

Gavino Maciocco



La riforma sanitaria è finalmente arrivata in porto. Gran parte dei provvedimenti decorreranno dal 2014, ma fin da subito a nessun americano potrà essere negata l'assicurazione a causa di malattie preesistenti.

---

Nel novembre 1945 il Presidente Truman affermò: "Le persone con redditi bassi o medi non hanno le stesse attenzioni mediche delle persone con redditi alti. I poveri hanno più malattie ma ricevono meno assistenza medica. Le persone che vivono nelle aree rurali non godono della stessa assistenza sanitaria di coloro che abitano nelle città". "La nazione - aggiungeva Truman - ha bisogno che siano rimosse le barriere economiche per ottenere l'assistenza sanitaria. La salute di tutti i cittadini merita l'aiuto di tutta la nazione". Truman cercò, senza successo, di far approvare durante il suo mandato una riforma sanitaria, basata sull'istituzione di un'assicurazione sanitaria nazionale.

**Ci sono voluti 65 anni per raggiungere quell'obiettivo, anche se - come vedremo - ciò che ha approvato la Camera non è una vera assicurazione sanitaria nazionale. Tuttavia politicamente il risultato è grandioso**, come dimostrano i titoli enfatici della stampa americana, quali "**storica vittoria di Obama**".

La battaglia è stata durissima perché si è svolta su **due differenti fronti**, che alla fine si sono saldati con l'effetto di rendere ancora più agguerrita l'opposizione. Il primo fronte era quello **ideologico**, il rifiuto di buona parte dell'opinione pubblica della "*socialized medicine*", ovvero dell'intervento dello stato nella sanità; il secondo fronte era quello degli **interessi economici**, in particolare delle assicurazioni sanitarie private. Una **doppia pressione politica** che ha prodotto la sconfitta del candidato democratico al Senato nelle elezioni suppletive tenutesi nello scorso gennaio nello stato del Massachusetts e che ha convinto oltre trenta deputati democratici a prendere posizione contro la riforma, mettendo in forse fino all'ultimo l'esito dello "storico" risultato.

**Paul Krugman** dalle colonne nel *New York Times* ha parlato di “**storica vittoria del Presidente Obama e di trionfo di Nancy Pelosi**”: il giusto riconoscimento allo speaker della Camera per l’abilità e la tenacia con cui ha gestito le ultime convulse fasi della trattativa col gruppo dei democratici dissidenti, riuscendo a recuperare l’indispensabile sostegno dei deputati anti-abortisti e conseguendo alla fine il risultato utile di 219 voti contro 212 (maggioranza richiesta: 216).

La riforma approvata dalla **Camera** si basa sul **testo approvato al Senato il 13 ottobre 2009** (vedi post [Sanità americana: la riforma dimezzata](#)), integrato con alcuni **emendamenti migliorativi**. L’impegno finanziario complessivo (in dieci anni) è passato da 871 miliardi di dollari a **940 miliardi di dollari**; alla fine di questo periodo **la copertura assicurativa sanitaria interesserà il 95% degli americani** (il precedente obiettivo era il 94%) con l’estensione di detta copertura a 32 milioni di nuovi assicurati (mentre 22 milioni di persone continueranno a rimanere prive di assicurazione).

**La parte della riforma più impegnativa dal punto di vista finanziario sarà attuata a partire del 2014** (in vista dell’atteso recupero dell’economia americana), mentre da subito vengono introdotte importanti innovazioni, ritenute molto popolari e quindi in grado di contrastare sul piano del consenso le campagne degli oppositori della riforma (anche in vista delle elezioni di medio termine del novembre 2010).

Le **immediate innovazioni** riguardano:

**Due provvedimenti che puntano diretti al cuore degli interessi dell’industria assicurativa:**

- il primo vieta alle assicurazioni di negare l’iscrizione a coloro che hanno malattie preesistenti (es: diabete) o di rescindere il contratto per gravi patologie sopravvenute (es: tumori);
- il secondo vieta alle assicurazioni di stabilire un tetto massimo ai rimborsi, tetto che danneggiava i pazienti portatori di malattie particolarmente gravi e costose.

**La possibilità di includere nell’ambito dell’assicurazione familiare giovani fino a 26 anni** (prima il limite era 18 anni), per consentire la copertura delle persone che continuano a studiare, che sono disoccupati o in cerca di prima occupazione.

**La riduzione della compartecipazione alla spesa farmaceutica per gli assistiti di Medicare.**

Decorrono invece dal 2014 le seguenti parti della riforma:

1. **Espansione di Medicaid** (il programma pubblico che attualmente assicura solo alcune categorie di poveri) . Potranno essere arruolati in Medicaid tutti coloro che hanno un reddito inferiore a 29,327 \$ (per una famiglia di 4 persone). Ciò comporterà un incremento della copertura assicurativa di 16 milioni di persone.

## 2. **Obbligo di assicurare (per le imprese) e di assicurarsi (per le persone)**

- **Imprese:** l'obbligo di assicurare i propri dipendenti vale per le imprese con 50 e più lavoratori. In caso di mancata osservanza è prevista l'irrogazione di una multa di 2,000 \$ a dipendente all'anno, con l'esenzione dei primi 30 dipendenti; un imprenditore inadempiente con 53 dipendenti pagherà una multa di 46,000 \$.
- **Persone:** le persone che non godono della copertura assicurativa pagata dall'impresa (che è la forma più diffusa di copertura assicurativa) sono tenute ad assicurarsi con le proprie risorse. Chi non si attiene pagherà una multa di 95 \$ (o l'1% del reddito) nel 2014, di 325 \$ (o il 2% del reddito) nel 2015, di 695 \$ (o il 3,5% del reddito) nel 2016 (fino a un max. di 2,085 \$ l'anno). Saranno esentate le persone con un reddito inferiore ai 9,350 \$ (singoli) o 18,700 \$ (coppie). Sono esentati anche gli Indiani Americani.

## 3. **Sussidi alle imprese e alle persone.**

- **Imprese.** Le imprese con 25 o meno dipendenti che assicurano i lavoratori godranno di crediti di imposta che saranno particolarmente elevati nel caso di imprese con 10 o meno dipendenti dove è previsto un rimborso fino pari al 50% del costo delle polizze.
- **Persone.** Per le famiglie (4 persone) con un reddito inferiore a 88,200 \$ sono previsti dei sussidi crescenti man mano che si scende nei livelli di reddito. Così il costo della polizza non dovrà superare il 9,5 del reddito (per i redditi più alti) o il 3% del reddito (per i redditi più bassi). Inoltre è stabilito che il contributo *out-of-pocket* (pagamento diretto) non potrà superare annualmente i 5,950 \$ per un singolo o i 11,900 \$ per una famiglia.

4. **Insurance Exchange.** Con questo termine s'intende la possibilità che a livello di Stato si creino dei **consorzi tra assicurati** (incluse anche imprese con un massimo di 100 dipendenti) in grado di contrattare da una posizione di maggiore forza con le assicurazioni . Dal 2017 tale possibilità sarà offerta anche a imprese con più di 100 dipendenti. Questa componente della riforma avrebbe certamente avuto maggiore efficacia se fosse rimasta in gioco la "*public health insurance option*", un'assicurazione pubblica in grado di competere con le assicurazioni private. Ma tale opzione fu cancellata nel passaggio al Senato e non è

stata ripresentata alla Camera.

La **copertura finanziaria** alla legge è assicurata in parte con nuove tasse, vedi incremento del prelievo fiscale alle famiglie con un reddito superiore ai 250,000 \$, o imposte (del 40%) sulle coperture assicurative del costo superiore ai 23,000 \$. Sono previsti inoltre prelievi di miliardi di dollari all'industria farmaceutica, all'industria di prodotti biomedicali e all'industria assicurativa. Sono previsti infine dei tagli a Medicare e una tassazione delle polizze integrative per anziani particolarmente costose (Medicare Advantage Plan).

Prima della firma finale la Riforma dovrà passare ancora una volta al Senato, ma con una procedura che eviterà ogni possibile sorpresa.