

RIFORMA AMERICANA/ Gli Stati Uniti spendono più di tutti, oltre il doppio dell'Italia

# Troppa spesa e poca equità

In 46 milioni senza terapie - Costi fuori controllo per imprese e famiglie

Sembra ormai diventato di comune conoscenza il fatto che negli Usa circa 46 milioni di cittadini non anziani (il 16% circa della popolazione), siano privi di assicurazione sanitaria, quindi «impossibilitati ad accedere ai servizi sanitari» in modo equo e con risultati clinici accettabili e definitivi.

Ciò che forse meno si conosce è che negli ultimi dieci anni, a un continuo aumento dei costi delle assicurazioni (superiore a qualsiasi altro effetto inflazionistico su qualsiasi bene o servizio consumato nello stesso periodo negli Usa), ha corrisposto un continuo aumento dei «sottoassicurati» costretti ad accettare livelli di copertura più bassi rispetto al periodo precedente, e altresì un continuo aumento dei «sottoassicurati durante l'anno» (in grande parte le persone che perdono il lavoro durante l'anno e che contemporaneamente perdono la copertura assicurativa).

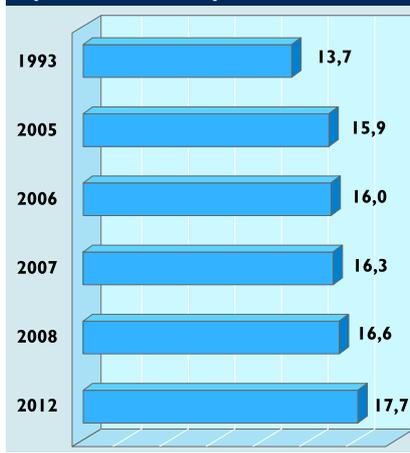
Nel 2007 vi erano 25,2 milioni di «sottoassicurati» contro i 15,6 del 2003 e 49,5 milioni di «sottoassicurati nell'anno» contro i 45,5 del 2003: in particolare i «maschi sottoassicurati» passano da 6 a 13 milioni negli anni 2003-2007. Dunque negli Usa le persone prive di coperture assicurative o con scarsa copertura, ammontano a circa 72 milioni.

Il tasso di aumento anno su anno dei costi sanitari non comporta solamente il rischio di «bancarotta di centinaia di migliaia di famiglie» (che chiedono lo stato di bancarotta nel tentativo di sfuggire alla pressione dei creditori), ma è diventato sia per le piccole imprese che per le medie e grandi aziende un fattore determinante di insuccesso nei mercati locali e mondiali (a partire dai costi sanitari delle note case automobilistiche americane). A rischio è un'intera classe media di imprenditori che paga una sorta di «tassa occulta» sulla Sanità, con maggiori costi rispetto ai concorrenti internazionali che variano dal 6 al 12 per cento.

Per questi motivi il Presidente Obama insiste su un concetto emerso fin dalla prima ora: «La riforma del sistema sanitario non è una parte del problema della tenuta economica nel futuro, è una fondamentale parte della sua soluzione». Ed è su questa base che, ancora una volta insistendo, il Presidente Obama la vuole «quest'anno».

**Macro-dati epidemiologici e macro-dati economici.** Secondo l'Ocse Health Data (2008) «L'aspettativa di vita negli Usa» è di 77 anni. In 22 Paesi del mondo (compresi Italia, Giappone, Islanda, Canada, Austria e altri) si ha un'aspettativa di vita più lunga, fino a 83 anni. «L'aspettativa di vita delle donne di 65 anni» è più bassa di quella degli uomini ed è più bassa di quella di 16 Paesi valutati dall'Ocse. «Gli anni potenzialmente persi per cause esterne» è significativamente maggiore ne-

Spesa sanitaria in percentuale sul Pil



Cure non per tutti

|                     | 2003       |                  |                            | 2007       |                  |                            |
|---------------------|------------|------------------|----------------------------|------------|------------------|----------------------------|
|                     | Assicurati | Sotto assicurati | Sotto assicurati nell'anno | Assicurati | Sotto assicurati | Sotto assicurati nell'anno |
| <b>Adulti (mln)</b> | 110,9      | 15,6             | 45,5                       | 102,3      | 25,2             | 49,5                       |
| <b>Adulti (%)</b>   | 65%        | 9%               | 26%                        | 58%        | 14%              | 28%                        |
| <b>Età (anni)</b>   |            |                  |                            |            |                  |                            |
| 19-29 (%)           | 51         | 9                | 40                         | 41         | 13               | 46                         |
| 30-49 (%)           | 66         | 8                | 26                         | 61         | 12               | 27                         |
| 50-64 (%)           | 74         | 11               | 15                         | 65         | 18               | 17                         |
| <b>Sesso</b>        |            |                  |                            |            |                  |                            |
| Maschi (%)          | 67         | 6                | 27                         | 61         | 13               | 27                         |
| Femmine (%)         | 62         | 12               | 26                         | 55         | 16               | 29                         |

gli Usa rispetto alla media Ue e alla media Ocse: indicatore interessante perché oltre a motivi sanitari o di stili di vita si aggiunge una componente esogena come gli incidenti per trasporti su terra, o gli assalti armati (e altro).

Certamente negli Usa l'aspettativa di vita è salita negli ultimi dieci anni (dai 70,2 anni ai 77,7 anni odierni) ma è cresciuta in maniera fortemente disomogenea per gruppi socio-economici (reddito), diversamente da quanto successo in Italia e analogamente per verità a quanto successo per la Gran Bretagna e la Nuova Zelanda. Anche il tasso di mortalità infantile (bambini che muoiono a un'età inferiore di un anno/ per mille bambini nati vivi) è maggiore negli Usa rispetto alla stragrandissima maggioranza dei Paesi Ocse (6,8/000).

L'Italia è sotto la media dei Paesi Ocse (con 3,9/000) assieme a Spagna, Grecia, Francia, Portogallo e altri.

Nel 2000 la spesa per farmaci rappresentava l'8,9% del totale delle spese sanitarie; nel 2005 era il 10,1% e attualmente si avvicina rapidamente al 10,5-11% in quasi tutti gli Stati americani. Nessuna spesa in Sanità è cresciuta come la spesa farmaceutica dal 2000 a oggi. I costi dei 96 principali farmaci

utilizzati sono cresciuti leggermente meno per i non assistiti dal Medicare rispetto agli assistiti. I costi dei 57 principali farmaci generici sono costantemente scesi (considerando periodi medi), mentre i costi dei primi 65 farmaci di marca sono costantemente cresciuti. Nelle variazioni anno su anno i costi dei farmaci di marca sono cresciuti sempre di più dei costi dei farmaci generici.

L'argomento farmaci è il più controverso e dibattuto anche in relazione alla straordinaria complessità dei meccanismi di produzione e distribuzione nei 50 Stati e nei diversi programmi, nonché ovviamente alla forza di pressione che sempre l'industria farmaceutica è stata in grado di imporre.

È di dominio comune che il Governo federale non abbia esercitato storicamente un ruolo attivo ed efficace nel controllo dei costi dei farmaci: non sono stati introdotti prontuari farmaceutici nazionali o sub nazionali, non sono stati praticati progetti di gestione farmacologica su malattie particolari e di fatto il ruolo di «controllore» dei prezzi è stato svolto dalle stesse assicurazioni private o dalle aziende sanitarie (da sole o nelle reti di aziende anche grandi e grandissime con migliaia di posti letto). Molti studiosi ritengono che la stessa non copertura nazionale per il costo dei farmaci (copertura so-

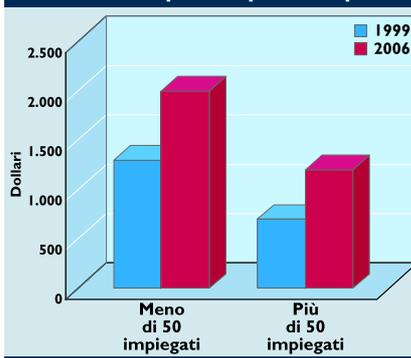
Dove si spendono i soldi

|                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| Assistenza ospedaliera          | 31% |
| Servizi professionali           | 31% |
| Farmaci su prescrizione         | 10% |
| Prodotti medicali               | 3%  |
| Assistenza infermieristica      | 10% |
| Assistenza domiciliare          | 3%  |
| Assistenza pubblica governativa | 3%  |
| Ricerca                         | 2%  |
| Strutture, attrezzature ecc.    | 4%  |
| Altro                           | 7%  |

Da dove arrivano i soldi

|                       |       |
|-----------------------|-------|
| Assicurazioni private | 34,6% |
| Altri privati         | 7,2%  |
| Medicare              | 19,2% |
| Medicaid              | 14,7% |
| Altra spesa statale   | 6,2%  |
| Altra spesa federale  | 6,1%  |
| Spesa out-of-pocket   | 12,0% |

Il costo delle polizze per le imprese



lo per alcuni programmi o categorie), abbia rappresentato essa stessa un motore eccezionale per l'aumento.

Ovviamente non possono essere solo pochi indicatori a spiegare l'efficacia di un intero sistema sanitario nel contribuire al benessere psico-fisico e sociale della popolazione; ma ogni analisi, pur considerata nel suo insieme eterogeneo di indicatori, ha portato a considerazioni analoghe sul sistema sanitario americano: 1) risultati clinici sull'intera popolazione molto spesso estremamente deludenti; 2) predominanza della massimizzazione (quantitativa) delle prestazioni; 3) difficilissima integrazione tra prestazioni ospedaliere e non ospedaliere; 4) disegualanze di accesso e iniquità della continuità delle cure per milioni di persone dettate dalla particolare applicazione del modello assicurativo.

Di converso i costi del sistema sanitario sono stati da sempre enormi. Considerando il totale della spesa sanitaria per cittadino (Sanità pubblica + Sanità privata), già nel 2005 gli Stati Uniti spendevano molto più del doppio che l'Italia: 6.200 dollari gli americani contro i 2.500 dollari italiani. Canada, Francia, Au-

stria, Svezia spendevano più degli italiani (tra i 2.800 e i 4.200 dollari), ma sempre enormemente di meno che negli Stati Uniti.

L'ultimo report del Council of economic advisers del 25 luglio scorso espone l'effetto di tali costi sanitari sulle piccole imprese. Le imprese sotto i 50 dipendenti rappresentano il 96% delle aziende americane e il 28% degli occupati; il tasso di offerta di copertura assicurativa cresce man mano che cresce il numero dei dipendenti: le imprese fino a 9 dipendenti assicurano meno della metà dei loro dipendenti, le imprese fino a 49 dipendenti circa il 90 per cento.

I costi assicurativi per dipendente delle piccole imprese sono sempre stati maggiori degli stessi costi delle grandi imprese e anche il tasso di crescita negli anni lo è stato: nel 1999 il costo assicurativo annuo per dipendente di un'azienda sotto i 50 dipendenti era di circa 1.300 dollari, lo stesso costo per un'azienda con più di 50 dipendenti era di circa 900 dollari. Nel 2006 la piccola azienda pagava mediamente 2.100 dollari per dipendente, la grande circa 1.300 dollari.

È evidente che tale discrepanza di costi determina uno svantaggio competitivo con le grandi aziende e con le piccole aziende del resto del mondo: come anticipato, stime per difetto valutano tra il 6 e il 12% il gap competitivo sui costi a livello mondiale.

Il rischio paventato è quello di un circolo vizioso tra maggiori costi, minori utili da dedicare a investimenti e ricerca scientifica, peggioramento del know how competitivo, rendita temporanea, perdita di quote di mercato nel medio periodo, rischio di fallimento nel lungo periodo.

Per le famiglie le proiezioni indicano un aumento costante del reddito lordo, ma altresì indicano un sostanziale blocco del reddito netto nei prossimi trent'anni: la differenza di aumento del reddito andrà tutta a coprire gli aumenti dei costi sanitari (nel migliore dei casi). L'incidenza dei costi sanitari nel reddito familiare è nella sua eterogeneità devastante: le famiglie «ad alto reddito» hanno costi sanitari che incidono per l'8%, le famiglie a «medio reddito» hanno costi sanitari che incidono per il 22 per cento. Le famiglie con «basso reddito» possono arrivare a superare il 40% di incidenza dei costi sanitari.

A livello di Paese nel 2009 il tasso di aumento della spesa sanitaria è previsto in aumento del 6,2%, pari al 17,6% del Pil; a questo tasso e senza nessuna riforma, fra nove anni, nel 2018, la spesa sanitaria raggiungerà il 20,3% del Pil, il 28% nel 2034, il 34% del Pil nel 2040: un futuro semplicemente insostenibile per le famiglie, per le imprese e per il governo americano.

**L'attesa di vita non cresce per tutti**

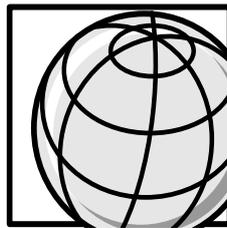
**Piccole aziende sotto pressione**



LA RIFORMA AMERICANA/ Nel mirino i costi delle polizze e i prezzi dei farmaci

# Così Obama curerà gli Usa

In dieci anni gli States potranno risparmiare 300 miliardi di dollari



La riforma americana si basa tutto sommato su un'assunzione "semplice" e che consiste nella volontà di limitare il futuro tasso di aumento dei costi sanitari, anno su anno e secondo tre scenari, dello 0,5%, dell'1% o dell'1,5 per cento. Non si tratta dunque di tagliare i costi oggi, ma di limitare il tasso di aumento dei costi nel futuro («genuinely slows the growth rate of costs»). La riduzione dell'1,5% del tasso di aumento annuo dei costi porterebbe a una riduzione del deficit federale di 350 miliardi di dollari, pari a circa il 3% di incidenza sul Pil, nel 2030. Nel 2040 la riduzione del deficit federale potrebbe arrivare al 6% di incidenza sul Pil.

La stima sui costi per la copertura dei 46 milioni di cittadini non assicurati varia nell'intervallo 69-79 miliardi di dollari per anno (nelle diverse versioni di calcolo); secondo quanto riferito da Peter Orszag (Direttore dell'Ufficio Management and Budget del governo), i trasferimenti agli ospedali per gli interventi nei confronti dei "non assicurati" sono stati di circa 950 miliardi di dollari in dieci anni; dunque l'aumento della copertura assicurativa a tutti i cittadini (combinata con l'aumento dell'appropriatezza e qualità delle cure), può ragionevolmente non peggiorare i conti; anzi, i conti dicono che la copertura a tutti i cittadini contribuirà a migliorare il deficit federale nel lungo periodo. Perché questo apparente paradosso diventi realtà sarà necessario intervenire su più fronti del funzionamento del Medicaid e Medicare, nonché ovviamente sul fronte delle assicurazioni e sulla riduzione sia della quantità che dei prezzi dei farmaci.

**I pilastri della riforma.** Ecco i principali pilastri della riforma:

1) Rivisitazione del sistema delle assicurazioni basato su nuovi valori, procedure e organismi.

I valori sul nuovo approccio alle assicurazioni fanno parte di una sorta di "manifesto" redatto dal Presidente Obama che giova ricordare: 1) nessuna discriminazione per le condizioni preesistenti; 2) nessun eccesso di spesa per le partecipazioni o la spesa "out of pocket"; 3) obbligo per le assicurazioni di piani di prevenzione annuali a tutti gli assicurati su diversi livelli; 4) divieto di perdita di copertura in caso di gravi malattie; 5) nessuna discriminazione di genere o stato; 6) nessun limite temporale alla copertura ricevuta e garanzia di rinnovo di copertura sanitaria in caso di pagamenti corretti; 7) copertura dei giovani all'interno della copertura familiare fino ai 26 anni.

Il principale strumento utilizzabile potrebbe essere rappresentato dall'istituzione di un organismo federale che funzioni e garantisca una sorta di marketplace delle assicurazioni: laddove il cittadino non trovasse assicurazioni che garantiscano i principi evidenziati (e ovviamente a costi ritenuti dal governo e dai cittadini compatibili) interverrebbe la garan-

## I pilastri della ricetta del presidente Barack



1) **Rivisitazione del sistema** delle assicurazioni basato su nuovi valori, procedure e organismi anche con l'istituzione di un organismo federale che funzioni e garantisca una sorta di marketplace delle assicurazioni

2) **Miglioramento della qualità**, dell'appropriatezza e dell'efficienza delle prestazioni erogate dal Medicaid e dal Medicare (codificazione e digitalizzazione delle attività, introduzione di pratiche e progetti di miglioramento continuo dei sistemi qualità e di risk management, ricerca, infrastrutture, bioimmagine e bioengineering)

3) **Riduzione dell'utilizzo e del prezzo dei farmaci** in prima battuta è già stato proposto l'aumento dello sconto dal 15,1 al 22,1% sulla media dei prezzi dei prodotti a marchio

4) **Interventi a favore delle piccole imprese** per ridurre i costi delle assicurazioni sanitarie: riduzione dei premi assicurativi attraverso interventi del governo; istituzione di "tax credits" per gli imprenditori che assicurano i propri lavoratori; definizione di un sistema di "esenzioni" dalla responsabilità di assicurazione; l'istituzione di un sistema di "sussidi"

## La Casa Bianca alla prova del Congresso

Un discorso al Congresso per rilanciare e salvare dal rischio di naufragio la riforma della Sanità. Barack Obama ha deciso così di mettersi personalmente, ed interamente, in gioco presentandosi mercoledì alle camere riunite di Congresso e Senato per cercare di ottenere una difficile quadratura del cerchio: ottenere il sostegno dei democratici moderati senza però accettare compromessi che metterebbero a rischio i voti dell'ala liberal del partito.

Obama non presenterà un suo personale testo di riforma ma, assicurando fonti della Casa Bianca, mostrerà una «maggiore leadership» di quella finora esercitata, presentando una sorta di road map da seguire per unire ed armonizzare le varie proposte «a far arrivare il Congresso ad una soluzione unitaria». Insomma, dopo la pausa estiva la Casa Bianca intende lanciare una vera controffensiva dopo un'estate calda e molto più difficile di quella che era stata prevista sul fronte della riforma sanitaria. E dopo essere stata colta, un po' ingenuamente, di sorpresa dalla fortissima opposizione da parte delle base repubblicana ai town meeting, le riunioni pubbliche volute proprio da Obama per spiegare agli ame-

ricani il contenuto della riforma con cui intende, per la prima volta, rendere obbligatoria per tutti l'assistenza sanitaria, che sia privata o pubblica.

«È chiaro che durante l'estate abbiamo perso un po' di slancio - ammette il senatore democratico Charles Schumer - ma ora il presidente vuole mostrare la sua presenza, e sta facendo la cosa giusta per recuperare lo slancio». In ogni caso, Obama alla fine ha deciso, o è stato costretto, a legare la sua immagine, nel bene o nel male, al destino della riforma. E c'è chi ricorda come quasi 16 anni fa anche Bill Clinton, di fronte al profilarsi di quello che poi fu lo spettacolare fallimento della riforma sanitaria ideata da Hillary, si presentò al Congresso per cercare di salvare il salvabile. Nonostante questo precedente negativo, Obama ha preferito il discorso al Congresso alle altre opzioni presentate dal suo staff - conferenza televisiva o discorso alla nazione dalla Casa Bianca - proprio per cercare di sbloccare il dibattito, che si è arenato soprattutto sulla questione dell'ente pubblico sanitario che dovrebbe fare concorrenza alle assicurazioni private, visto come fumo negli occhi anche da molti democratici conservatori.

zia assicurativa pubblica. I cittadini a basso e bassissimo reddito potranno usufruire di finanziamenti del governo federale.

2) **Miglioramento della qualità**, dell'appropriatezza e dell'efficienza delle prestazioni erogate dal Medicaid e dal Medicare. Solo per fare alcuni esempi: è divenuta prioritaria la riduzione del tasso di ospedalizzazione e lo sviluppo della continuità delle cure (quello che in Italia chiamiamo integrazione ospedale-territorio) per una costante riduzione della quantità di prestazioni a favore della qualità. Circa il 18% dei ricoverati attraverso il programma Medicare è rappresentato da pazienti usciti dall'ospedale nei precedenti 30 giorni; molti di questi ricoveri ripetuti sono evitabili e in futuro il sistema dei rimborsi delle prestazioni agirà

drasticamente su tali prassi. Sono previsti una serie di miglioramenti nel sistema dei pagamenti alle assicurazioni private, per prestazioni che il Medicare già eroga a prezzi inferiori mediamente del 14% (possono essere così effettuati risparmi per 177 miliardi in dieci anni).

Il Recovery act prevede decine di fonti finanziarie per progetti di codificazione e digitalizzazione delle attività, introduzione di pratiche e progetti di miglioramento continuo dei sistemi qualità e di risk management, ricerca, infrastrutture, bioimmagine e bioengineering, nonché per il finanziamento di una serie di istituti nazionali su malattie specifiche (salute mentale, abuso di droghe ed alcol, diabete, patologie correlate all'età avanzata, cancro, malattie correlate con l'infanzia) per un totale di circa 59 miliardi di dollari.

3) **Riduzione dell'utilizzo e del prezzo dei farmaci.** In prima battuta è già stato proposto l'aumento

dello sconto dal 15,1% al 22,1% sulla media dei prezzi dei prodotti a marchio. Ma come anticipato il governo federale non è mai stato particolarmente attivo sul controllo dei farmaci ed è in fase avanzata la discussione sulla revisione delle funzioni di più istituzioni del

governo che si occupano di farmaci e sull'istituzione di un nuovo organismo federale che stabilmente e continuamente abbia i poteri per negoziare regole, sconti e controlli sui farmaci. Il Recovery Act ha finora stanziato circa 64 milioni di dollari per il National Institute on Drug Abuse.

4) **Interventi a favore delle piccole imprese.** Il governo federale intende superare lo svantaggio delle piccole imprese rispetto alle grandi derivante dalla "tassa sommersa" dei maggiori costi delle assicu-

razioni sanitarie dei piccoli imprenditori (6-12%); va interrotto il circolo vizioso maggiori costi - minori utili da dedicare a investimenti e ricerca scientifica - peggioramento del livello competitivo. Le linee di azione previste sono: 1) la riduzione dei premi assicurativi attraverso interventi del governo; 2) l'istituzione di "tax credits" per gli imprenditori che assicurano i propri lavoratori; 3) la definizione di un sistema di "esenzioni" dalla responsabilità di assicurazione; 4) l'istituzione di un sistema di "sussidi" (in parte già finanziati) per gli imprenditori non in grado di assicurare i propri lavoratori.

**Conclusioni.** La riforma del Servizio sanitario americano è fortemente voluta dal Presidente Barack Obama, sia per motivi etici che economici. L'attuale trend di aumento dei costi sarebbe insostenibile per chiunque: per i singoli, per le famiglie e per il governo federale. Da un punto di vista umano e tecnico-scientifico vi sono tutte le risorse per operare la più grande conversione qualitativa e di sostenibilità del sistema che sia mai stata portata a termine. Anche il finanziamento si ridurrebbe alla calcolata necessità di finanziare il sistema in maniera massiccia nel breve periodo (3-5 anni) ma anche ad avere consistenti risparmi nel lungo periodo (5-9 anni). Nei tre scenari trattenuti per i prossimi dieci anni (riduzione del trend di aumento dei costi anno su anno dello 0,5-1-1,5%), il risparmio arriverebbe a superare i 300 miliardi di dollari, anche tenendo in considerazione dell'evoluzione della «Baby Boom generation che va verso il Medicare». Sembra un paradosso ma la «civile copertura per tutti e il miglioramento della qualità» potrebbero costare di meno nel futuro con il semplice e sostenibile contenimento del trend storico di aumento dei costi, con interventi fiscali specifici e non a tempo indeterminato sugli alti redditi e sul regime delle donazioni.

Ed è altrettanto ovvio che per questi stessi motivi si sia scatenata la più grande battaglia mediatica (ma anche reale, sul campo, attraverso centinaia di manifestazioni pubbliche in molte città americane) delle grandi e potentissime lobbies. Una battaglia senza esclusione di colpi e di armi che scientificamente (e indefessamente) fa leva demagogicamente sui (falsati) valori del passato (almeno così come sono stati

applicati negli Usa): la libertà di mercato, la libertà di scelta del cittadino, la libertà di scelta delle cure, identificando e chiedendo di mantenere un bel mondo che nella Sanità americana non esiste. Questa si sarà la "madre di tutte le battaglie".

pagine a cura di  
**Gino Gumirato**

Membro della Commissione di supporto all'ufficio management e budget del ministero della Sanità Usa

**Medicare e Medicaid in cerca di efficienza**

**Verifiche e sconti per i medicinali**