

Mentre scriviamo, negli Stati Uniti è in corso l'ottavo giorno di shutdown, la chiusura di tutte le attività federali non fondamentali al funzionamento del Paese in seguito al mancato accordo sul bilancio 2014 entro il 30 settembre 2013, provocato da una minoranza repubblicana al rifiuto del Presidente Obama di rinviare di un anno l'entrata in vigore della riforma sanitaria nota con il nome di 'Obamacare'.

Questo dossier ripercorre nell'articolo di Simona Paone, frutto di un colloquio con il giornalista Patrizio Cairoli, le tappe più importanti del difficile cammino della riforma del sistema sanitario statunitense, sicuramente uno dei più contraddittori del mondo ma finora coerente rispetto all'impostazione americana di lasciare al mercato anche la gestione della tutela della salute.

Gli articoli usciti sul Wall Street Journal e sul New York Times tra aprile e maggio 2013, commentati da Eliana Ferroni, testimoniano il grande dibattito in corso negli Stati Uniti, mettendo in evidenza punti di vista diversi sugli aspetti positivi e negativi di quella che resta comunque una grande riforma.

La riforma sanitaria americana

La sanità americana fonda le sue radici su due grandi colossi: le assicurazioni private e i programmi assicurativi pubblici. È frutto di un lungo percorso iniziato nei primi anni del Novecento passando attraverso la grande depressione del 1929, la seconda guerra mondiale (con il boom delle assicurazioni sanitarie), la proposta Truman, le prime forme di assistenza pubblica (Medicare e Medicaid), la *managed care* fino ad arrivare alla riforma sanitaria del Presidente Barack Obama.

Presupposti per il cambiamento sono state le politiche liberiste, che nel corso del tempo hanno portato a un aumento dei costi delle assicurazioni sanitarie e, più in generale, a un aumento dei costi della sanità, dovuto principalmente agli elevati prezzi delle prestazioni, agli elevati costi amministrativi, ai fattori epidemiologici della popolazione e alle continue innovazioni tecnologiche.

Il risultato è stato che il 66,7% circa della popolazione è assicurato privatamente, il 30% mediante programmi governativi e il 15% non è assicurato

(il totale non fa 100 per la presenza di più di una polizza a carico dello stesso soggetto).

Ma la riforma di Obama come affronta questo forte dualismo?

Questo articolo, frutto di un lungo confronto con Patrizio Cairoli, un giornalista italiano che ha vissuto in America e ha seguito la riforma sanitaria fino alla sua approvazione, si propone di rispondere a questa domanda evidenziando le principali novità della riforma sanitaria voluta da Barack Obama.

La riforma

Il 23 marzo 2010 il Presidente degli Stati Uniti ha promulgato il 'Patient Protection and Affordable Care Act' (PPACA), la legge comunemente conosciuta come 'Obamacare', dopo un lacerante dibattito in Congresso, che lo aveva approvato senza i voti dei Repubblicani. Un dibattito resosi necessario per l'importanza della legge, che rappresenta la maggiore riforma del sistema sanitario americano dagli anni Sessanta, fortemente voluta da Obama. L'obiettivo, vanamente inseguito dai presidenti democratici per 75 anni, è chiaro: ridurre drasticamente il numero degli americani senza copertura assicurativa.

Una riforma contro cui continuano a battersi i Repubblicani, che la considerano incostituzionale, ma che il 28 giugno 2012 ha ottenuto il lasciapassare della Corte Suprema, almeno per i suoi aspetti importanti. Quello più controverso, che rappresenta il cuore della riforma, è l'*individual mandate*, che obbliga tutti gli individui – tranne gli esentati per motivi economici o religiosi – a stipulare un'assicurazione sanitaria entro l'1 gennaio 2014. Dopo la promulgazione, 26 Stati avevano contestato la riforma: la legge, sostenevano, infrange i diritti e le libertà individuali, perché il governo federale non può obbligare i cittadini ad acquistare un'assicurazione sanitaria. La Corte ha aggirato l'ostacolo considerando la struttura dell'*individual mandate* alla stregua di un tributo federale. Il Congresso, per la Corte, ha quindi agito nell'ambito delle sue prerogative, sancite dalla Costituzione.

I Repubblicani, però, non si arrendono: il mancato accordo sul bilancio 2014 entro il 30 settembre, che ha causato lo shutdown – ovvero la parziale interruzione della spesa pubblica americana – è stato provocato dal rifiuto del Presidente di rinviare di un anno l'entrata in vigore dell'individual mandate, come chiesto dai suoi avversari. Dal primo ottobre si può già stipulare un'assicurazione attraverso gli 'Health Insurance Marketplace' – mercati organizzati a livello statale – che permettono alle persone di scegliere tra diverse polizze, in modo da stimolare la concorrenza e l'efficienza del mercato. La riforma servirà – secondo le intenzioni – a estendere la copertura assicurativa entro il 2019 a circa 32 milioni di americani che ne sono attualmente sprovvisti, tra cui gli esclusi per le cosiddette pre-existing conditions: altro punto fondamentale dell'Obamacare, infatti, è il divieto per le compagnie assicurative di negare la copertura sulla base delle condizioni di salute del richiedente.

La legge costerà al governo – secondo gli ultimi calcoli del Congressional Budget Office, l'agenzia federale che fornisce dati economici al Congresso – più di 1000 miliardi in 10 anni, ma servirà a ridurre il deficit federale di 138 miliardi. Nei mesi scorsi gli Stati hanno dovuto cominciare a organizzarsi per ottemperare all'Affordable Care Act entro le date previste e scegliere se mettere in funzione il mercato assicurativo o lasciarlo in mano al governo federale. Quello che Washington non si aspettava era che 36 Stati rifiutassero di costruire autonomamente il Marketplace, costringendo così le autorità federali ad avviare un complesso meccanismo per dare vita a un mercato online efficiente – una sorta di Expedia per la copertura sanitaria, anche se acquistare una polizza è più difficile che comprare un biglietto aereo – creando un ampio e dettagliato database – incrociando i dati di varie agenzie federali – e informare milioni di persone sul modo per trovare la migliore soluzione.

Ma un altro grosso problema sarà trovare i soldi: la legge prevede, per creare i mercati, ampi finanziamenti agli Stati e non al governo federale, che al momento ha a disposizione un solo miliardo. Inoltre, la Corte Suprema ha bocciato la parte della riforma riguardante l'estensione obbligatoria del programma federale sanitario

Medicaid a tutti gli adulti con un reddito inferiore al 133% della soglia di povertà, lasciando agli Stati la possibilità di non aderire. Secondo l'Affordable Care Act, il governo federale sosterrà l'intero costo dell'estensione per i primi tre anni; dopo, i singoli Stati dovranno prendersi carico del 10% delle spese: una piccola percentuale, ma troppo alta per molti governatori, considerando le risorse limitate. Per questo, 26 Stati hanno deciso di non seguire Obama sul Medicaid. Ma è dall'estensione del programma federale per i più poveri – che dovrebbe garantire la copertura a 17 milioni di persone in più – che dipende in buona parte il successo dell'Affordable Care Act.

Conclusioni

Il sistema sanitario americano è senza dubbio uno dei sistemi più contraddittori del mondo, ma coerente rispetto al federalismo 'competitivo', in base al quale le relazioni tra i livelli di governo devono seguire una logica legata alla concorrenza e a livelli minimi di presenza dello Stato nell'economia, in base all'idea che il libero funzionamento delle forze del mercato conduca all'equilibrio economico. La sanità americana ha seguito questa impostazione lasciando al mercato la gestione della 'tutela alla salute'. Questo presupposto spiega la natura controversa e il forte dibattito della riforma del presidente Obama tra Stati e Governo federale. Visto con gli occhi di un sistema sanitario pubblico quale quello italiano, il sistema sanitario americano suscita forti perplessità giuridiche e sociali, ma negli ultimi anni ci sono state forti spinte verso la 'concorrenza' anche all'interno del nostro servizio sanitario. Le motivazioni si perdono tra considerazioni economiche e considerazioni giuridiche, riforme costituzionali (Titolo V della Costituzione), tra modelli di gestione della sanità e diritto alla salute come diritto costituzionalmente garantito. Siamo portati a pensare che la nostra Carta costituzionale obblighi lo Stato a gestire la sanità italiana e confondiamo facilmente i concetti di Sanità e Salute. Potremmo aprire un dibattito su tutte le strade possibili anche nel nostro Paese, ma possiamo riassumere tutto, scomodando la cinematografia Disney, con la risposta che lo stregatto dà ad

Alice (*Alice nel paese delle meraviglie*) quando lei, persasi nel bosco e con davanti a sé una serie di strade, chiede allo stregatto: "Scusi. Potrebbe indicarmi la strada?" e lo stregatto: "Beh... dipende da dove vuoi andare!"

Simona Paone

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali - Agenas

BIBLIOGRAFIA

Ciccarone G, De Vincenti C, Sulla strada del federalismo. Rischi e opportunità per il sistema del welfare. Roma, Ediesse, 2001.

Maciocco G, Salvadori P, Tedeschi P, Le sfide della sanità americana. La riforma di Obama. Le innovazioni di Kaiser permanente. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2010.

La riforma sanitaria americana: non c'è rosa senza spine

Kessler D

The coming ObamaCare shock

Wall Street Journal, April 30, 2013

<http://online.wsj.com/article/SB10001424127887324874204578441032081716170.html>

Le preoccupazioni sulla riforma sanitaria fortemente voluta da Obama, anche prescindendo dalle conseguenze dello *shutdown*, potrebbero avere un fondamento concreto dato che influenzeranno i prezzi delle polizze assicurative di milioni di americani, in particolare quelle individuali o per piccoli gruppi.

Secondo i dati della società di consulenza americana Oliver Wyman, circa 6 su 19 milioni di americani dotati di una polizza individuale saranno costretti a pagare di più. Per esempio, i soggetti nella fascia di età 21-29 anni, con un reddito che varia dal 300% al 400% della soglia di povertà federale, saranno colpiti da un aumento del 46% dei premi assicurativi, anche considerando le detrazioni fiscali previste dalla nuova legge.

Quantificare il numero di individui che saranno danneggiati dalle modifiche del mercato assicurativo per piccoli gruppi risulta invece più complicato. Secondo un'indagine condotta dal Department of Health and Human Services, gli americani che lavorano in imprese con meno di 50 dipendenti, e quindi potenzialmente oggetto delle modifiche imposte dalla riforma per questa categoria di polizze assicurative, sono circa 30 milioni.

Di essi, circa nove milioni, più sei milioni dei loro familiari, si avvalgono della copertura assicurativa fornita dal proprio datore di lavoro. Gli aumenti dei premi per questo gruppo saranno in media inferiori rispetto a quelli delle polizze individuali, ma in ogni caso significativi. Secondo le analisi condotte dalla Well-Point, una compagnia assicuratrice che opera in 11 Stati, è previsto in media un aumento del 13-23% dei prezzi delle polizze assicurative per piccoli gruppi.

Questo valore intermedio nasconde al suo interno grandi differenze. Mentre per alcune imprese (soprattutto quelle con personale più anziano o con problemi di salute) i prezzi dei premi assicurativi diminuiranno grazie al *community rating* (che obbliga le compagnie assicurative ad accettare chiunque, vietando qualsiasi rialzo dei premi al variare dell'età e dello stato di salute del soggetto), per le imprese con i lavoratori più giovani e sani gli aumenti saranno consistenti, ed in alcuni casi molto elevati: nell'ordine dell'89% in Missouri, del 91% in Indiana e addirittura del 101% in Nevada.

Inoltre, poiché le sovvenzioni statali per l'acquisto di polizze assicurative per piccoli gruppi sono molto più basse rispetto a quelle erogate per le polizze individuali, altri 10 milioni di perso-

