



Fabrizio Toscano, Davide Golinelli, Andrea Bucci

I risultati ottenuti dalla riforma sanitaria di Obama sono decisamente incoraggianti quando si guarda al numero di persone messe nelle condizioni di accedere economicamente all'offerta di servizi sanitari. Nonostante questo, per via della struttura particolarmente articolata del sistema sanitario statunitense, i non-assicurati continuano ad incontrare difficoltà nell'accesso alle cure, dovendo spesso ripiegare su quei servizi strutturati come "rete di sicurezza", non presenti in tutte le comunità.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha in più occasioni ribadito quanto l'accesso alle cure costituisca una *conditio sine qua non* per il raggiungimento della copertura sanitaria universale, da intendersi come l'opportunità per tutte le persone di ottenere quei servizi sanitari di qualità che ne soddisfino i bisogni di salute senza incorrere in difficoltà finanziarie legate al loro pagamento.[1]

L'accesso alle cure consta di tre dimensioni[2]:

1. **L'accesso fisico** - ovvero la possibilità di raggiungere un luogo di cura in tempi ragionevoli, con orari di apertura e sistemi di prenotazione che permettano di ottenere il servizio quando effettivamente necessario.
2. **La sostenibilità finanziaria** - ossia la possibilità di pagare la prestazione sanitaria senza andare incontro a difficoltà di natura economica. Questa non deve prendere in considerazione soltanto il prezzo della prestazione, ma anche il costo indiretto ed il costo opportunità (che includa, ad esempio, anche le spese per raggiungere il punto di

cura od il tempo sottratto al lavoro).

3. L'“**accettabilità**” - intesa come la volontà della persona di ottenere quel determinato servizio sanitario. Questa è da ritenersi bassa quando il paziente percepisce come inefficace un servizio o qualora fattori socioculturali lo scoraggino dall'usufruire di quella determinata prestazione sanitaria.

Grazie all'*Affordable Care Act* (ACA) emanato nel 2014 - ribattezzato *Obamacare* per via del suo principale promotore -, gli USA hanno mosso passi importanti verso la sostenibilità finanziaria delle cure sanitarie. Come risultato di ciò, il tasso di statunitensi senza assicurazione sanitaria è andato via via diminuendo, per attestarsi al **minimo storico del 9% nel 2016.**[3]

La ricetta adottata è complessa e poggia su due capisaldi mirati a garantire una copertura assicurativa sostenibile al maggior numero di persone possibili.[4]

In primis gli stati hanno visto una **espansione dei fondi federali destinati al programma Medicaid**, pensato per coloro con un reddito inferiore al 138% della soglia federale di povertà - ovvero \$28000 circa per una famiglia di 4 persone (2014). In aggiunta a questo provvedimento, i cittadini con redditi compresi tra il 100% ed il 400% della soglia federale di povertà hanno ricevuto accesso al **Marketplaces**, un mercato dove acquistare coperture assicurative fornite da privati a prezzi contenuti, potendo usufruire di sgravi fiscali inversamente proporzionali alla soglia di reddito.

Nonostante queste misure inclusive, una fetta consistente di popolazione statunitense non può ancora accedere ad una assicurazione sanitaria, in particolare alcuni gruppi, come i *sans-papiers* o gli indigenti che risiedono in stati che non hanno recepito l'espansione di Medicaid (ad oggi 18 su 50).[5,6] Tra coloro i quali avrebbero la possibilità di beneficiare della riforma sanitaria di Obama, le ragioni che hanno portato a rinunciare ad una copertura sanitaria sono diverse, dalla non conoscenza delle opzioni disponibili, all'impossibilità di sostenere le spese di queste polizze dal premio agevolato. È emblematico come, seppure sia prevista una penale nel caso si decida di non assicurarsi su Marketplace, avendone diritto, molti abbiano preferito pagare questa rispetto al costo - per loro superiore - di una polizza di livello base. **A fine 2015 infatti, dopo un anno di Obamacare, il 40% circa dei non assicurati avrebbe avuto diritto ad usufruire di incentivi per l'acquisto di una polizza su Marketplace.**

Sebbene diversi studi abbiano dimostrato come l'accesso alle cure per adulti con redditi bassi sia generalmente migliorato, **meno attenzione è stata posta verso i non-assicurati**, sui quali l'ACA potrebbe aver avuto conseguenze ovviamente non volute. In che modo? Chi è riuscito, grazie a questa riforma, ad ottenere una copertura sanitaria, potrebbe

aver saturato gli ambulatori di cure primarie, impedendo o rendendo più difficile l'accesso ai non-assicurati, disposti a pagare al bisogno.

Un recente articolo di Saloner et al. pubblicato sulla rivista statunitense *Health Affairs* riporta gli interessanti risultati di uno studio condotto nel 2016, nell'era post-ACA, confrontandoli con quelli ottenuti prima della riforma sanitaria, tra il 2012 ed il 2013.^[7] **Gli autori hanno condotto il seguente esperimento:** ricercatori adeguatamente formati effettuavano telefonate verso ambulatori situati in 10 stati differenti, fingendosi pazienti con caratteristiche (sesso, etnia ed età) determinate casualmente; interessati ad ottenere un appuntamento per una visita medica, questi lamentavano sintomi riconducibili all'ipertensione o richiedevano una semplice visita di routine, il tutto specificando una situazione assicurativa anche questa determinata casualmente (Medicaid, assicurazione privata o non-assicurato) **Tabella 1.**

Tabella 1. Pazienti non assicurati che richiedono un appuntamento per una visita medica e quanti l'ottengono. 2012-2013 e 2016. 10 Stati



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Nella prima edizione dello studio, condotta tra il 2012 ed il 2013, il 78,8% dei non-assicurati aveva ottenuto un appuntamento in un ambulatorio di cure primarie, a patto di essere in grado di pagare il costo della visita al momento della prestazione. Nel 2016 questa percentuale è rimasta pressoché invariata (80,5%).

Nel caso invece di una richiesta di pagamento dilazionato del costo della visita (una parte il giorno dell'appuntamento ed il resto in un secondo momento), la percentuale di non-assicurati in grado di effettuare una prenotazione si è ridotta, passando dal 14% del 2012-13 al 11,9% del 2016. Nel caso invece di richiesta di uno sconto, il prezzo pattuito è diminuito dal 52,9% del prezzo pieno del 2012-13, al 45,8% del 2016 (con il costo medio di una visita praticamente invariato, rispettivamente \$164 e \$163). Infine nell'edizione del 2016, soltanto in meno di un quarto dei casi (22,4%) è stato offerto un prezzo agevolato in caso di pazienti con basso reddito (questo dato non è stato misurato nel 2012-2013).

Queste piccole differenze tra pre- e post-ACA vengono meno quando si considera una particolare tipologia di provider del servizio: i centri federali per la salute (*Community Health Centres*), da sempre più sensibili a queste problematiche, nonché legalmente tenuti ad offrire prezzi agevolati ai pazienti sprovvisti di assicurazione ed in grado di documentare la loro condizione di ristrettezza economica.

Da analizzare con attenzione sono i risultati ottenuti nel Massachusetts, uno dei 10 stati inclusi nello studio. Soltanto in questo stato gli autori hanno registrato un aumento del costo della visita, passato da \$183 della prima edizione della ricerca, ai \$209 del 2016. In aggiunta, Saloner et al. hanno riscontrato come, in questo stato, solo il 6,8% dei pazienti che non potevano permettersi di pagare il prezzo pieno della visita abbia ricevuto una proposta di tariffa agevolata.

Questi dati, combinati ad un tasso di non-assicurati decisamente più basso della media nazionale (3%), fanno dedurre come in Massachusetts esistano meno opzioni per i pazienti senza assicurazione: dal momento che la maggior parte dei medici si prende cura di pazienti abituali, sarà più difficile per nuovi pazienti trovare appuntamenti disponibili.

Sarà interessante continuare a monitorare l'accesso alle cure dei non-assicurati in questo stato, giacché le condizioni createsi - in particolare il basso tasso di non-assicurati - potrebbero presto replicarsi nel resto del paese, portando a conseguenze analoghe.

Sempre dalle pagine di *Health Affairs*, uno studio pubblicato poche settimane fa riporta gli effetti della riforma sanitaria di Obama sui non-assicurati in età adulta.[\[8\]](#)

Elaborando i dati del *Medical Expenditure Panel Survey-Household Component*, un questionario promosso dall'Agenzia statunitense per la Ricerca e la Qualità in Sanità (AHRQ), gli autori dello studio hanno evidenziato come nel 2014-2015 si siano ridotti, in termini assoluti e di durata, i periodi senza copertura assicurativa per individui di età compresa tra i 18 ed i 64 anni, in particolare per coloro con patologie preesistenti ("*preexisting conditions*"). Questo risultato è ancora più evidente in quegli stati che hanno ampliato il programma Medicaid, dove sempre meno individui hanno dovuto interrompere la loro copertura assicurativa a seguito dell'introduzione dell'ACA.

I risultati ottenuti dalla riforma sanitaria di Obama sono decisamente incoraggianti quando si guarda al numero di persone messe nelle condizioni di accedere economicamente all'offerta di servizi sanitari. Nonostante questo, per via della struttura particolarmente articolata del sistema sanitario statunitense, i non-assicurati continuano ad incontrare difficoltà nell'accesso alle cure, dovendo spesso ripiegare su quei servizi strutturati come "rete di sicurezza", non presenti in tutte le comunità.

In particolare, per rifarsi alle raccomandazioni dell'OMS, bisogna ricordare che altre dimensioni dell'accesso alle cure possono e debbono essere esplorate. **Poco meno di due anni fa ad esempio, la California è diventato il primo grande stato USA a fornire copertura sanitaria ai bambini senza documenti e presto estenderà il provvedimento agli adulti.**[\[9\]](#)

Nel costante sforzo di ridurre il tasso di non-assicurati negli USA - ed eventualmente raggiungere l'agognata copertura sanitaria universale - è di cruciale importanza non perdere di vista chi non può permettersi di accedere ai servizi sanitari attraverso i canali pensati dai policymaker, ed adottare strategie per far sì che non vengano dimenticati durante questa cruciale transizione, ancora lontana dall'essere conclusa.

Fabrizio Toscano^a, Davide Golinelli^b, Andrea Bucci^c

^a Weill Cornell Medical College, Department of Healthcare Policy and Research

^b Università di Bologna, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie

^c Università Politecnica delle Marche, Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali

Bibliografia

1. Del Savio L, Schmietow B. [Copertura sanitaria universale e equità. Il momento delle scelte](#). Salute Internazionale, 18.06.2014
2. Evans DB, Hsua J, Boerma T. [Universal health coverage and universal access](#). Bulletin of the World Health Organization
3. Clarke TC, Norris T, Schiller JS. [Early Release of Selected Estimates Based on Data From the 2016 National Health Interview Survey](#). Division of Health Interview Statistics, National Center for Health Statistics
4. Maciocco G. [L'inconcepibile successo di Obamacare](#). Salute Internazionale, 15.07.2015
5. [Families USA analysis using data from the U.S. Census Bureau American Community; Kaiser Family Foundation. State Health Facts](#). Medicaid Expansion Enrollment, January-March 2016
6. Henry J. Kaiser Family Foundation. Status of state action on the Medicaid expansion decision [Internet]. Menlo Park (CA): KFF; 2017 Nov 8.
7. Saloner B, et al. Most Primary Care Physicians Provide Appointments, But Affordability Remains A Barrier For The Uninsured. Health Affairs 2018 37:4, 627-34
8. Vistnes JP, et al. Duration Of Uninsured Spells For Nonelderly Adults Declined After 2014. Health Affairs 2018 37:6, 951-6
9. Buchmueller TC, Levinson ZM, Levy HG, Wolfe BL. Effect of the Affordable Care Act on Racial and Ethnic Disparities in Health Insurance Coverage. American Journal of Public Health 2016; 106 (8):1416-21.