

Gino Sartor

Gli Stati Uniti affrontano il Covid-19 con un sistema sanitario indebolito dagli attacchi di Trump alla riforma di Obama.

**Questi i dati USA di Covid-19 (8 marzo): 538 casi e 22 decessi.** Va notato che i dati che arrivano sono solo quelli dei governatori dei vari Stati, alcuni dei quali hanno dichiarato lo stato di emergenza, come la California dove sono state chiuse molte scuole, compresa la Stanford University (San Francisco) dove nelle prossime due settimane le lezioni si terranno solo in modalità online. E anche se Trump ha promesso un piano da 8 miliardi di dollari, mancano i test per fare la diagnosi e non si sa chi pagherà l'assistenza sanitaria ai non assicurati.

### **Il punto sulla riforma sanitaria di Obama**

**Nel luglio 2018, un articolo pubblicato da Salute Internazionale[1] riportava un aumento del numero di cittadini statunitensi con una [copertura assicurativa grazie alla riforma Obama del 2014](#) (ufficialmente detta *Affordable Care Act* - ACA). Infatti, nei primi anni di realizzazione della riforma (2014-2016), molti studi hanno mostrato una generale riduzione delle disparità di accesso alle cure negli Stati Uniti[2-4].**

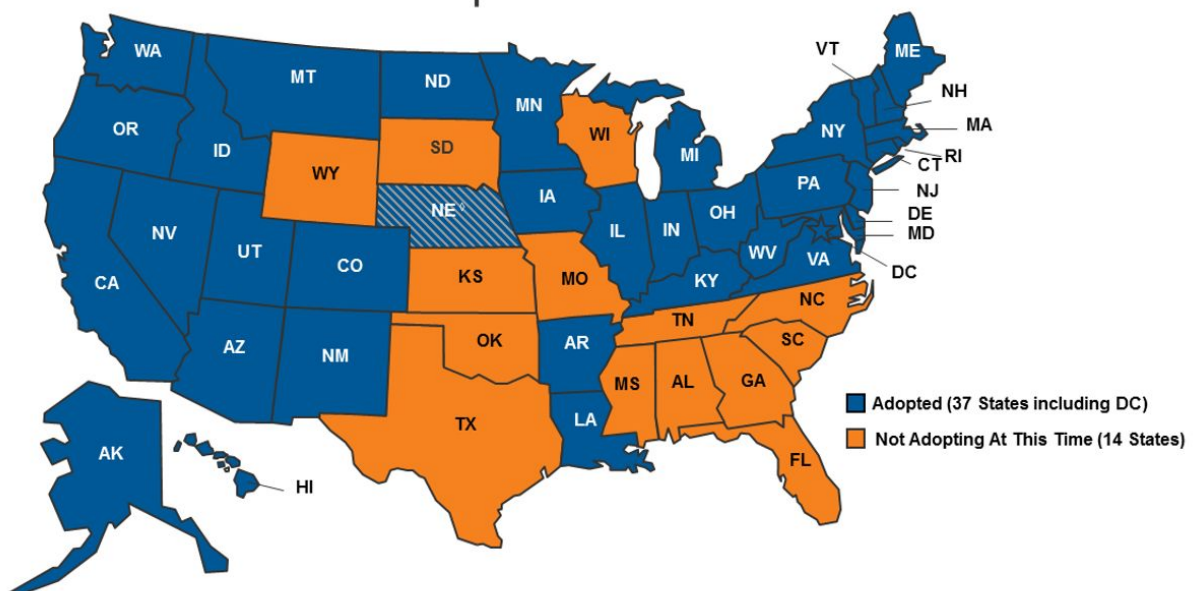
### **La riforma ha agito su due principali fronti:**

- 1. il primo è l'aumento dei fondi federali destinati a *Medicaid***, il programma assicurativo pubblico inizialmente a favore di alcune categorie di poveri, ma esteso con la riforma di Obama alle fasce di popolazione a basso reddito, al di sotto di un reddito di 36 mila dollari l'anno per una famiglia di 4 persone. Da notare che in seguito a una decisione della Corte Suprema, tale espansione di *Medicaid* è stata in realtà adottata a discrezione dei singoli Stati federati (**Figura 1**).
- 2. Il secondo pilastro della riforma sono i *Marketplace***, organizzazioni statali dove le famiglie (di 4 persone) con reddito inferiore agli 104 mila dollari l'anno possono acquistare, in dei periodi predefiniti dell'anno e con l'aiuto gratuito di figure dette *navigator*, quattro categorie di coperture assicurative (*Bronze, Silver, Gold, e Platinum*). Queste ultime non si differenziano sulla base dei servizi sanitari coperti (che si rifanno alle dieci categorie di servizi sanitari previsti dall'ACA, ad esempio servizi di emergenza, prescrizione di farmaci, esami di laboratorio), ma sulla base della suddivisione delle spese tra assicurato e assicurazione. Ad esempio, gli assicurati con

categoria *Bronze* pagano il 40% delle spese sanitarie, ma il costo mensile dell'assicurazione è minore, viceversa quelli della categoria *Platinum* pagano solo il 10% di compartecipazione ma il costo della polizza è maggiore. È stata istituita una penale per chi, pur avendo la possibilità di accedere al *Marketplace*, decida di non assicurarsi (anche se vi è chi ha preferito pagare la penale piuttosto che assicurarsi).

**Figura 1. Gli Stati che hanno esteso la copertura di Medicaid (blu) e quelli che non l'hanno estesa o l'hanno estesa parzialmente (arancione).**

### Status of State Medicaid Expansion Decisions



NOTES: Current status for each state is based on KFF tracking and analysis of state activity. <sup>1</sup>Expansion is adopted but not yet implemented in NE. (See link below for additional state-specific notes).

SOURCE: "Status of State Action on the Medicaid Expansion Decision," KFF State Health Facts, updated February 19, 2020. <https://www.kff.org/health-reform/state-indicator/state-activity-around-expanding-medicaid-under-the-affordable-care-act/>



### Le modifiche all'Obamacare durante la presidenza Trump

#### Il 2017 ha rappresentato per la riforma Obama un momento di transizione. I

Repubblicani controllavano allora le due camere del Congresso e la Casa Bianca, inaugurando una stagione di riforme con importanti implicazioni sull'*Affordable Care Act*. Nell'ottobre 2017 sono stati cancellati i cosiddetti *cost-sharing subsidies*, ovvero le riduzioni della compartecipazione alla spesa per le famiglie (di 4 persone) con reddito inferiore ai 65 mila dollari. Sono poi stati ridotti i fondi federali per il sostegno ai cittadini nella sottoscrizione delle assicurazioni, tramite i *navigator*, ed è stata accorciata la durata dei periodi dell'anno in cui è possibile approfittare dei vantaggi dei *Marketplace*.

**Ancora, è stata data maggiore apertura a piani assicurativi di breve durata (*short-term plans*) che non includono molte delle protezioni previste dai *Marketplace*:** ad esempio, non coprono per patologie pregresse, e quindi tendono a essere sottoscritti da persone in migliori condizioni di salute, riducendo la condivisione del rischio sui piani assicurativi dei *Marketplace*. Sempre nell'ottica di depotenziare i *Marketplace*, nel 2018 il Congresso ha abolito la penale per chi non possiede alcuna assicurazione sanitaria. L'incertezza sul futuro dei *Marketplace* ha determinato il ritiro di molte compagnie assicurative: in molte contee nel 2018 erano presenti solo due compagnie assicurative[5], in particolare nelle aree rurali, più povere e a maggior prevalenza di malattia.

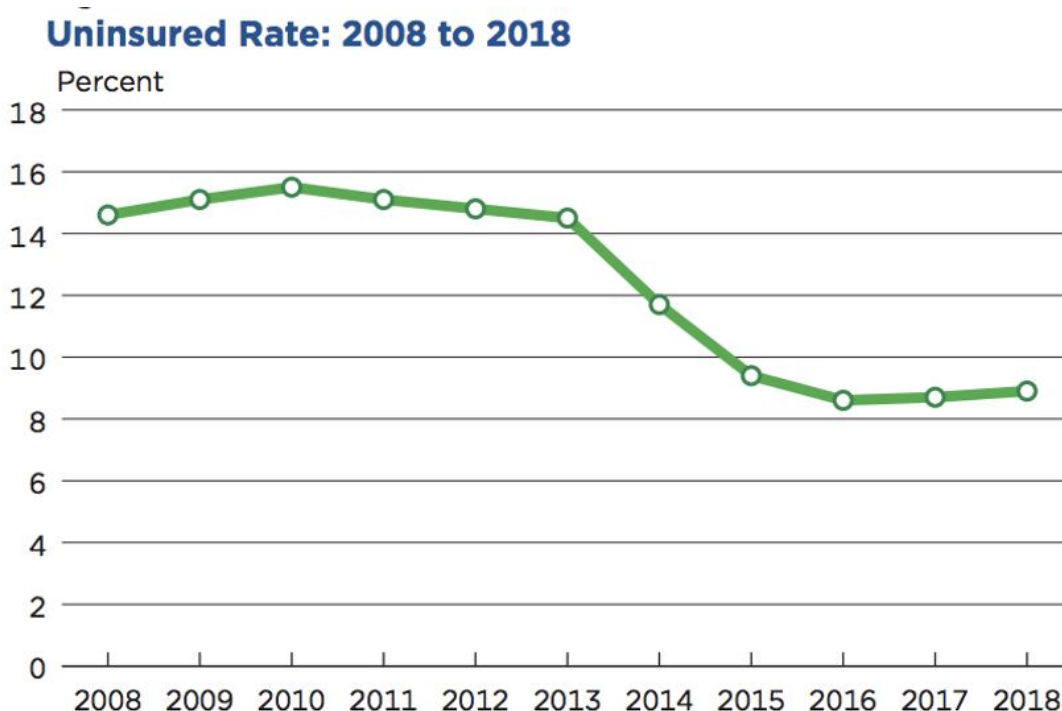
**Infine, va notato che la proposta di totale abolizione dell'ACA**, pur non passata per un solo voto al Congresso, ha fatto pensare a molti americani che *l'Obamacare* fosse stato cancellato - secondo un sondaggio, circa il 15% dei cittadini riteneva che fosse stato abolito[6].

### **I dati sulla copertura assicurativa**

**Nonostante i profondi cambiamenti che l'amministrazione Trump ha imposto all'ACA, il Census Bureau e il National Center for Health Statistics hanno rilevato una sostanziale stabilità o aumenti non significativi della percentuale dei non assicurati nel 2017[7,8].** I sondaggi nazionali riportano invece risultati lievemente contrastanti: il *Current Population Survey* mostra piccoli aumenti della percentuale dei non assicurati (dall'11,8% del 2016 al 12,1% del 2017)[9], mentre il *Commonwealth Fund's Biennial Health Insurance Survey* non ha rilevato cambiamenti significativi[10] (nella **Figura 2** sono riportati i dati più recenti sulla percentuale di popolazione USA non assicurata).

**I Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) hanno stimato un calo del 10% tra il 2016 e il 2017 dei piani *Marketplace*** (soprattutto tra coloro che rientravano tra i beneficiari dei *cost-sharing subsidies*, ora cancellati) che sono passati da più di 6 milioni nel 2017 a meno di 4 milioni nel 2018 (-40%)[11]. Non è ben chiaro se il divario sia stato colmato tramite assicurazioni private o se i cittadini abbiano rinunciato ad assicurarsi.

### **Figura 2. Percentuale di non assicurati 2008-2018**



Note: Estimates reflect the population as of July of the calendar year. For information on confidentiality protection, sampling error, nonsampling error, and definitions in the American Community Survey, see <[https://www2.census.gov/programs-surveys/acs/tech\\_docs/accuracy/ACS\\_Accuracy\\_of\\_Data\\_2018.pdf](https://www2.census.gov/programs-surveys/acs/tech_docs/accuracy/ACS_Accuracy_of_Data_2018.pdf)>.

Source: U.S. Census Bureau, 2008 to 2018 American Community Surveys, 1-Year Estimates.

### **I dati del *Behavioural Risk Factor Surveillance Survey* (2011-2017)**

**Il sondaggio *Behavioural Risk Factor Surveillance Survey* (BRFSS) è condotto telefonicamente, a livello nazionale e continuativamente nel tempo, tra gli adulti di età compresa tra 18 e 64 anni residenti negli Stati Uniti.** Ai partecipanti vengono chieste informazioni demografiche e socioeconomiche (ad esempio, sesso, età, gruppo etnico, dimensioni e reddito del nucleo familiare, livello di istruzione) e tre indicatori relativi all'accesso ai servizi sanitari: a) titolarità di copertura assicurativa sanitaria, b) presenza di un medico o di un professionista sanitario di fiducia cui rivolgersi in caso di bisogno e c) rinuncia alle cure almeno una volta nei precedenti 12 mesi per questioni economiche.

Per ciascuno di questi tre indicatori Griffith e colleghi[12] hanno analizzato la variazione trimestrale tra il 2013 e il 2017, stratificando il campione sulla base del reddito familiare in tre fasce: coloro che non raggiungevano un reddito pari al 138% della soglia e che rientrano quindi nel programma di espansione di *Medicaid* (negli Stati in cui è previsto),

quelli tra il 138% e il 400% della soglia che possono avere accesso ai sussidi previsti dal *Marketplace*, e infine coloro che superano il 400% della soglia e che quindi non beneficiano direttamente delle misure dell'ACA (NB: L'attuale soglia di povertà per una famiglia di 4 persone è il reddito annuo di 26.200 dollari) .

**L'analisi fa emergere come tra il 2013 e il 2016 i dati relativi al primo indicatore, ovvero la copertura assicurativa, siano positivi: i non assicurati sono calati del 7,1%.** Tra i più poveri il calo dei non assicurati supera il 10%, probabilmente grazie all'ampliamento del programma *Medicaid* mentre tra i redditi compresi tra il 138% e il 400% della soglia federale di povertà la riduzione è stata del 4,3%, grazie ai benefici dei *Marketplace*. Tra i redditi più alti, sopra al 400% della soglia, il calo dei non assicurati è stato inferiore al punto percentuale, sia perché già riportavano maggiori livelli di copertura, sia perché, come detto, non sono direttamente toccati dalla riforma. Andando a stratificare sulla base dell'adozione dei programmi di espansione del *Medicaid*, emerge che il calo dei non assicurati tra i meno abbienti sia stato maggiore negli Stati che hanno espanso *Medicaid* (-13,8% di non assicurati), mentre i dati, seppur positivi, sono meno evidenti negli stati che non hanno espanso il programma (-6,1% di non assicurati).

**Dati positivi sono emersi, sempre tra il 2013 e il 2016, anche per gli altri due indicatori considerati:** il numero di rispondenti che non ha un medico o professionista sanitario di fiducia è calato del 6,6% sia tra i più poveri che tra i redditi intermedi. Il numero di chi ha rinunciato alle cure a causa del costo si è ridotto di 6,8 punti percentuali nelle fasce di reddito più basse e dell'1,0% tra i redditi intermedi.

**La situazione sembra cambiare tra la fine del 2016 e la fine del 2017: la percentuale di non assicurati risulta cresciuta dell'1,2% a livello nazionale.** Tuttavia, mentre negli Stati in cui *Medicaid* è stato espanso vi è stato un aumento contenuto e non significativo dei non assicurati (+0,6%) e le fasce di reddito più basse sono state meno colpite (+0,4%), negli stati in cui *Medicaid* non è stato espanso la percentuale di non assicurati è cresciuta del 2,1% e tale percentuale è stata addirittura del 3,4% tra i più poveri.

I dati del sondaggio *BRFSS* non devono essere associati univocamente a specifiche politiche sanitarie. Si tratta infatti di dati da interviste telefoniche con un tasso di risposta attorno al 50% e con misurazioni imprecise del livello di reddito. **In ogni caso, emerge abbastanza chiaramente come tra le fasce di reddito più povere degli stati in cui il programma *Medicaid* non è stato espanso gli indicatori di accessibilità al sistema sanitario siano peggiorati nel 2017 rispetto al 2016, invertendo la tendenza registrata tra il 2013 e il 2016, nonostante la crescita economica registrata nel Paese.** Sarà

importante continuare a monitorare il fenomeno quando saranno disponibili i dati relativi al biennio 2018-2019, tenendo anche conto di alcuni elementi positivi come l'espansione del programma *Medicaid* in altri Stati federati come Virginia e Maine e prossimamente, sulla base di referendum in cui gli elettori hanno espresso parere favorevole all'espansione, anche in Idaho, Nebraska e Utah[13].

Gino Sartor, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, Università di Firenze.

## Bibliografia

1. Fabrizio Toscano, Davide Golinelli, Andrea Bucci. [Accesso alle cure negli USA. Gli effetti dell'Obamacare](#). Salute Internazionale, 11.07.2018
2. Cawley J, Soni A, Simon K. Third year of survey data shows continuing benefits of Medicaid expansions for low-income childless adults in the U.S. *J Gen Intern Med*. 2018;33(9): 1495-7.
3. Blewett LA, Planalp C, Alarcon G. Affordable Care Act impact in Kentucky: increasing access, reducing disparities. *Am J Public Health*. 2018;108(7):924-9.
4. Griffith K, Evans L, Bor J. The Affordable Care Act reduced socioeconomic disparities in health care access. *Health Aff (Millwood)*. 2017; 36(8):1503-10.
5. Griffith K, Jones DK, Sommers BD. Diminishing insurance choices in the Affordable Care Act Marketplaces: a county-based analysis. *Health Aff (Millwood)*. 2018;37(10): 1678-84
6. Mangan D. [Nearly 1 in 4 Americans believe—wrongly—that Obamacare is partially repealed](#). CNBC [serial on the Internet], 25.10.2017
7. United States Census Bureau. [2018 Uninsured Rate in the United States](#). Census Bureau, 26.09.2017
8. Cohen RA, Zammitti EP, Martinez ME. [Health insurance coverage: early release of estimates from the National Health Interview Survey, 2017 \[Internet\]](#). Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics; 2018 May
9. Census Bureau. [HI-01. Health insurance coverage status and type of coverage by selected characteristics](#). Health Insurance Coverage in 2018. Washington (DC): Census Bureau, 2018.
10. Collins SR, Bhupal HK, Doty MM. [Health insurance coverage eight years after the ACA: fewer uninsured Americans and shorter coverage gaps, but more underinsured](#). New York (NY): Commonwealth Fund; 07.02.2019
11. Keith K. [CMS issues new reports on Marketplace enrollment](#). Health Affairs Blog, 13.08.2019
12. Griffith KN, Jones DK, Bor JH, Sommers BD. Changes in Health Insurance Coverage

Access To Care, and Income-Based Disparities Among US Adults, 2011-2017. Health Aff. 2020; 39(2):319-326

13. Henry J. Kaiser Family Foundation. [Current status of state Medicaid expansion decisions: interactive map](#). San Francisco (CA): KFF; 15.11.2019