 4,4 della Germania, al 3,2 del Canada, all'1,9 della Francia e all'1,4 del Regno Unito).

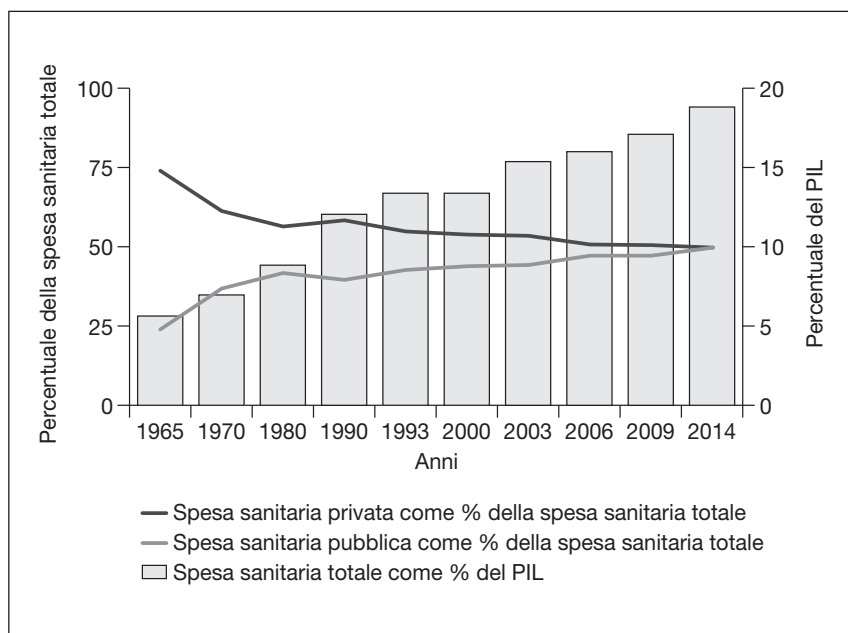


Figura 4.11 • Spesa sanitaria totale come percentuale del PIL e distribuzione tra spesa privata e pubblica della spesa sanitaria totale. Anni 1965-2014.⁸³

La frammentazione del sistema sanitario. Il sistema sanitario americano è estremamente complesso a causa della grande frammentazione dei livelli di finanziamento, di governo, di committenza e acquisto, di produzione ed erogazione dei servizi.⁸⁶ La maggioranza dei cittadini è assistita da assicurazioni private, vedi HMOs e altre tipologie simili di organizzazione che svolgono la doppia funzione di assicurare ed erogare prestazioni sanitarie agli assistiti e denominate comples-

sivamente *Managed Care Organizations* (MCO). Negli USA vi sono numerose MCO (in media 5-10 per ogni Stato) ma alcune di esse sono veri colossi industriali, presenti in quasi tutti gli stati, con potenti succursali all'estero (soprattutto in America Latina, ma anche in Asia).

Nel 2006:

- il 67,9% della popolazione USA era iscritta presso assicurazioni private (MCO): di cui il 59,7% tramite il proprio datore di lavoro, che finanzia in tutto o in parte la polizza, il 9,1% vi era iscritta individualmente, pagando di tasca propria;
- il 27,0% è coperta da assicurazioni sanitarie pubbliche: il 13,6% è iscritta a Medicare (il programma federale che assiste tutti i cittadini ultra65enni), il 12,9% è iscritta a Medicaid (il programma statale che assiste alcune – solo alcune – categorie di poveri), il 3,6% è iscritta a enti che assistono i militari in servizio e in pensione (*Military health care*);
- il 15,8% – nessuna copertura assicurativa.

La somma di tutte le varie opzioni assicurative più il numero dei non assicurati eccede il totale della popolazione americana; ciò si spiega col fatto che una stessa persona può essere titolare di più di una copertura assicurativa: è frequente, ad esempio, che una persona anziana acquisti una polizza privata per coprire le prestazioni non previste da Medicare, o che sia contemporaneamente assistito, se povero, anche da Medicaid.⁸⁷

Va notato che quando l'iscrizione a un'assicurazione privata avviene tramite un datore di lavoro non vengono attuate da parte dell'assicurazione procedure di selezione degli assistiti, o richieste di aumento di premio, sulla base della presenza di fattori di rischio (obesità, fumo, ecc.), di malattie pregresse o attuali; questo invece si verifica in caso di iscrizione individuale o familiare, anche con possibilità di rescissione del contratto da parte dell'assicurazione in caso malattie sopraggiunte (ad esempio tumori).

La così forte parcellizzazione degli attori sulla scena del sistema sanitario, la netta prevalenza del settore privato nel versante assicurativo, e – ancor più – in quello della produzione dei servizi, da una parte non consentono di attuare politiche pubbliche nazionali di programmazione e controllo sulla spesa (ad esempio valutazione su costo-efficacia delle tecnologie,⁸⁸ controllo sui prezzi dei farmaci),

dall'altra determinano una crescente espansione della spesa per attività burocratico-amministrative.

Essere non assicurati in America: la salute e la borsa. Assicurare contro le malattie una famiglia di quattro persone costa oggi in USA oltre 10 mila dollari all'anno.⁸⁹ Un costo equivalente a un salario minimo, la metà dello stipendio di un impiegato. Inevitabilmente, ciò produce una forte pressione a ridurre o a eliminare il benefit assicurativo. Cosa che sta regolarmente avvenendo, soprattutto presso le piccole e medie imprese: dal 2000 al 2006 la percentuale dei cittadini americani in possesso dell'assicurazione sanitaria basata sull'impiego è passata dal 63,4 al 59,7%; una massa di lavoratori che è andata a ingrossare la fila dei non-assicurati, dato che nello stesso periodo è diminuita anche la percentuale di coloro che hanno acquistato individualmente l'assicurazione sanitaria (dal 9,5% al 9,1%).⁹⁰

Se molte compagnie hanno deciso di tagliare il benefit, quelle che lo continuano a erogare hanno messo in atto varie strategie per contenere o ridurre anche drasticamente i costi. Tutto ciò avviene ovviamente a spese del dipendente. Un sistema molto diffuso è quello di far partecipare il dipendente alla spesa per l'acquisto della polizza: dal 1999 al 2005 il contributo medio mensile per l'assicurazione di una famiglia è quasi raddoppiato passando da 129 US\$ a 226 US\$. Un altro sistema è quello di offrire polizze assicurative con *elevati livelli di franchigia*, che possono arrivare fino a 5000 US\$. Tra il 2003 e il 2005 la percentuale di imprese che ha offerto ai propri dipendenti piani assicurativi con alti livelli di franchigia (meno costosi per l'impresa e particolarmente onerosi per le famiglie con elevati bisogni sanitari) è passata dal 5 al 20% (al 33% tra le compagnie con più di 5.000 dipendenti).

Un problema di tutti gli americani. Negli USA dal 2000 al 2006 le persone completamente prive di copertura assicurativa sono cresciute di oltre 7 milioni (da 39,8 milioni a 47 milioni pari al 15,8% della popolazione – figura 4.12).

The Commonwealth Fund, istituzione che si occupa dei problemi delle assicurazioni sanitarie (www.cmwf.org) titola il suo rapporto (biennale) del 2006: *Gaps in health insurance: an all-American problem*.⁹¹ Il vuoto nell'assistenza sanitaria è diventato un problema per tutti gli americani e non solo per i disoccupati e le famiglie a basso reddito; infatti sta aumentando il numero delle persone non assicurate tra le fasce medie di reddito.

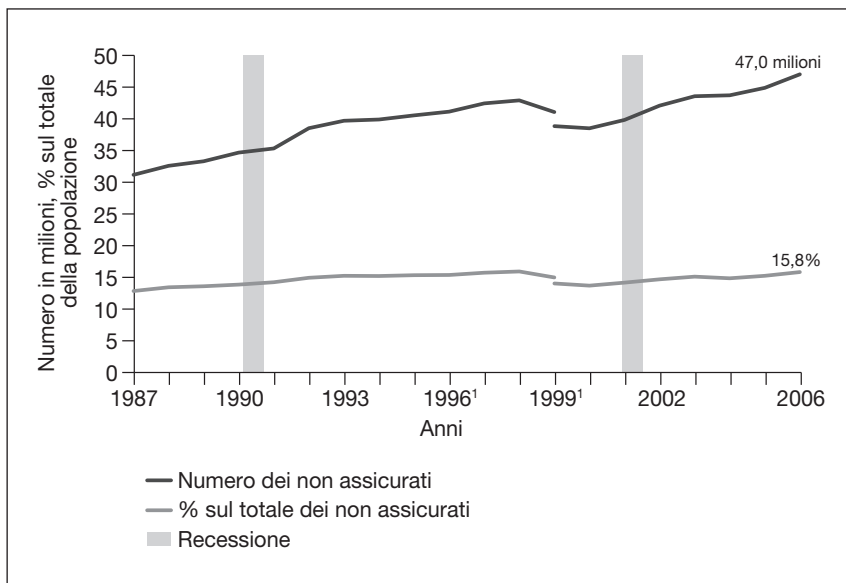


Figura 4.12 • Numero e percentuale di non assicurati. USA, 1987-2006.⁸⁷

Lo studio in particolare segnala che:

- gli adulti con un reddito annuo inferiore ai 20 mila dollari sono i più esposti al rischio di non essere assicurati: più del 53% di loro nel 2005 ha trascorso del tempo senza assicurazione (37% per tutto l'anno, 16% per una parte);
- il 41% degli americani con un reddito annuo tra i 20 mila e i 40 mila dollari sono stati privi di assicurazione per almeno una parte del 2005 (28% per tutto l'anno, 13% per una parte); un incremento rapido e drammatico se si pensa che nel 2001 la percentuale era stata del 28% (17% per tutto l'anno, 11% per una parte);
- la maggior parte della popolazione non assicurata (67%) si trova in famiglie in cui almeno una persona lavora con rapporto a tempo pieno.

Le conseguenze della condizione di non-assicurato (ma anche di sotto-assicurato) sono molto pesanti sia sul piano sanitario che su quello economico.

Le conseguenze sanitarie. Il rapporto del *Commonwealth Fund* rileva che tre adulti non-assicurati su cinque *non ricevono le cure necessarie* a causa del loro costo. Solo il 41% delle persone non-assicurate riferisce di avere un medico di famiglia o comunque un medico a cui potersi rivolgere regolarmente, rispetto all'86% delle persone assicurate.

Il 59% dei portatori di malattie croniche – come diabete, ipertensione e asma – non si approvvigiona dei farmaci prescritti, o ne salta l'assunzione, perchè non se li può permettere; la condizione di non-assicurato molto spesso non consente un buon controllo della malattia e favorisce l'insorgere di situazioni di scompenso: infatti nel 2005 il 35% dei malati cronici non-assicurati si è rivolto ai dipartimenti di emergenza degli ospedali rispetto al 16% dei malati cronici assicurati.

Uno studio multicentrico su circa 2500 pazienti ospedalizzati per infarto miocardico ha rilevato che la barriera economica all'accesso ai servizi sanitari riguardava il 18,1% di essi, parte dei quali titolari di assicurazione sanitaria. Nel follow-up eseguito un anno dopo è risultato che quel 18,1% aveva registrato peggiori tassi di guarigione dopo l'infarto, più alti tassi di angina, un accresciuto rischio di riospedalizzazione e una peggiore qualità della vita.^{92 93}

Le persone non-assicurate ricorrono molto meno degli altri a interventi preventivi: meno della metà (48%) delle donne non-assicurate di età 50-64 anni si è sottoposta a mammografia negli ultimi due anni, rispetto al 75% delle donne assicurate; solo il 18% degli adulti non-assicurati di età 50-64 anni si è sottoposto a screening del cancro del colon, rispetto al 56% degli assicurati. È da notare che la differenza nell'accesso a interventi preventivi tra assicurati e non-assicurati rimane elevata anche se quest'ultimi appartengono a fasce di reddito molto elevato.⁹⁴

Le conseguenze economiche. Il 34% degli adulti americani (età 19-64 anni) riferisce di aver avuto nel corso dell'ultimo anno problemi di pagamento di conti sanitari (non essere in grado di pagare, essersi indebitati per pagare, aver cambiato tenore di vita a causa delle spese mediche). Il problema riguarda molto di più le persone prive di assicurazione (53%), ma sorprendentemente interessa anche un'alta percentuale (26%) di persone assicurate.

Una conseguenza dell'indebitamento di una famiglia è la *banca-rotta*. Il numero delle famiglie americane che richiedono di attivare le procedure fallimentari (*bankruptcy*) – anche al fine di difendersi

dalla pressione dei creditori – è in continua crescita: nel 2001 sono state un milione e 458 mila (coinvolgendo 3,9 milioni di persone, appartenenti prevalentemente alle middle and *working classes*), con un incremento del 360% rispetto al 1980.

Per conoscere qual è stato il contributo del fattore malattia al collasso dell'economia familiare D.U. Himmelstein et al. hanno studiato un campione di 1771 di queste famiglie.⁹⁵ In oltre la metà (54,5%) dei casi di richiesta di procedure fallimentari ricorre una causa medica (una malattia o un infortunio, un debito dovuto a spese mediche), che rappresenta la ragione specifica di collasso finanziario nel 28,3% dei casi.

La malattia è stata la causa dei problemi finanziari sia direttamente (a causa dei costi medici) che indirettamente (a causa del mancato guadagno): nel 59,9% dei casi i conti delle spese mediche hanno contribuito alla bancarotta (e nel 47,6% come prima voce di spesa c'erano i farmaci); nel 35,3% dei casi una malattia è stata la causa della perdita del lavoro (molto spesso – 52,8% – per assistere un membro della famiglia).

Il 75,7% dei debitori erano assicurati all'inizio del collasso finanziario dovuto alla malattia, ma il 38,4% di essi ha perso la copertura assicurativa successivamente.

Dallo studio emerge un forte intreccio tra problemi di *salute*, problemi di *lavoro* e costi delle *spese mediche*. Ad esempio, un debitore è stato sottoposto a un intervento chirurgico a un polmone e ha avuto un attacco cardiaco. Entrambi i ricoveri ospedalieri sono stati rimborsati dall'assicurazione fornita dall'impresa presso cui lavorava, ma il paziente non è stato in grado di tornare presso quel posto di lavoro. Egli ha trovato un nuovo impiego, ma gli è stata negata la copertura assicurativa a causa delle sue condizioni di salute che richiedevano il proseguimento di cure costose. Un altro caso: un'insegnante a causa di un attacco cardiaco non è stato in grado di tornare al lavoro per molti mesi, ha perso l'impiego e anche l'assicurazione. L'ospedale presso cui si era stato ricoverato ha cancellato il suo debito di 20 mila dollari, ma egli dovette ricorrere alle procedure fallimentari a causa dei conti dei medici e delle spese per i farmaci.

In un saggio dedicato alla crisi del sistema sanitario USA (pubblicato su *The New York Review of Books*),⁹⁶ Paul Krugman e Robin Wells osservano come la questione delle assicurazioni sanitarie stia avendo un forte impatto anche sulla mobilità dei lavoratori e sulle

politiche di ingaggio dei dipendenti da parte delle imprese. Così le persone con problemi di salute vanno alla ricerca di imprese che garantiscano l'assicurazione sanitaria, mentre le persone sane tendono a rinunciare al benefit sanitario in cambio di stipendi più elevati. Tutto ciò rischia di condizionare la distribuzione dei lavoratori nelle imprese - ed anche le scelte delle stesse imprese riguardo alle assunzioni - sulla base del criterio «salute». Ad esempio - riferisce il New York Times - una circolare interna di Wal-Mart (catena di supermercati) suggerisce di introdurre nelle prove di selezione del personale degli esercizi fisici - che non hanno attinenza con gli effettivi compiti - per escludere persone con potenziali problemi di salute.

Le diseguaglianze nella salute. La nazione più ricca e potente del mondo non è tale per quanto riguarda la salute dei suoi cittadini. Riferendoci agli indicatori più comunemente usati per misurare lo stato di salute delle popolazioni si nota che gli USA sono superati da tutti i paesi industrialmente più avanzati: la speranza di vita alla nascita degli uomini americani è 75 anni, delle donne 80 (Canada 78/82, Giappone 78/85, Italia 78/84); la mortalità dei bambini al di sotto dei cinque anni è di 8 per 1000 nati vivi, quasi il doppio della media dei paesi dell'Europa occidentale (Svezia, Finlandia e Norvegia: 4 x 1000, Francia, Germania, Spagna e Italia: 5 x 1000). Generalmente si attribuisce la bassa performance in salute degli Stati Uniti agli alti livelli di mortalità registrati in alcuni gruppi di popolazione, in particolare nella minoranza nera. Effettivamente gli afro-americani hanno una speranza di vita mediamente inferiore di cinque anni rispetto alla popolazione bianca,⁹⁷ tuttavia ciò non spiega interamente il differenziale di salute tra gli americani e le popolazioni di altri paesi industrializzati.

Un articolo pubblicato su JAMA ha analizzato la diffusione delle *malattie croniche in Inghilterra e Stati Uniti*, con uno studio dove sono stati arruolati solo soggetti bianchi non ispanici, di età 55-64 anni.⁹⁸ La ricerca si è basata su interviste che riguardavano:

1. la presenza di malattie croniche (diabete, ipertensione, ogni malattia cardiaca, infarto miocardico, ictus, malattie polmonari e cancro);
2. fattori di rischio legati agli stili di vita;
3. il livello di educazione;
4. il livello di reddito.

Il risultato mette in evidenza che gli americani di «mezza età» stanno molto peggio in salute rispetto ai coetanei inglesi. In ognuna delle malattie croniche sopracitate gli americani presentano livelli di prevalenza nettamente superiori (ad esempio, diabete: 12,5% tra gli americani, 6,1% tra gli inglesi; cancro: 9,5 vs. 5,5%). Sia tra gli americani che tra gli inglesi il differente stato socio-economico influenza fortemente la distribuzione delle malattie croniche, ma le diseguaglianze sono molto più marcate negli Stati Uniti (ad esempio, negli USA il diabete colpisce il 9,2% della popolazione ad alto reddito e il 16,8% di quella a basso reddito, in Inghilterra il divario è 6,0%-8,1%). Le differenze fra americani e inglesi sono eclatanti nelle fasce basse di reddito e per quasi tutte le patologie esaminate, ma sono ben presenti anche tra i soggetti appartenenti ad alte fasce di reddito, in particolare per quanto riguarda diabete, ipertensione, ogni malattia cardiaca e cancro.

Le diseguaglianze nella salute negli USA sono profonde: esse rispecchiano non solo le grandi diseguaglianze nello *stato socio-economico* (reddito ed educazione), ma anche le altrettanto profonde *differenze razziali*. Scrive a questo proposito M. Marmot: «Viaggiando in metro sulla linea che dai sobborghi di Washington conduce a Montgomery County, una distanza di 12 miglia, la speranza di vita aumenta di un anno e mezzo per ogni miglio percorso: a un capo del viaggio troviamo neri poveri con una speranza di vita di 57 anni e all'altro capo bianchi ricchi con una speranza di vita di 76,7 anni».⁹⁹ Negli USA essere nero spesso significa essere anche povero, ma l'essere nero aggiunge un ulteriore fattore di rischio per la salute, a causa dei meccanismi di discriminazione ed emarginazione sociale.¹⁰⁰ Infatti, la speranza di vita alla nascita degli afro-americani (entrambi i sessi) è 71,4 anni – aggiustando per condizione socio-economica 74,1 – quella dei bianchi non ispanici 77,2. Ciò significa che la parità di reddito non annulla la differenza tra neri e bianchi nella speranza di vita alla nascita, rimanendo un differenziale di oltre 3 anni.¹⁰¹

Il 24,7% degli afroamericani si trova al di sotto della soglia di povertà, il 19,7% è privo di assicurazione sanitaria. L'iscrizione a Medicare, obbligatoria per tutti gli anziani, dovrebbe teoricamente mettere al riparo da diseguaglianze a danno degli afro-americani nell'utilizzazione e nella qualità dei servizi; purtroppo ciò non accade come è ben documentato in un rapporto dell'*Institute of Medicine*:¹⁰² gli anziani afro-americani hanno infatti minore probabilità dei loro coetanei bianchi di fruire di procedure ad alta tecnologia e di inter-

venti preventivi, ma – viceversa – sono molto più esposti a interventi come l'amputazione degli arti, che sono generalmente la conseguenza della gestione poco accurata del diabete.

Health Savings Account. L'attuale amministrazione Bush ovviamente non si preoccupa né di ridurre il numero dei non assicurati, né tanto meno di affrontare la questione delle diseguaglianze nella salute. Anzi di fronte a una proposta parlamentare *bipartisan* tesa a risolvere con un'apposita legge una delle più palesi ingiustizie del sistema sanitario, ovvero la presenza di milioni di bambini privi di assicurazione sanitaria, il presidente Bush ha annunciato il suo veto, motivandolo con ragioni «filosofiche». Il provvedimento favorirebbe *the federalization of health care* (*federalization* = governo federale) ovvero «la statalizzazione dell'assistenza sanitaria».

«Qui si va al cuore della filosofia di Mr. Bush – scrive P. Krugman in un editoriale del New York Times. Egli vuole che il pubblico creda che il governo è sempre il problema e mai la soluzione. Ma è difficile convincere le persone che il governo è sempre cattivo quando sta facendo delle cose buone. Così la sua filosofia è che al governo deve essere impedito di fare cose buone, anche se può».¹⁰³

L'amministrazione Bush ha invece una linea abbastanza chiara sullo sbocco da dare alla sanità americana, certamente non nella direzione di una copertura universale supportata dal governo, come voleva la riforma (fallita) di Bill e Hillary Clinton. L'idea è quella di allargare il mercato privato delle assicurazioni. Infatti, una nuova generazione di assicurazioni, fortemente promossa dall'amministrazione Bush con una legge del 2003, si sta affacciando sul mercato della sanità americana, ed ha il nome di *Health Savings Account* (HSA, deposito bancario riservato alle spese sanitarie). La condizione per accedere al nuovo programma è quella di essere in possesso di un'assicurazione con alta franchigia (almeno 1000 US\$ per un singolo, almeno 2000 US\$ per una famiglia; ma i prodotti di questo tipo prevedono livelli di franchigia molto più alti).

L'HSA viene alimentato da versamenti annuali (anche a rate mensili), con un limite massimo di 2790 US\$ per una persona singola e di 5,230 US\$ per le famiglie. In caso di malattia le persone attingono all'HSA per sostenere i costi delle prestazioni; nell'eventualità che le spese sanitarie prosciughino completamente il conto, si farà ricorso alle risorse personali fino al raggiungimento del tetto della franchi-

gia, al punto cioè in cui interviene l'assicurazione. Nel caso in cui il conto sia non usato o parzialmente usato, il deposito si accumula di anno in anno e all'età di 65 anni (momento in cui gli americani usufruiscono del programma pubblico di assistenza sanitaria, Medicare) entra nella piena disponibilità dell'individuo o della famiglia. L'HSA gode di un trattamento fiscale di assoluto favore: i versamenti sul conto sono deducibili dalle tasse e gli interessi maturati sono esenti da tasse. Nel caso che si decida di ritirare il deposito per motivi non sanitari il conto viene tassato e applicata una penalità del 10%.

La tabella 4.4, tratta da uno dei più noti siti commerciali specializzati in promozione di HSA, mette a confronto due diversi programmi assicurativi: uno tradizionale, erogato da una HMO, l'altro basato sull'HSA. Si vede chiaramente che una famiglia di tre persone (sane), che consuma poche prestazioni sanitarie in un anno, ha tutto l'interesse ad adottare l'HSA. Da una parte infatti (assicurazione HMO) vale il principio: *use it or lose it* («usi il servizio o perdi quanto hai versato»), dall'altra (HSA) il suo opposto: *use it or save it* («usi il servizio o risparmi quanto hai versato»).

TABELLA 4.4 - CONFRONTO TRA ASSICURAZIONE HMO E HEALTH SAVINGS ACCOUNT

Famiglia di un lavoratore autonomo, composta di tre persone, relativamente sana. Si assume che nell'anno in esame i consumi sanitari della famiglia siano consistiti in: 4 visite mediche, 3 esami RX, 1 visita presso un pronto soccorso, 1 esame del sangue. Nessun ricovero ospedaliero, nessun intervento chirurgico.			
Assicurazione HMO		Health Savings Account (HAS)	
Premio assicurativo \$ 1,000 di franchigia per persona; copagamento del 20% per persona fino \$ 10,000 di spesa	7200\$ (annuo)	Premio assicurativo \$ 5,000 di franchigia per la famiglia	2880\$
Spese per prestazioni	1125\$	Spese per prestazioni	929\$*
Totale al lordo delle tasse	=8325\$	Totale al lordo delle tasse	=3809\$
Deduzione fiscale * sul premio assicurativo	-1736\$	Deduzione fiscale * sul premio assicurativo * sul deposito HSA	-1856\$
Totale al netto delle tasse	6589\$	Totale al netto delle tasse	1953\$
		Deposito HSA 3750\$ -929\$ (spese per prestazioni)	2821\$
Costo dell'assistenza medica per l'anno	6589\$	Costo dell'assistenza medica per l'anno - Guadagno	+868\$ Ovvero: 2821-1953

* Spesa ridotta per sconti praticati ai detentori di HSA

I principi su cui si fonda l'HSA sono assolutamente coerenti con la visione del presidente Bush di *ownership society*, la «società dei proprietari». Proprietari delle proprie case, del proprio business, della propria pensione e anche della propria assicurazione sanitaria. «Oggi – scrive J.C. Robinson, professore di economia sanitaria all'Università della California – la più visibile incarnazione di tale visione nel settore dell'assistenza sanitaria è l'HSA, che riflette uno spostamento filosofico nell'enfasi dalla responsabilità collettiva a quella individuale nella gestione e nel finanziamento dell'assistenza sanitaria. (...) Il linguaggio della proprietà individuale – così si conclude l'articolo di Robinson – tanto indebolisce il senso di responsabilità collettiva nella società nei confronti dei membri più vulnerabili, quanto mette in risalto l'importanza dello sforzo individuale nel generare le risorse economiche necessarie a ogni sistema assistenziale. L'HSA fa compiere alla nazione un altro passo verso un sistema sanitario personalizzato e privatizzato».¹⁰⁴

Il presidente Bush nel Discorso sullo Stato dell'Unione del 31 gennaio scorso ha confermato la volontà della sua amministrazione di promuovere questa nuova forma assicurativa. Questo il commento del New York Times: «Le proposte riguardanti l'assistenza sanitaria avanzate dal presidente Bush nel suo «Discorso sullo Stato dell'Unione» non scalfiranno in alcun modo i due principali problemi che affliggono la sanità della nazione: i costi crescenti e le sempre più affollate legioni di cittadini non assicurati. La sua proposta mostra semplicemente dove lui e molti conservatori vogliono che si indirizzi il finanziamento dell'assistenza sanitaria, verso un sistema dove i consumatori paghino di tasca propria la loro assistenza, nella speranza che ciò serva a ridurre i consumi. (...)»

Non sorprende che l'HSA favorisca le persone sane e benestanti a spese dei poveri e dei malati cronici. Quelli che stanno relativamente bene ottengono notevoli vantaggi fiscali, investono più denari nel conto, non usano il deposito per le spese mediche e lo trasformano in un fondo pensione privilegiato. (...)

Il pericolo maggiore è che l'HSA possa accelerare l'erosione della forma tradizionale di assicurazione finanziata dai datori di lavoro, dal momento che le imprese cercano di ridurre le loro spese spostando una crescente parte dei costi sui dipendenti. Se da una parte i lavoratori più sani sceglieranno l'HSA, dall'altra i lavoratori più anziani e malati si rifugeranno nelle assicurazioni tradizionali, che saranno

per forza costrette a rincarare le polizze, rendendole meno sostenibili e accessibili. (...) Questa nuova forma assicurativa necessita di essere studiata attentamente per essere sicuri che non provochi più danni che benefici».¹⁰⁵

Buone notizie. La prima buona notizia è che – nonostante la ripugnanza del presidente Bush per tutto ciò che di buono può fare un governo – nel 2007 due Stati, il Massachusetts^{106 107} e la California,¹⁰⁸ entrambi retti da amministrazioni repubblicane, hanno deciso di garantire ai propri cittadini la copertura universale nell'assistenza sanitaria, attraverso un mix di interventi pubblici e privati. Entrambi gli esperimenti sono ai primi passi, ma il segnale è importante, soprattutto in vista delle elezioni presidenziali del novembre 2008.

A questo riguardo va segnalato – a qualche mese dalla data dell'evento – che tutti i candidati alla presidenza degli Stati Uniti sono a favore dell'incremento della copertura assicurativa, con notevoli differenze circa le strategie e gli strumenti per raggiungere tale obiettivo.

I candidati repubblicani (R. Giuliani, M. Huckabee, J. McCain e M. Romney) ritengono che l'attuale sistema vada migliorato attraverso incentivi fiscali che favoriscano l'acquisto di polizze assicurative da parte degli individui (ma, senza alcun obbligo per gli individui e per le imprese e senza l'intervento del settore pubblico, la copertura universale rimane una chimera). I candidati democratici si distinguono in due differenti tendenze: a) H. Clinton, B. Obama e J. Edwards puntano al raggiungimento della copertura universale attraverso un mix di interventi pubblici e privati (incentivi fiscali, responsabilizzazione delle imprese, allargamento dei programmi pubblici), b) D. Kucinich è invece a favore della copertura universale attraverso l'estensione a tutti i cittadini dei benefici del programma pubblico Medicare.¹

La seconda buona notizia viene dalle innovazioni in campo assistenziale, in particolare nel campo delle cure primarie, un settore da noi notoriamente negletto.

Nel primo capitolo abbiamo parlato di un'organizzazione sanitaria non ortodossa nata negli anni Trenta del secolo scorso, la Kaiser Health Plan. Nonostante veti e ostracismi l'organizzazione crebbe, divenendo, col nome di Kaiser Permanente, una delle più importanti HMO *non-profit* statunitensi.

¹ S.R. Collins and J.L. Kriss, *Envisioning the Future: the 2008 Presidential Candidates' Health Reforms Proposals*, January 2008, www.commonwealthfund.org

Kaiser Permanente (KP) assiste 8,6 milioni di persone in California e in altri otto stati, impiega 11.000 medici e 130.000 altri dipendenti, possiede 30 ospedali e 431 centri sanitari, con un fatturato annuo di 35 miliardi di dollari.

Attenzione a questi dati: posti letto ospedalieri: 1 per 1000 abitanti; giornate di degenza per 1000 abitanti: 301; durata media della degenza: 3,2 giorni. Ciò significa che l'utilizzo del settore ospedaliero in KP è di due terzi inferiore rispetto alla media dei paesi europei più virtuosi (con 3-4 posti letto per 1000 abitanti, 1000 giornate di degenza per 1000 abitanti e una degenza media di 5-6 giorni).

Dati clamorosi, ma non nuovi. Erano stati infatti pubblicati e ampiamente commentati in tre articoli del BMJ, dove si confrontavano le performance di KP con quelle del servizio sanitario britannico.¹⁰⁹⁻¹¹¹ A favore di KP una drastica deospedalizzazione, associata ad alti livelli di efficienza e di qualità dell'assistenza.

I motivi di questo successo si possono riassumere in alcuni fondamentali punti:

1. *Un sistema di cure primarie robusto ed efficiente.* Le strutture di cure primarie (*primary care facilities*) ospitano da 20 a 40 medici di famiglia, che lavorano in forma associata (in media gruppi di 6 medici), e sono coadiuvati da altri professionisti come i gli assistenti medici (*physician assistants*) e gli infermieri di famiglia (*nurse practitioners*). Le strutture di cure primarie includono i servizi specialistici e sono dotate di laboratorio, radiologia e farmacia.
2. *Medicina d'iniziativa e population based management.* Prevenzione e gestione proattiva delle patologie sono i pilastri strategici dell'organizzazione.

I *clinical strategic goals* sono i seguenti:

- a. Prevenzione primaria: vaccinazioni, counselling per la cessazione del fumo;
- b. Prevenzione secondaria: screening oncologici (mammella, cervice uterina e colon-retto);
- c. Gestione delle malattie croniche: diabete, ipertensione, dislipidemie e malattie coronariche, asma.

Un sistema di monitoraggio rileva per ogni medico (mediamente ogni medico assiste 2000 pazienti) e per gruppi di medici il tasso di

copertura di quel determinato intervento (vaccinazione, screening, controlli per pazienti diabetici o ipertesi, ecc.), specificando il denominatore (gli assistiti interessati a quell'intervento), il numeratore (il numero di assistiti che hanno eseguito quell'intervento), il numero di pazienti che mancano per raggiungere l'obiettivo (*members needed to reach benchmark*) e, infine, il posto in classifica in relazione al raggiungimento degli obiettivi (*your rank in your department*).

Tutte queste informazioni – grazie a un sistema informativo molto evoluto (KP – HealthConnect) – sono visibili in tempo reale da tutti gli operatori e si prevede in futuro anche dagli assistiti.

KP considera la buona assistenza ai pazienti con malattie croniche come l'elemento centrale per l'erogazione di un servizio efficace, adottando integralmente il *Chronic Care Model* e investendo in ciò notevoli risorse (personale, sistemi informativi con accurati registri di patologia e sistemi di allerta, programmi di *self-management* per i pazienti).

3. *Una forte integrazione tra cure primarie e assistenza ospedaliera (e cure intermedie)*. Tutti i professionisti di KP sono coinvolti in un modello di cura che privilegia il trattamento delle malattie – finché possibile – al di fuori dell'ospedale e che tende a ridurre al minimo la fase dell'ospedalizzazione. L'adozione di percorsi assistenziali è la regola (e viene rispettata); medici ad hoc – *Hospitalist* – lavorano per facilitare e coordinare le dimissioni ospedaliere, avvalendosi anche di strutture di cure intermedie (*skilled nursing facilities*), finalizzate al rapido recupero funzionale dei pazienti e al loro rientro a domicilio.
4. *Codice etico e fedeltà all'organizzazione*. «Un medico non può servire due padroni, soprattutto se il secondo padrone è il proprio portafoglio. I medici di KP lavorano solo per KP, ma allora KP compensa i suoi clinici con i prezzi di mercato».

SISTEMI UNIVERSALISTICI MODELLO BISMARCK

Le assicurazioni sociali obbligatorie rappresentano oggi la forma assicurativa sanitaria più diffusa nel mondo, ma solo in una minoranza dei paesi questa copertura è diventata universalistica. L'universalità della copertura si è realizzata storicamente attraverso un *lungo processo incrementale* di progressiva aggregazione di fondi di diverse categorie occupazionali/professionali, con lo Stato che provvedeva, con altri strumenti