

La spesa sanitaria statunitense rallenta la sua corsa Il gigante è morto o dorme?

Blumenthal D, Stremikis K, Cutler D

Health care spending: a giant slain or sleeping?

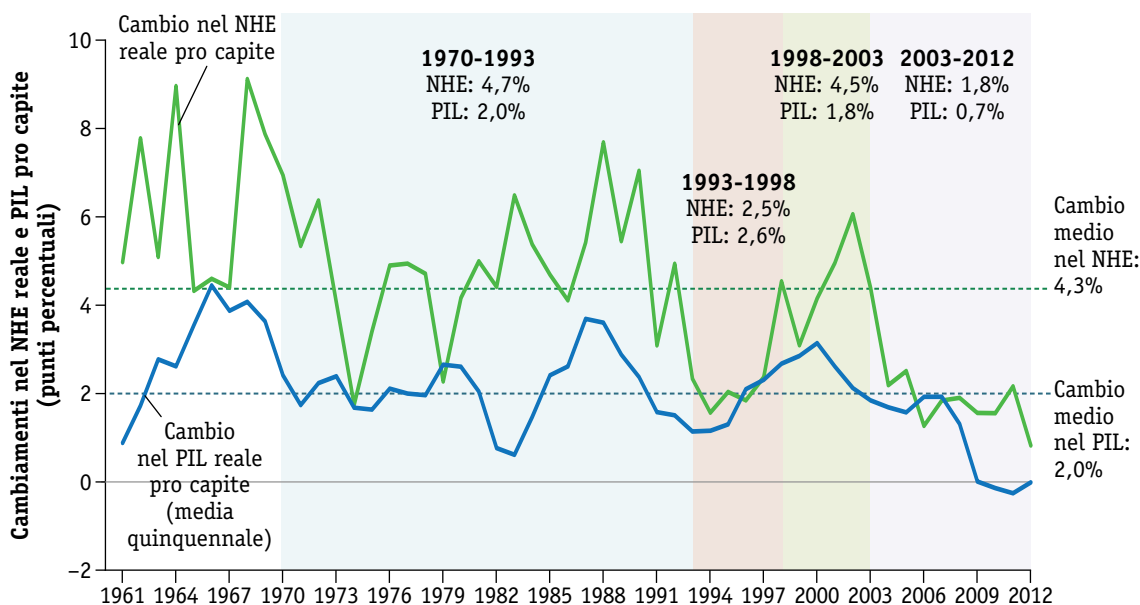
NEJM 2013; 26: 2551-2557

Il sistema sanitario degli Stati Uniti è di fronte a una sorpresa scioccante: nel 2012 la spesa sanitaria è aumentata appena dello 0,8% per persona, al di sotto del prodotto interno lordo (PIL) pro capite. Dal 1960 la spesa sanitaria è aumentata in media più di 2,3 punti percentuali rispetto alla crescita del PIL. La notizia, secondo l'articolo pubblicato sul *New England Journal of Medicine*, può essere letta in due modi. Da una parte c'è chi crede che la recessione, che ha colpito il Paese nel biennio 2007-2009, e la lenta ripresa che ne è seguita abbiano rallentato le spese in ambito sanitario. Dall'altra c'è chi, più ottimisticamente, vede in questo rallentamento un effetto degli sforzi congiunti del settore privato e pubblico nel controllo della spesa sanitaria, che finalmente iniziano a funzionare. Vari tentativi sono stati fatti negli anni per ridurre la spesa sanitaria, spiegano David Blumenthal e Kristof Stremikis del Commonwealth Fund insieme a David Cutler della Harvard University, ma sempre con risultati temporanei. Nel

1971, durante la presidenza del repubblicano Nixon, vennero imposti alcuni controlli sui costi a vari settori, tra cui quello sanitario, con effetti immediati che però scomparvero al cessare dei controlli. La volta successiva, con i democratici di Jimmy Carter, ci fu il tentativo di contenere le spese ospedaliere, ma anche questo tentativo cessò alla caduta di Carter. Sotto Ronald Reagan nel 1983 vennero istituiti per la prima volta i DRG (*diagnosis related group*), con i quali si riuscì a ottenere una diminuzione delle spese ospedaliere ma un aumento di tutte quelle afferenti alle altre aree; di fatto gli anni ottanta hanno visto un incremento della spesa sanitaria del 5,5%. Negli anni novanta alcuni tentativi di controllo della spesa, dopo il fallimento della proposta sanitaria di Bill Clinton, andarono a buon fine ma di nuovo per un periodo di tempo limitato. I primi anni del 2000 hanno visto un incremento della spesa, al quale è seguito un lieve rallentamento dopo la prima metà.

Il progresso tecnologico degli ultimi cinquant'anni è considerato una delle più importanti cause del continuo aumento della spesa sanitaria. Un'altra ragione è l'ingresso nel mercato sanitario del settore privato; se negli anni novanta c'è stata una negoziazione tra pubblico e privato per la riduzione dei costi, il loro innalzamento nel decennio successivo è dovuto al fallimento del meccanismo di controllo tra pubblico e privato. Vengono spesso ricordati

Andamento della spesa sanitaria nazionale (NHE) reale degli Stati Uniti e del prodotto interno lordo (PIL) pro capite dal 1961 al 2012



anche i cambiamenti nella salute della popolazione, come l'invecchiamento e l'obesità, ma l'effetto di questi fattori, secondo i ricercatori, non è poi così alto. Gli sprechi hanno invece un costo elevatissimo. Diversi studi considerano che il 30% della spesa sanitaria statunitense sia inutile, persa tra eccessi di cure o trattamenti inadeguati. Ad essere diminuita negli ultimi anni è la spesa farmaceutica, passata dal rappresentare il 10% della spesa sanitaria totale nel decennio 1993-2003 al 2,3% del decennio successivo (2003-2012). Per citare un dato a riprova di questo, i dieci farmaci più venduti del 2012 sono stati tutti approvati dalla Food and Drug Administration prima del 2004. È troppo presto per dire se questo trend in diminuzione continuerà o meno. Se proseguisse, offrirebbe una possibilità di respiro per tutti gli altri settori, dall'istruzione, ai trasporti, alla cultura, che negli ultimi anni hanno dovuto subire tagli per il crescere continuo del settore sanitario.

Le strategie per contenere i costi vanno in due direzioni principali. La prima è il razionamento dei servizi: ridurre i benefici assicurativi, aumentare la partecipazione ai costi da parte degli utenti, restringere l'eleggibilità per l'accesso ai programmi sanitari. Una seconda strategia è invece quella che vuole rendere i servizi più efficienti, con processi di riprogettazione (*reengineering*) per affrontare le sfide correlate ai costi dell'assistenza sanitaria, enfatizzando in particolare tre elementi: la disponibilità e l'utilità dell'informazione medica, il coordinamento dell'assistenza, specialmente per i pazienti più gravi, e l'assistenza primaria. L'obiettivo è quello di rendere il paziente in grado di compiere la scelta migliore per il proprio percorso terapeutico, essendo magari anche informato degli aspetti economici che la sua scelta comporta. Per fare questo ovviamente è sempre più importante che l'informazione, anche per quanto concerne gli aspetti economici, sia disponibile e accessibile per tutti. Intraprendere questa direzione, secondo gli autori, permetterebbe di evitare i problemi del razionamento sanitario e costituirebbe un'opportunità sia per il sistema pubblico sia per quello privato.

Domitilla Di Thiene

Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive
'Sapienza' Università di Roma

La gestione dell'obesità e le linee guida americane

Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM et al
2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society

Circulation 2013; published online before print November 12, 2013

doi: 10.1161/01.cir.0000437739.71477.ee

Il problema dell'obesità e dell'eccedenza ponderale è un problema di salute pubblica assai vasto e importante nei paesi più sviluppati con importanti ricadute sia sullo stato generale della popolazione, dal momento che l'obesità aumenta grandemente il rischio di sviluppare malattie croniche come l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito, la dislipidemia, la cardiopatia ischemica, la vasculopatia cerebrale, la colecistopatia, l'apnea notturna e le malattie respiratorie, le osteoartrosi e alcune forme di neoplasie, sia sui costi della sanità. È un problema di ampie proporzioni: si stima che negli Stati Uniti il 69% dei soggetti adulti presenti eccedenza ponderale (Body Mass Index - BMI - tra 25 e 30 kg/m²) o obesità (BMI >30 kg/m²) e che quest'ultima coinvolga il 35% della popolazione. Il National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI), principale ente di studio e controllo della salute della popolazione nordamericana, in collaborazione con l'American College of Cardiology (ACC) e l'American Heart Association (AHA), le più autorevoli società scientifiche nazionali in campo cardiovascolare, ha voluto aggiornare e rivalutare le precedenti linee guida sull'identificazione, la valutazione e il trattamento del sovrappeso e dell'obesità negli adulti emanate nel 1998, pubblicando su *Circulation* un nuovo e più completo documento.

Il gruppo di lavoro ha evidenziato alcuni argomenti di particolare criticità sul tema dell'obesità, fornendo raccomandazioni revisionate ed autorevoli. Il primo riguarda i benefici ottenibili con il dimagrimento e calcola quale sia la diminuzione di peso da raggiungere per ottenere vantaggi reali. Gli esperti concordano che un'i-