

# IL SISTEMA SANITARIO STATUNITENSE

## LUCI E OMBRE ALLA VIGILIA DELLE ELEZIONI PRESIDENZIALI



- Il sistema sanitario degli Stati Uniti presenta caratteristiche uniche all'interno dell'area OCSE: non esiste un Servizio Sanitario Nazionale universale e il 14% della popolazione non ha copertura assicurativa, sebbene l'accesso alle prestazioni sanitarie per gli oltre 40 milioni di cittadini non assicurati sia comunque agevolato da istituzioni benefiche e programmi di assistenza sociosanitaria.
- Negli Stati Uniti la spesa sanitaria complessiva è significativamente superiore rispetto alla media OCSE (il 14% del PIL rispetto all'8%).
- Lo stato di salute della popolazione è, nel complesso, buono. Il sistema si adatta velocemente ai cambiamenti in termini di preferenze dei consumatori e la maggioranza della popolazione si dichiara molto soddisfatta del tipo di assistenza ricevuta.
- I costi della Sanità sono però molto elevati e la maggior parte della popolazione rischia di essere sprovvista di copertura assicurativa in una o più fasi della propria vita. Inoltre, a livelli di spesa nettamente superiori rispetto a quelli di altri paesi dell'area OCSE, corrispondono incrementi solo marginali dello stato di salute della popolazione, a fare intendere che non esiste una correlazione diretta tra entità degli investimenti e outcome clinici.
- Questioni quali la non universalità della copertura assicurativa o i costi sempre crescenti dell'assistenza sanitaria continuano a rappresentare delle sfide fondamentali per i decision-maker americani e la riforma del sistema sanitario è al primo posto nell'agenda politica del Presidente uscente Bush e, più ancora, del candidato Kerry.

### Pubblico e privato nel sistema sanitario statunitense

Sia il settore pubblico sia quello privato svolgono un ruolo importante all'interno del sistema sanitario statunitense (vedi riquadro a pag 19). Il settore privato svolge una funzione fondamentale per quanto riguarda la fornitura di copertura assicurativa alla maggioranza della popolazione, mentre quello pubblico svolge un

ruolo essenziale per il finanziamento e l'acquisto di prestazioni; ciò è particolarmente vero per il programma assicurativo pubblico Medicare, i cui beneficiari – anziani e disabili – sono soggetti particolarmente bisognosi di assistenza sanitaria.

La maggior parte dei servizi erogati è gestita privatamente.

La regolamentazione del settore è invece una responsabilità ripartita tra i governi statali e il governo federale, anche se i limiti delle competenze non sempre appaiono chiari.

### Finanziamento e copertura assicurativa

La maggioranza della popolazione in età lavorativa e i suoi familiari sono coperti da piani assicurativi forniti dai datori di lavoro. Medicare assiste in pratica tutta la popolazione anziana e una parte dei cittadini disabili. Medicaid e SCHIP (State Children's Health Insurance Program) sono programmi di assistenza sociale rivolti alle famiglie indigenti e ai nuclei familiari con un'incidenza delle spese sanitarie sul reddito particolarmente elevata.

### Assicurazioni private

I tre quarti circa della popolazione sono coperti da polizze sanitarie private, che costituiscono una quota sempre crescente della spesa sanitaria totale. La maggior parte delle polizze private è acquistata dai datori di lavoro che possono scegliere tra una gamma di pacchetti assicurativi più o meno ricchi di prestazioni garantite. Le aziende non sono obbligate per legge ad offrire una copertura assicurativa ai propri dipendenti, ma esistono incentivi fiscali che favoriscono tale pratica. Una percentuale minore della popolazione è coperta da assicurazioni acquistate direttamente. Questo tipo di polizze è caratterizzato da spese amministrative più alte che le rendono non troppo appetibili e non sempre accessibili per soggetti privi di altra copertura assicurativa o con patologie pregresse/in corso; poiché, infatti, in molti Stati i premi vengono calcolati in base al rischio individuale, la presenza di patologie rappresenta un ostacolo o una vera e pro-

pria barriera alla copertura assicurativa in termini di onerosità della polizza.

### Programmi pubblici

Quasi tutti gli americani ultrasessantacinquenni e parte dei cittadini disabili (quelli ufficialmente riconosciuti come tali, dopo un periodo di attesa di due anni) sono assistiti dal programma Medicare, responsabile di un quinto del totale della spesa sanitaria. Esso è finanziato in parte attraverso oneri fiscali gravanti sui lavoratori e sui loro datori di lavoro, e in parte attraverso i premi pagati dai beneficiari stessi.

Fino a dicembre 2003, il programma base di Medicare non ha coperto le spese per i farmaci

soggetti a prescrizione e dispensati a pazienti non ospedalizzati, come anche molti servizi di prevenzione. In base alla legge approvata a dicembre del 2003, la copertura sarà estesa anche ai farmaci a partire dall'1 gennaio 2006, ma già dal giugno 2004 sono previsti sconti del 10-25% o bonus di 600 \$ per i beneficiari a basso reddito. I programmi Medicaid e SCHIP assistono principalmente famiglie indigenti con figli, anziani a basso reddito e disabili. Il costo totale di questi programmi si è avvicinato a quello di Medicare. Il governo federale e i singoli Stati finanziano congiuntamente Medicaid con un sistema proporzionale in base al quale ciascuno Stato contribuisce con una quota variabile, che dipende dal reddito pro capite dello Stato.

### Copertura assicurativa sanitaria per tipologia di popolazione, 2000

Popolazione	Copertura assicurativa privata o pubblica							Nessuna copertura
	Assicurazione privata			Assicurazione sanitaria pubblica				
	Assicurati	Totale	Aziendale	Totale	Medicaid	Medicare	Militare	
<b>Totale</b>	86,0	72,4	64,1	24,2	10,4	13,4	3,0	14,0
<b>Sesso</b>								
Uomini	85,1	72,8	65,3	22,2	9,4	12,0	3,3	14,9
Donne	86,9	72,0	62,9	26,1	11,3	14,7	2,8	13,1
<b>Razza/Etnia</b>								
Bianchi	87,1	75,0	65,9	23,3	8,6	14,2	2,9	12,9
Non ispanici	90,3	79,4	69,5	23,2	7,0	15,4	3,1	9,7
Neri	81,5	58,9	54,4	31,0	20,3	10,6	3,8	18,5
Asiatici/ Isole del Pacifico	82,0	69,9	62,9	18,3	11,3	7,5	2,6	18,0
Ispanici	68,0	47,9	44,6	24,3	18,6	6,5	1,6	32,0
<b>Età</b>								
0-18	88,4	70,5	66,2	23,3	20,4	0,7	2,9	11,6
18-24	72,7	64,8	53,4	11,9	8,7	0,6	2,9	27,3
25-34	78,8	72,1	68,1	9,0	6,3	1,1	2,2	21,2
35-44	84,5	78,6	74,3	8,7	5,4	1,8	2,6	15,5
45-64	87,4	79,4	72,6	12,5	5,6	5,5	3,3	12,6
65 in poi	99,3	61,5	33,8	96,6	10,0	96,2	4,2	0,7
<b>Reddito</b>								
inf. \$ 25.000	77,3	41,2	27,6	52,4	27,7	28,7	2,6	22,7
\$ 25.000/ \$ 49.999	83,0	70,2	60,9	25,7	9,8	14,7	3,5	17,0
\$ 50.000/ \$ 74.999	89,0	83,3	77,4	13,5	4,3	7,1	3,2	11,0
\$ 75.000 o più	93,1	90,1	84,9	9,3	2,2	5,2	2,7	6,9

Fonte: US Census Bureau, Current Population Survey, marzo 2001.

## Ruolo del pubblico e del privato nel sistema sanitario degli Stati Uniti

**Governo federale.** Nel sistema sanitario degli Stati Uniti il ruolo principale del governo federale è quello di acquirente di polizze sanitarie e di terzo pagante di servizi di assistenza sanitaria. Il governo federale fornisce servizi sanitari a 39 milioni di persone, anziani e disabili, a 9 milioni di dipendenti del governo federale e ai loro familiari, e a 6 milioni di appartenenti alle forze armate. Finanzia, in collaborazione con gli Stati, programmi assicurativi statali per bambini indigenti. Gestisce un programma di prestazioni sanitarie per i veterani di guerra. Inoltre, è punto di riferimento per l'epidemiologia e la farmacovigilanza ed è il principale finanziatore dei programmi di ricerca. Non esiste un ufficio unico di programmazione sanitaria a livello nazionale, funzione delegata a diverse agenzie federali.

**Governi statali.** Gli Stati sono responsabili di tutta la regolamentazione che attiene alla fornitura di prestazioni sanitarie e in materia di compagnie assicurative. I singoli Stati si occupano, inoltre, della gestione e del finanziamento (in collaborazione con il governo federale) dei programmi pubblici che forniscono assicurazioni sanitarie o assistenza diretta a bambini e famiglie indigenti. Acquistano inoltre assicurazioni sanitarie per conto dei dipendenti del governo statale. Il grado di coinvolgimento delle amministrazioni nelle attività regolatorie, di gestione e di acquisto di prestazioni sanitarie varia da Stato a Stato.

**Governi locali (città, contee, municipi).** I governi locali, in collaborazione con gli Stati, svolgono un ruolo importante nel finanziamento dei fornitori delle cosiddette "safety-net" (per esempio, ospedali di contea) che assistono la popolazione più indigente. Gestiscono inoltre i programmi di emergenza e Pronto Soccorso.

**Settore privato.** La maggior parte delle strutture sanitarie è di proprietà e a gestione privata. Ospedali e altre istituzioni possono essere gestiti con o senza fini di lucro. Allo stesso modo, anche i piani assicurativi sanitari sono privati. La maggior parte opera a scopo di lucro, con l'unica importante eccezione rappresentata dai piani Blue Cross e Blue Shield. Alcuni operano come intermediari di Medicare con funzioni amministrative (pagamenti ai fornitori di servizi sanitari e agli specialisti, etc.).

### *Spesa sanitaria out-of-pocket (spesa diretta dei cittadini)*

Dopo un trend negativo fino alla metà degli anni Novanta, la quota della spesa sanitaria out-of-pocket si è stabilizzata intorno a un sesto di quella totale. Rientrano in questa tipologia di spesa tutti quei costi associati all'uso di servizi sanitari, come le franchigie, la compartecipazione alla spesa (quota fissa per prestazione o percentuale fissa sul prezzo del servizio) e le spese per servizi non coperti da assicurazione.

### L'offerta di servizi sanitari

Negli anni Novanta si è assistito ad una rapida espansione dei programmi di managed care (vedi riquadro a pag 20), percepiti – in particolare nel settore privato – come un'opportunità per controllare i costi sempre crescenti legati alla fornitura di prestazioni e servizi sanitari. Tuttavia, le caratteristiche stesse dei programmi di managed care (l'imposizione di limiti al paziente nella scelta del fornitore o del tipo di cura e al medico sul tipo di trattamento da adottare, i contratti selettivi con le diverse strutture erogatrici di prestazioni sanitarie) che da un lato hanno consentito enormi risparmi economici, dall'altro hanno però finito per scatenare una forte opposizione sia da parte dei pazienti sia degli operatori sanitari.

Di conseguenza, intorno alla metà degli anni Novanta, una forte pressione politica ha generato un'ondata di leggi statali tese a modificare gli aspetti di maggiore "rigidità": copertura di

### Spesa sanitaria per tipologia di servizio nell'anno 2000

Tipologia di servizio	Percentuale della spesa sanitaria totale
<i>Assistenza sanitaria</i>	87,0
Ospedaliera	31,7
Ambulatoriale	22,0
Farmaci soggetti a prescrizione medica	9,4
Altro	24,9
<i>Altre spese</i>	13,0
Spese amministrative e costo netto delle assicurazioni private	6,2
Attività di sanità pubblica	3,4
Ricerca	2,0
Altro	1,4

## Managed care

Managed care è un termine generico con il quale ci si riferisce a quei programmi sanitari che svolgono un ruolo attivo nel processo di selezione dei servizi sanitari offerti ai propri assistiti, nel senso che ne condizionano tipologia e quantità. Si differenziano dalle assicurazioni sanitarie di tipo tradizionale principalmente perché hanno rapporti contrattuali diretti con i fornitori di assistenza sanitaria. In alcuni piani gli assistiti devono scegliere un medico generico che, in cambio di un pagamento mensile per quota capitaria, si limita a fornire assistenza medica di base, indirizzando direttamente il paziente dallo specialista laddove necessario. In questi casi, il medico – sia singolarmente sia in associazione con altri colleghi – può assumersi parte dell'onere finanziario legato all'erogazione delle prestazioni sanitarie necessarie. Altri piani consentono invece ai beneficiari di utilizzare i servizi di qualsiasi fornitore appartenente alla rete e pagano direttamente i fornitori per ogni prestazione erogata con la previsione di speciali sconti.

I diversi sistemi di controllo della spesa utilizzati dai piani managed care comprendono la richiesta di autorizzazione preventiva per l'erogazione di servizi, in particolare visite specialistiche e ricoveri ospedalieri, come pure contratti selettivi per tipologia di prestazione sanitaria con diversi fornitori. I piani managed care dispongono di una propria rete di strutture erogatrici di servizi e prestazioni, anche se alcuni di essi coprono, ad un costo più elevato, anche servizi forniti da strutture non appartenenti alla rete, con un sistema conosciuto come opzione POS (Point of Service). Il network di strutture sanitarie può essere di dimensioni relativamente ridotte, come nel caso delle HMO (Health Maintenance Organisations) del tipo staff-model, in cui i medici sono stipendiati dal piano stesso. Nel caso di molte PPO (Preferred Provider Organisations) – in cui il piano stipula contratti con fornitori che in genere partecipano a più di un piano – il network di strutture tende ad essere più esteso e ai pazienti spesso non è richiesta alcuna autorizzazione preventiva da parte del proprio medico curante. Nei piani delle PPO i medici sono spesso pagati con il sistema della tariffa a prestazione (fee-for-service), con la previsione di speciali sconti.

particolari servizi precedentemente non fruibili, la definizione di standard di durata minima della degenza ospedaliera, un maggiore riconoscimento della libertà d'azione dei medici in base a principi di scienza e coscienza. La spesa sanitaria è costituita principalmente dalle voci ospedaliera, ambulatoriale e farmaceutica.

### Ospedali

Negli ultimi dieci anni il numero di ospedali è diminuito del 14%. Tipicamente l'ospedale è a dimensione locale, due terzi sono istituti privati non profit, mentre per il resto si tratta di strutture private a fini di lucro o pubbliche. Inoltre, alcuni ospedali sono gestiti direttamente dal governo federale per l'assistenza di personale militare, veterani di guerra, indiani d'America o altre categorie di soggetti. La diminuzione del numero di ospedali è stata accompagnata da una significativa riduzione del numero di posti letto pro capite (da 4,9/1000 nel 1990 a 3,3/1000 nel 2000, uno dei valori più bassi registrati nell'area OCSE).

### Medici

Negli Stati Uniti ci sono circa 3 medici per ogni 1000 residenti, una percentuale in linea con la media dei Paesi OCSE. Per un terzo si tratta di medici di base, il resto sono specialisti. Il sistema di remunerazione dei medici varia notevolmente, a seconda del tipo di pagante e della tipologia di accordo, dal pagamento a prestazione a quello per quota capitaria.

### Farmaci

Sebbene negli Stati Uniti la farmaceutica rappresenti una componente esigua della spesa sanitaria pubblica rispetto ai Paesi OCSE, è però quella che ha subito il maggiore incremento a partire dagli anni Ottanta. Tale incremento va principalmente attribuito alla commercializzazione di farmaci nuovi/innovativi e alla crescita dei consumi, come dimostra l'aumento di prescrizioni pro capite annue passate da 8,3 nel 1995 a 10,5 nel 2000. La maggior parte dei piani sanitari e Medicaid (anche Medicare a partire dall'1 gennaio 2006) fornisce copertura per i farmaci. Nel 2000 il 68% della spesa per i farmaci soggetti a prescrizione è stata sostenuta dalle assicurazioni rispetto al 41% nel 1990.

Carlo Fudei

## La Sanità nei programmi elettorali di Bush e Kerry

### Il programma dello sfidante

Informazioni tratte dal sito [www.democrats.org](http://www.democrats.org)

La sanità nell'amministrazione Bush è malata, malata, malata.

I costi sanitari crescono ad un tasso (9,3% nel 2002, 8,5% nel 2001) quattro volte superiore a quello dell'inflazione. Negli anni della Presidenza Bush, l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL è passata dal 13,3% del 2000 al 14,9% del 2002.

Crescono anche i prezzi delle polizze assicurative e la spesa diretta dei cittadini. Secondo l'Urban Institute, le spese sanitarie sostenute direttamente dalle famiglie (15.000 dollari mediamente nel 2004) incidono per quasi il 20% sul loro reddito.

Cresce la spesa farmaceutica, anche a causa della nuova legislazione sul Medicare che impedisce negoziazioni dirette del prezzo dei farmaci con l'industria, a differenza di quanto avviene virtualmente con ogni altro provider sanitario, e l'importazione di farmaci più economici dal vicino Canada.

Cresce anche il numero di americani sprovvisti di copertura assicurativa. Negli ultimi due anni dell'amministrazione Clinton, 2,3 milioni di americani hanno acquisito una copertura assicurativa; da quando Bush è in carica, 3,8 milioni di americani l'hanno persa.

Nel 2004, oltre 1,6 milioni di famiglie americane hanno dichiarato bancarotta; il 50% per cause legate all'incremento dei costi dell'assistenza sanitaria.

I nostri cittadini anziani pagano di più per avere meno assistenza: per i pensionati con meno di 65 anni, i contributi per l'assistenza sanitaria sono aumentati del 20% tra il 2002 ed il 2003; un aumento del 18%, invece, per gli ultrasessantenni.

### Il programma dei democratici prevede di:

- porre un freno ai continui aumenti dei costi sanitari, attraverso un piano che consenta di realizzare una riduzione del costo delle polizze assicurative sino a 1000 dollari e di fornire una copertura assicurativa sanitaria a 27 milioni di americani che oggi ne sono privi;
- rimettere il paziente al centro del sistema, affidando a lui e al suo medico ogni decisione che riguardi il suo stato di salute e impedendo ai burocrati, che nulla sanno di medicina, di decidere in materia di vita o di morte;
- consentire ai cittadini americani di beneficiare dei risparmi ottenibili attraverso l'acquisto di farmaci soggetti a prescrizione medica ai livelli di prezzo praticati nel Canada;
- garantire a tutti cittadini americani la stessa tipologia e qualità di assistenza sanitaria che ricevono i membri del Congresso;
- ridurre la pressione fiscale sulle piccole e medie imprese per incentivare la copertura assicurativa sanitaria di tutti i dipendenti.

**Alla convention democratica le tre parole più pronunciate sono state sanità (37 volte), guerra (35 volte) e forza (35 volte).**





**Il programma del presidente uscente**  
 Informazioni tratte dal sito [www.gop.com](http://www.gop.com)

- I piani AHPs (Association Health Plan) consentiranno alle piccole aziende di fornire copertura assicurativa ai propri dipendenti. Gli AHPs, agendo per conto delle famiglie dei lavoratori, ne faciliteranno l'accesso alle cure mediche, ottenendo una riduzione dei prezzi delle polizze attraverso una negoziazione collettiva con le compagnie assicuratrici.
- Milioni di cittadini americani riceveranno un aiuto per le loro spese sanitarie dirette grazie agli HSA (Health Savings Accounts). La nuova legislazione sul Medicare ratificata dal presidente Bush consentirà a chi acquista polizze sanitarie con franchigie molto alte di aprire Health Savings Accounts (una sorta di depositi a risparmio). Si tratterà di depositi al portatore, esentasse, che consentiranno alle famiglie di pagare le spese mediche di routine, fornendo al contempo uno strumento di risparmio con agevolazioni fiscali per far fronte ad eventuali spese sanitarie future.
- Un nuovo sistema di detrazioni fiscali delle assicurazioni sanitarie renderà la copertura assicurativa più accessibile per quei milioni di cittadini americani ai quali i datori di lavoro non la forniscono.

- Il sistema dei crediti d'imposta rimborsabili renderà le polizze sanitarie più accessibili per milioni di cittadini americani a basso reddito.
- La riforma relativa alla responsabilità civile del medico migliorerà la qualità dell'assistenza sanitaria e porrà un freno all'aumento della spesa sanitaria.
- A tutti gli anziani sarà garantita, attraverso Medicare, la copertura assicurativa per i farmaci soggetti a prescrizione medica. In base alla legge approvata a dicembre del 2003, la copertura sarà effettiva a partire dall'1 gennaio 2006, ma già dal giugno 2004 sono previsti sconti del 10-25% o bonus di 600 \$ per i beneficiari a basso reddito.
- I fondi federali destinati ai singoli Stati per i gruppi di cittadini a maggior rischio (cittadini con pregresse condizioni patologiche che rendono di fatto inaccessibile la stipula di una polizza assicurativa sanitaria) renderanno accessibile la copertura assicurativa ai cittadini che versano in un grave stato di salute.
- L'aumento dei fondi per le attività di prevenzione da attacchi biologici accresceranno la sicurezza del Paese e miglioreranno la tutela della salute pubblica.
- L'amministrazione ha deciso di raddoppiare il budget del National Institute of Health (NIH) per garantire a tutti i cittadini americani una sanità migliore.

**Sistema sanitario nazionale: per gli Stati Uniti rimane un miraggio**

La terza sfida televisiva, dello scorso 13 ottobre, tra il Presidente americano Bush e il suo sfidante, senatore Kerry, si è concentrata sui temi di politica interna, e tra questi non potevano mancare le questioni relative alla Sanità.

**K**erry non ha evitato di attaccare il rivale su questo terreno: dall'anno del suo insediamento ad oggi la quantità di persone non assicurate è enormemente cresciuta: più 5 milioni, per raggiungere quota oltre 45 milioni. Kerry ha minuziosamente contato Stato per Stato le perdite di copertura assicurativa durante la presidenza Bush: Arizona (lo stato dove si teneva il dibattito): meno 82.000, Ohio: meno 114.000, Wisconsin: meno 82.000. "Siamo il Paese più ricco sulla faccia della terra eppure da noi innumerevoli bambini non hanno l'assistenza sanitaria; siamo il solo Paese industrializzato nel mondo che si trovi in questa condizione. Io ho un piano per garantire la copertura as-

sicurativa a tutti gli americani. Noi renderemo ciò accessibile e sostenibile. Consentiremo a tutti di poter acquisire lo stesso livello di copertura assistenziale che godono i senatori e i membri del congresso".

**B**ush ha fatto spallucce: il piano di Kerry è troppo costoso, è un "empty promise", una promessa vuota.

La mancanza di copertura assistenziale per una fetta consistente di popolazione, oltre il 16% del totale, è forse il fenomeno più eclatante della crisi e delle contraddizioni del sistema sanitario americano.

Un sistema che non è riuscito, nella sua tortuosa storia, ad assicurare a tutti i cittadini un accesso universale ai servizi, neanche quando il Partito Democratico era al governo e ha potuto godere in alcune circostanze (vedi presidenza Johnson negli anni Sessanta) di una forte maggioranza parlamentare. Le ragioni di ciò sono molto complesse, ma si possono riassumere in tre punti principali.