

Diabete e spese sanitarie negli Stati Uniti: minoranze etniche più a rischio di spese fuori controllo

Linde S, Egede LE

Catastrophic health expenditures: a disproportionate risk in uninsured ethnic minorities with diabetes

Health Economics Review 2024; 14: 18

La spesa per l'assistenza sanitaria viene definita 'fuori controllo' (*catastrophic health expenditures*, CHE) quando è superiore al 40% del reddito di un individuo post sussistenza, cioè del reddito al netto delle spese alimentari. Negli Stati Uniti il rischio che le fatture mediche comportino spese sanitarie catastrofiche può essere più elevato per i pazienti non assicurati, che pagano in base alle tariffe dei fornitori, ovvero ai prezzi di listino che i fornitori e i sistemi sanitari assegnano ai servizi medici e che sono decisamente superiori alle tariffe pagate dagli individui assicurati.

La letteratura evidenzia come le spese sanitarie fuori controllo siano più elevate tra gli individui con condizioni di cronicità come il diabete. Inoltre alcuni studi hanno mostrato che le minoranze etniche tendono a essere sovrarappresentate all'interno della popolazione di pazienti non assicurati e tra quelli con una diagnosi di diabete.

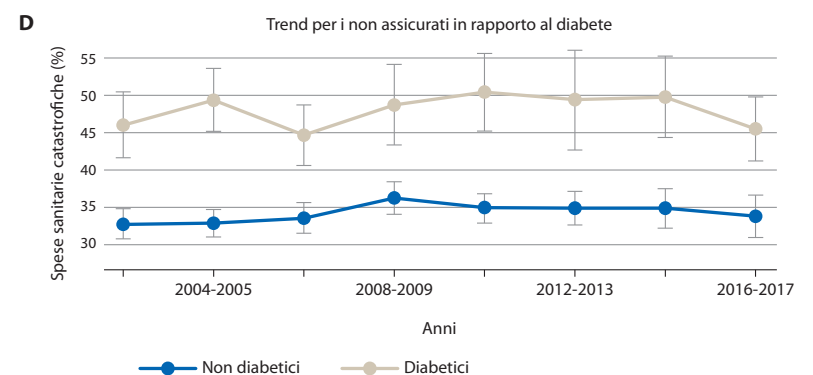
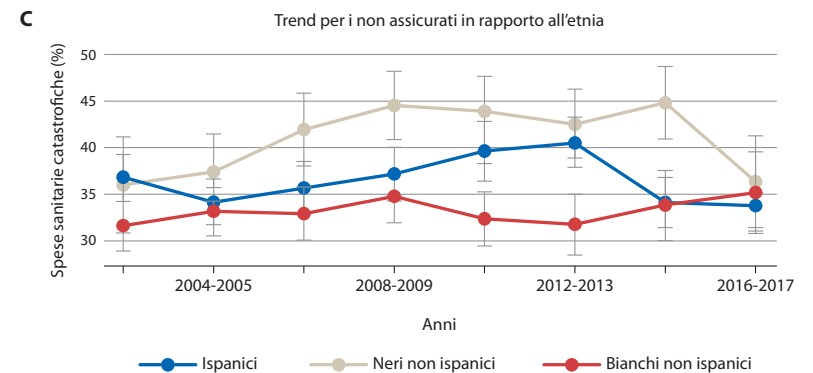
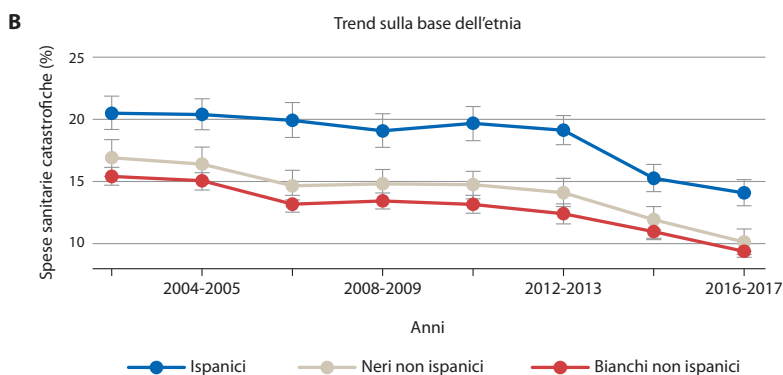
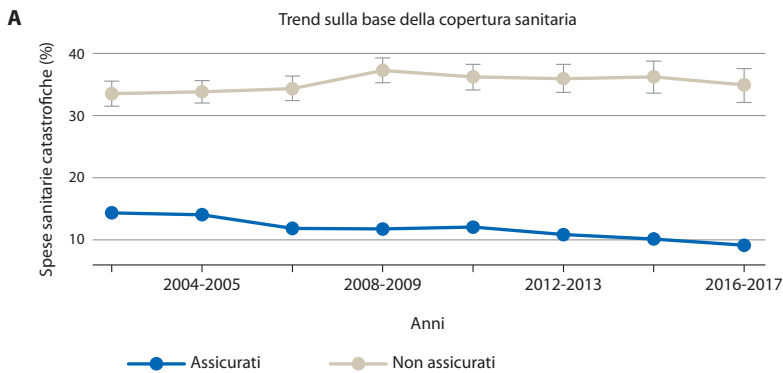
Obiettivo dello studio di Linde e Egede è l'analisi del rischio di CHE all'interno di queste popolazioni nel contesto sanitario statunitense, con un focus particolare sulle spese sostenute dai pazienti non assicurati.

LO STUDIO

Gli autori hanno esaminato retrospettivamente le fatture mediche di un campione di 256.280 individui di età pari o superiore a 18 anni appartenenti all'etnia bianca non ispanica e a quella nera non ispanica e ispanica nel periodo compreso tra il 2002 e il 2017, utilizzando i dati del Medical Expenditure Panel Survey (MEPS). CHE è una variabile binaria che assume il valore 1 se le spese vive superano il 40% del reddito post sussistenza e il valore 0 negli altri casi.

Tale misura è definita a livello individuale e dipende da quattro fattori: il reddito individuale del paziente, l'importo che spende per il cibo, le spese sanitarie sostenute di tasca propria e la soglia percentuale rispetto alla quale si ritiene che le spese sanitarie sostenute personalmente abbiano superato un livello critico rispetto al reddito disponibile. Le principali variabili indipendenti di interesse per lo studio consistono nella copertura assicurativa del paziente, nella diagnosi di diabete e nell'etnia di appartenenza. Con metodi di regressione logistica gli autori hanno stimato la relazione tra il rischio di spese catastrofiche e tali variabili.

TREND DELL'INCIDENZA DELLE SPESE SANITARIE CATASTROFICHE



Spese aggiustate per l'inflazione al valore del 2017 rispetto al reddito nel periodo compreso tra il 2002 e il 2017 nella popolazione presa in esame nello studio.

I RISULTATI

Nella popolazione di studio il rischio di CHE presenta un'incidenza complessiva del 14%, con livelli notevolmente più elevati per i pazienti non assicurati ($p < 0,0001$) o con una diagnosi di diabete ($p < 0,0001$). Il rischio di CHE tra pazienti assicurati e non assicurati, nonché tra pazienti con e senza diagnosi di diabete, è rimasto omogeneo e significativo ($p < 0,05$) nel periodo 2002-2017. Inoltre, si evidenzia il rischio di CHE sulla base dell'etnia di appartenenza sia all'interno della popolazione totale sia tra le popolazioni non assicurate. Nella popolazione dei non assicurati, i pazienti neri non ispanici presentano un rischio significativamente più elevato di CHE rispetto ai pazienti bianchi non ispanici ($p < 0,0001$) (o ispanici, $p = 0,0002$). Il modello di regressione logistica indica che la probabilità relativa di CHE se non assicurati, è pari a 5,9 ($p < 0,01$), mentre se assicurati è pari a 1,1 ($p < 0,01$). Inoltre i pazienti non assicurati, e che hanno anche una diagnosi di diabete, hanno un rischio 9,5 volte maggiore ($p < 0,01$) di soffrire di CHE rispetto ai pazienti assicurati senza una diagnosi di diabete a dimostrazione che l'effetto totale di non essere assicurati e di avere una diagnosi di diabete sul rischio di CHE supera di gran lunga la somma del rischio totale di ciascuno di questi effetti individualmente. I risultati evidenziano disparità significative tra etnie: i neri non ispanici e gli ispanici hanno rispettivamente il 13% e il 14,2% (entrambi con $p < 0,05$) di probabilità più elevate di sperimentare CHE rispetto ai bianchi non ispanici. Esaminando il sottocampione con diagnosi di diabete, non notiamo alcuna differenza significativa. Tuttavia, quando alla diagnosi di diabete si associa anche la mancata copertura assicurativa si nota che i pazienti ispanici hanno una probabilità relativa di CHE superiore del 39,3% rispetto a quella dei pazienti bianchi non ispanici.

LE CONCLUSIONI

Lo studio pone l'attenzione su due aspetti molto rilevanti.

Il primo è che i rischi di CHE aumentano drammaticamente in mancanza di copertura assicurativa e di diagnosi di diabete e, inoltre, che esiste un'associazione statisticamente significativa tra avere una diagnosi di diabete e non essere assicurati. In questo modo si identifica una popolazione particolarmente vulnerabile per la quale dovrebbe essere stanziato un sostegno finanziario ad hoc per mitigare i rischi di CHE.

Il secondo riguarda la disparità etnica all'interno della popolazione di pazienti non assicurati e della popolazione di pazienti non assicurati e con una diagnosi di diabete, evidenziando livelli diversi di esposizione al razzismo strutturale nelle popolazioni considerate da questo studio. Un'ampia letteratura riporta, infatti, evidenze che indicano che gli individui che risiedono in aree storicamente esposte a leggi razziste strutturali sperimentano svantaggi nell'accesso alle cure mediche. Questa associazione rischia di perpetuare disuguaglianze strutturali come la perdita di accesso al credito e la conseguente capacità degli individui di costruire una ricchezza intergenerazionale. Sono quindi necessarie politiche volte alla regolamentazione delle tariffe per i non assicurati e a una maggiore trasparenza dei prezzi all'interno del sistema sanitario statunitense.

Letizia Orzella

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Farmaci e Dispositivi, Regione Lazio

Le implicazioni del linguaggio utilizzato nella legislazione in caso di emergenza sanitaria globale

Wenham C, Stout L

A legal mapping of 48 WHO member states' inclusion of public health emergency of international concern, pandemic, and health emergency terminology within national emergency legislation in responding to health emergencies

Lancet 2024; 403: 1504-1512

Un'emergenza sanitaria pubblica di rilevanza internazionale (PHEIC) è "un evento straordinario che costituisce un rischio per la salute pubblica per altri stati a causa della diffusione internazionale della malattia" e "richiede potenzialmente una risposta internazionale coordinata". Il PHEIC, lanciando l'allarme su un agente patogeno emergente, è un meccanismo chiave nell'ambito della salute pubblica globale e rientra nel Regolamento sanitario internazionale (IHR) del 2005, la norma internazionale vincolante per "prevenire, proteggere, controllare e fornire una risposta sanitaria pubblica alla diffusione internazionale delle malattie limitando i rischi per la salute pubblica ed evitando inutili interferenze con il traffico e il commercio internazionale." Il direttore generale dell'OMS comunica una PHEIC su consiglio del Comitato di esperti di emergenza, richiedendo una risposta internazionale coordinata.

LO STUDIO

Obiettivo dello studio di Wenham e Stout è quello di comprendere cosa guidi l'azione di uno stato durante un'emergenza sanitaria e se le dichiarazioni dell'OMS siano effettivamente vincolanti.

È stata condotta una revisione esplorativa per valutare l'utilizzo del PHEIC e del 'linguaggio pandemico' all'interno della legislazione nazionale. Sono stati selezionati paesi con diverse dimensioni, livelli di reddito e strutture di governance (figura 1).

Sono stati esaminati 165 atti legislativi nazionali di 48 paesi. Otto (16,7%) presentano una legislazione con esplicito riferimento alla PHEIC; 18 (37,5%) al termine pandemia, 38 (79,2%) al termine epidemia, 27 (56,3%) fanno riferimento alle indicazioni dell'OMS e 13 (27,1%) forniscono un'indicazione di emergenza sanitaria pubblica (PHE). Negli otto paesi con una legislazione che fa riferimento alla PHEIC, così come nei 18 paesi che fanno riferimento alla pandemia, è stato possibile rilevare una netta suddivisione tra atti normativi prima e dopo l'anno 2020. I risultati mostrano una situazione estremamente eterogenea. Gli stati membri, al fine di porre in essere un cambiamento incisivo, hanno concordato di rivedere la propria legislazione nazionale integrandola con la terminologia prevista dall'OMS così da permettere un completo allineamento del diritto internazionale e nazionale per garantire una migliore preparazione e risposta alla pandemia.

La strada, tuttavia, è ancora lunga. Circa l'83% degli stati inclusi nello studio non menziona la PHEIC nella legislazione, a conferma che le indicazioni dell'OMS sembrano non avere alcun significato giuridico a livello nazionale. Lo stesso vale per la terminologia pandemica, con 30 stati membri che non attribuiscono alcun peso giuridicamente vincolante a tale termine.