

Fabrizio Toscano, Davide Golinelli e Andrea Bucci

Medicaid, il programma assicurativo pubblico rivolto alle fasce a più basso reddito introdotto con la riforma di Obama, funziona non solo come una assicurazione medica, ma anche come sostegno della salute economica degli individui: i beneficiari infatti, hanno visto ridursi le spese mediche di 500\$ circa dopo 12-21 mesi dall'iscrizione, con una riduzione netta degli episodi di bancarotta.

All'inizio dell'anno, Saluteinternazionale ha trattato la vicenda che minaccia il futuro della riforma sanitaria di Obama citando un articolo del New York Times dal titolo: *"Texas Judge Strikes Down Obama's Affordable Care Act as Unconstitutional"* ("Un giudice texano abbatte la riforma sanitaria di Obama perché incostituzionale").^[1] Dopo innumerevoli tentativi dell'amministrazione Trump - che dello smantellamento dell'*Affordable Care Act* (ACA) fece uno dei cavalli di battaglia della sua campagna elettorale -, il risultato auspicato dal 45° presidente statunitense potrebbe arrivare da un cavillo burocratico: l'obbligo di stipulare una polizza assicurativa sanitaria sarebbe incostituzionale, da qui il rimando alla Corte Suprema - nel mentre "spostatasi" verso i repubblicani per via delle ultime nomine -, che nel 2020 dovrebbe pronunciarsi sulla vicenda.

Prima di questo episodio, Trump ha trovato innumerevoli ostacoli nel tentativo di repeal and replace (abolire e rimpiazzare) prima, e nel definanziamento poi, della riforma Obama, persino nel suo stesso partito. I motivi sono diversi e discussi più volte: sebbene continuino a mancare i risultati sul fronte dei costi, in preoccupante e costante ascesa, un enorme contributo è stato dato dall'ACA nel ridurre il numero di non assicurati, da sempre principale fonte di iniquità del sistema sanitario statunitense.

In un recente articolo pubblicato sul *New England Journal of Medicine*, tre ricercatori statunitensi hanno interrogato tutti i legislatori impegnati in commissioni sulla sanità su quali fossero le loro priorità in materia.^[2] Hanno poi sottoposto i risultati a legislatori, funzionari e *stakeholders* di due stati paradigma: il Kansas, repubblicano, ed il Colorado, a guida condivisa tra i due schieramenti.

I risultati hanno mostrato come esistessero quattro temi in grado di generare larghissimo consenso, su più livelli.

- In primo luogo, tutti i soggetti consultati hanno espresso unanime disdegno per il caos imperante a Washington, che impedisce di pianificare a lungo termine, o anche solo oltre l'orizzonte elettorale.
- In secondo luogo, l'accesso alle cure continua ad essere una priorità per tutti, a prescindere dallo schieramento politico. In Kansas per esempio, diversi esponenti repubblicani hanno sostenuto l'espansione di Medicaid, nella speranza che questa aiuti a evitare la chiusura degli ospedali nelle aree rurali dello stato, in netto contrasto con la posizione tenuta dal governatore repubblicano Sam Brownback. In Kansas, come in Colorado, gli intervistati hanno ammesso i limiti dell'Obamacare, negando però la necessità di una modifica radicale della riforma.
- Terzo, il modo migliore per raccogliere consenso trasversale agli schieramenti politici potrebbe essere quello di spostare il dibattito sui costi, sebbene sia più difficile trovare accordo sul come raggiungere questo risultato. Ogni stato sembra determinato ad adottare la propria ricetta, spaziando dal controllo dei prezzi a modelli *value-based*.
- Infine, molti si sono trovati d'accordo nell'indicare proprio il governo come la principale fonte di minacce per la stabilità dei servizi sanitari di ogni Stato. La costante necessità di trovare modi per arginare le decisioni prese a Washington è fonte di grande frustrazione per tutti i coinvolti, su più livelli, ma mostra allo stesso tempo la capacità di raggiungere un compromesso nella politica locale.

Molti degli intervistati hanno espresso la necessità di ampliare il dibattito oltre l'assicurazione sanitaria, verso i fattori sociali determinanti la salute dei cittadini, e ricercare quale sia il ruolo migliore del governo in questo ambito. A tal proposito, Aaron Carroll riporta su JAMA i risultati di uno studio eseguito dal *National Bureau of Economic Research*, una società di ricerca non-profit.[3] In questo studio vengono incrociati i dati Medicaid di più di 320 mila cittadini del Michigan con i loro dati finanziari. Lo scopo è quello di verificare come l'espansione di Medicaid abbia influenzato le finanze dei ceti sociali meno abbienti, e proprio per questo beneficiari di questo programma assicurativo governativo.[4]

I risultati sono molto interessanti ed indicano come Medicaid - il programma assicurativo pubblico rivolto alle fasce a più basso reddito della popolazione - funzioni *de facto* non solo come una assicurazione medica, ma anche come *booster della salute economica degli individui*: i beneficiari infatti, hanno visto ridursi le spese mediche di 500\$ circa dopo 12-21 mesi dall'iscrizione, con una riduzione netta degli episodi di bancarotta, sfratto e pignoramento presso terzi. Lo studio riporta anche una riduzione del 16% nel numero di sforamenti nelle spese fatte a credito, nonché un miglioramento del *credit score* dei beneficiari. L'espressione "*being one medical emergency away from*

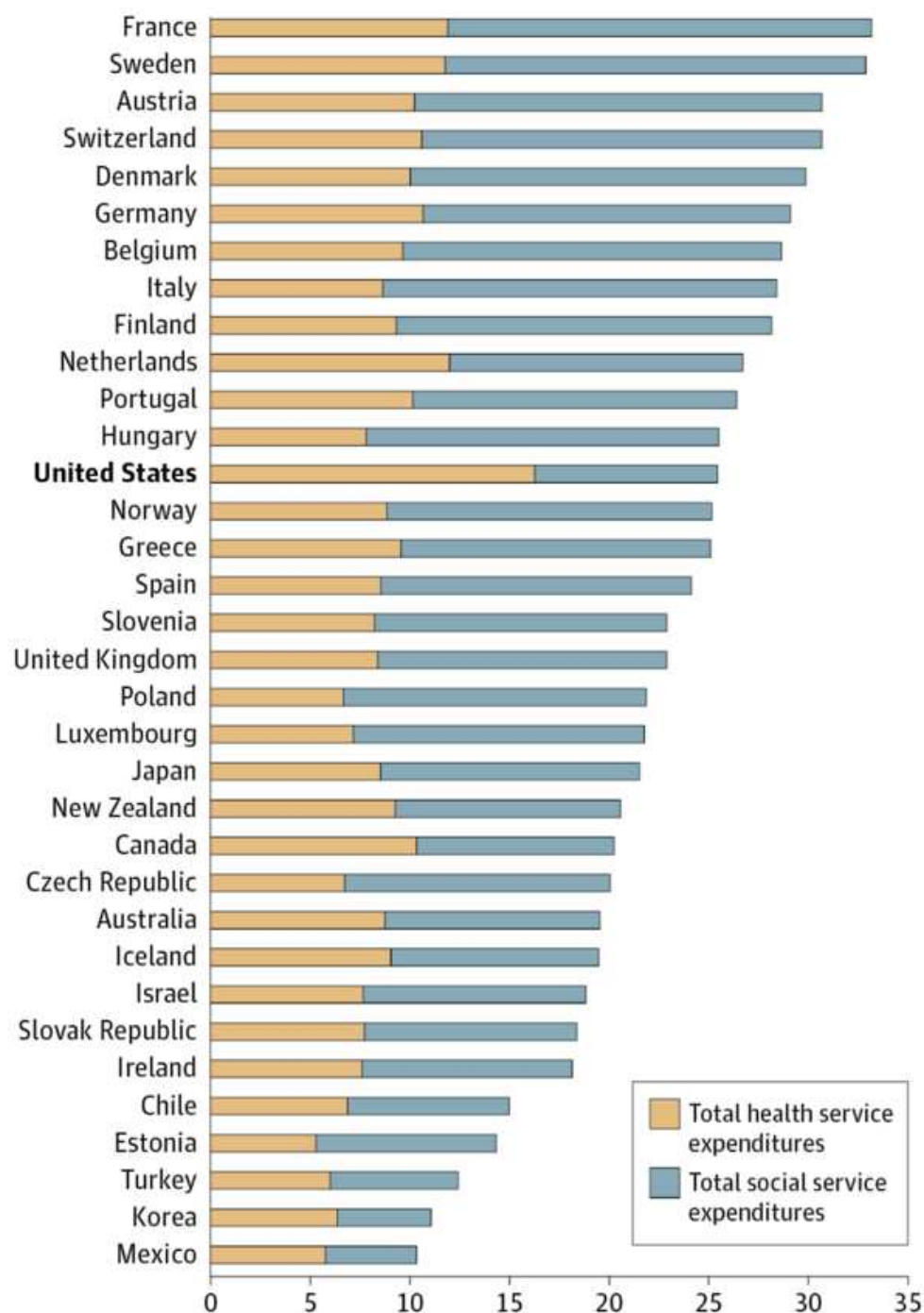
financial ruin” (“essere ad una emergenza medica di distanza dalla rovina finanziaria”) è ben più di un modo di dire negli USA.

Nei paesi OCSE per ogni dollaro speso in sanità, circa 2\$ vengono spesi in servizi sociali, mentre gli USA ne spendono la metà, 0,50\$ circa.^[5] È ormai assodato che la salute di una popolazione non sia determinata solamente dalla spesa sanitaria, ma anche dalla spesa sociale. Gli Stati Uniti spendono un'enorme percentuale del proprio PIL in sanità, con risultati che poco si addicono al paese che detiene il primato dell'economia mondiale. **[Figura 1]**

Alla luce del consenso emerso dall'articolo del *New England Journal of Medicine* attorno all'importanza di considerare altri ambiti di investimento per migliorare le condizioni di salute degli statunitensi, questi dati potrebbero costituire un punto di partenza.

Figura 1. Spesa sanitaria e spesa sociale come % del PIL. Paesi OCSE.

Figura 1. Spesa sanitaria e spesa sociale come % del PIL. Paesi OCSE.



Fonte: Vital Directions for Health and Health Care Priorities From a National Academy of Medicine Initiative

Victor J. Dzau, MD; Mark B. McClellan, MD, PhD; J. Michael McGinnis, MD, MPP et al

JAMA. 2017;317(14):1461-1470. doi:10.1001/jama.2017.1964

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. Maciocco G. [Sono pazzi questi Americani](#). Salute Internazionale, 01.2019
2. Jones KD et al. The Future of Health Care Reform — A View from the States on Where We Go from Here. New England Journal of Medicine, 6 Dicembre 2018
3. Carroll AE. Medicaid as a Safeguard for Financial Health. JAMA, 15 Gennaio 2019
4. Miller et al. The ACA Medicaid Expansion in Michigan and Financial Health. NBER Working Paper No. 25053, Settembre 2018
5. Dzaou et al. Vital Directions for Health and Health Care Priorities From a National Academy of Medicine Initiative. JAMA, 2017