

La storica vittoria di Obama

Gavino Maciocco
Dipartimento di Sanità pubblica
Università di Firenze

Il 23 marzo 2010 può essere considerata a ragione una data storica: il giorno in cui il Presidente Barack Obama ha firmato la legge di Riforma sanitaria (denominata *Patient Protection and Affordable Care Act*) approvata due giorni prima dalla Camera. “Abbiamo sancito il principio essenziale – ha affermato il Presidente – che ogni cittadino ha diritto a una sicurezza di base per la sua salute”. “La legge che sto firmando – ha continuato – mette in moto delle riforme per le quali generazioni di Americani si sono battuti e che hanno ardentemente desiderato di vedere. Oggi noi affermiamo questa essenziale verità, una verità che ogni generazione di Americani è chiamata a riscoprire: che noi non siamo una nazione che rinuncia alle sue aspirazioni”.

La legge approvata dal Congresso non riforma radicalmente il Sistema sanitario americano, né risolve tutto ciò che non funziona al suo interno. Non ha neppure l'ambizione di raggiungere l'universalità della copertura, ed essendo il frutto di estenuanti negoziazioni è lontana dalla versione originaria: la principale rinuncia è stata l'accantonamento del progetto di istituire un'assicurazione sanitaria pubblica (*New National Health Plan*).

Tuttavia – pur con limiti e contraddizioni – molte cose cambieranno in meglio fin da subito, altre si realizzeranno nel corso dei prossimi anni: il tutto nella logica incrementale con cui si è evoluta la Sanità americana dalle sue origini.

Il Sistema sanitario americano rimane basato sui due fondamentali pilastri delle assicurazioni private e dei programmi assicurativi pubblici. Riguardo al primo pilastro si introduce l'obbligo di assicurare (rivolto ai datori di lavoro) e di assicurarsi (rivolto alle persone) e si prevedono rilevanti sussidi per incentivare i datori di lavoro ad assicurare e le persone ad assicurarsi. Riguardo al secondo è previsto, invece, il rafforzamento della rete di protezione di Medicaid.

La parte di riforma più impegnativa dal punto di vista finanziario sarà attuata a partire dal 2014 (in vista dell'atteso recupero dell'economia americana), mentre da subito vengono introdotte importanti innovazioni, ritenute molto popolari e quindi in grado di contrastare sul piano del consenso le campagne degli oppositori della riforma, tra cui il divieto rivolto alle assicurazioni di: **a)** negare l'iscrizione a coloro che hanno malattie preesistenti (ad es. diabete) o di rescindere il contratto per gravi patologie sopravvenute (ad es. tumori); **b)** stabilire un tetto massimo ai rimborsi, tetto che danneggia i pazienti portatori di malattie particolarmente gravi e costose.

“Abbiamo sancito il principio essenziale – ha affermato il Presidente – che ogni cittadino ha diritto a una sicurezza di base per la sua salute”.

EDITORIALE

Decorrono invece dal 2014 le seguenti parti della riforma:

- ▶ **1.** espansione di Medicaid (il programma pubblico che attualmente assicura solo alcune categorie di poveri). Potranno essere arruolati in Medicaid tutti coloro che hanno un reddito inferiore a 29.327 dollari (per una famiglia di 4 persone). Ciò comporterà un incremento della copertura assicurativa di 16 milioni di persone.
- ▶ **2.** Obbligo di assicurare (per le imprese) e di assicurarsi (per le persone). L'obbligo di assicurare i propri dipendenti vale per le imprese con 50 e più lavoratori. In caso di mancata osservanza è prevista una multa di 2000 dollari a dipendente all'anno, con l'esenzione dei primi 30 dipendenti; ad es. un imprenditore inadempiente con 53 dipendenti pagherà una multa di 46.000 dollari. Le persone che non godono della copertura assicurativa pagata dall'impresa (che è la forma più diffusa di copertura assicurativa) sono tenute ad assicurarsi con le proprie risorse. Chi non si attiene pagherà una multa di 95 dollari (o l'1% del reddito) nel 2014, di 325 dollari (o il 2% del reddito) nel 2015, di 695 dollari (o il 3,5% del reddito) nel 2016 (fino a un massimo di 2085 dollari l'anno). Saranno esentate le persone con un reddito inferiore ai 9350 dollari (singoli) o 18.700 dollari (coppie). Sono esentati anche gli Indiani Americani.
- ▶ **3.** Sussidi alle imprese e alle persone. Le imprese con 25 o meno dipendenti che assicurano i lavoratori godranno di crediti di imposta che saranno particolarmente elevati nel caso di imprese con 10 o meno dipendenti per cui è previsto un rimborso pari fino al 50% del costo delle polizze. Per le famiglie (4 persone) con un reddito inferiore a 88.200 dollari sono previsti dei sussidi crescenti man mano che si scende nei livelli di reddito. Così il costo della polizza non dovrà superare il 9,5% del reddito (per i redditi più alti) o il 3% del reddito (per i redditi più bassi). Inoltre è stabilito che il contributo *out-of-pocket* (pagamento diretto) non potrà superare annualmente i 5950 dollari per un singolo o gli 11.900 dollari per una famiglia.

La legge esclude da ogni beneficio federale gli immigrati irregolari; e proibisce, inoltre, la copertura dell'aborto nelle assicurazioni sussidiate da fondi federali.

L'impegno finanziario complessivo (in dieci anni) è fissato in 940 miliardi di dollari; alla fine di questo periodo la copertura assicurativa sanitaria interesserà il 95% degli Americani con l'estensione di detta copertura a 32 milioni di nuovi assicurati (mentre 22 milioni di persone continueranno a rimanere prive di assicurazione).

La copertura finanziaria della legge è assicurata in parte con nuove tasse, un incremento del prelievo fiscale alle famiglie con un reddito superiore ai 250.000 dollari, e in parte con nuove imposte (del 40%) sulle polizze assicurative dal costo superiore ai 23.000 dollari. Sono previsti inoltre prelievi di miliardi di dollari all'industria farmaceutica, all'industria di prodotti biomedicali e all'industria assicurativa. Sono previsti infine dei tagli a Medicare e una tassazione delle polizze integrative per anziani particolarmente costose.

R&P

... la copertura assicurativa sanitaria interesserà il 95% degli Americani con l'estensione di detta copertura a 32 milioni di nuovi assicurati.

LA RIFORMA SANITARIA NEGLI USA - *FIRST PHYSICAL*

Come molti Americani, anch'io sono contenta che il nostro comandante massimo goda di una salute eccellente e che si sottoponga con regolarità all'esercizio fisico, oltre a praticare il basket e il golf, 6 volte alla settimana¹. Il Presidente che "va al lavoro a piedi" per contrastare l'aumento dei livelli di colesterolo è un ottimo esempio per tutti noi. Camminare, avere un atteggiamento attivo riguardo alla mobilità aiuta ad essere in forma, ad abbassare l'indice di massa corporea e la pressione del sangue². L'eccellente forma di Mr Obama è documentata dalla rilevazione di una bassa frequenza cardiaca e una bassa pressione del sangue a riposo. Encomiabile è anche la decisione del Presidente e della First Lady di considerare prioritario il cibo sano e di fare il primo orto nei giardini della Casa Bianca dai tempi di Eleanor Roosevelt.

Tuttavia mi preoccupa quando leggo, in mezzo a tutte queste notizie positive, che gli esami clinico-strumentali del Presidente comprendevano la tomografia computerizzata (CT) per la valutazione del calcio nelle coronarie. Questo test di screening ha verosimilmente esposto Mr Obama a radiazioni non necessarie che aumentano il rischio di cancro. Una singola esposizione di CT sottopone, infatti, la vita di una persona a un rischio di 9 tumori (tra 3-42) in più per 100.000 individui maschi³.

Alla luce di questi dati e per la mancanza di benefici documentati in persone a basso rischio, l'US Preventive Service Task Force⁴ (USPSTF) e le società di cardiologia più note⁵ non raccomandano lo screening del calcio nelle coronarie in uomini tipo Mr Obama. La maniera più efficace per il Presidente di ridurre il rischio cardiovascolare è di smettere di fumare, un accorgimento che riduce del 72% la possibilità di un evento cardiovascolare nei prossimi 10 anni. La rilevanza dei livelli di calcio nelle coronarie, per quanto bassa, impallidisce al confronto. Sempre secondo le notizie pubblicate, Mr Obama si è sottoposto allo screening del tumore del colon, sebbene non sia raccomandato alla sua età⁶. Inoltre, anche l'anno prossimo quando avrà 50 anni, i test di screening raccomandati sono il sangue occulto nelle feci o la colonoscopia. L'USPSTF non consiglia la colonoscopia virtuale per lo screening (test eseguito su Mr Obama) in mancanza di sintomi più specifici. La CT per lo screening del tumore del colon, come quella per il calcio nelle coronarie, aumenta l'esposizione alle radiazioni e quindi il rischio di cancro.

Inavvertitamente, ma forse non a caso, gli esami di Mr Obama riflettono alcune delle sfide che ha di fronte la riforma sanitaria oggi. I rapporti ci dicono che Mr Obama si è sottoposto a 2 test

diagnostici molto costosi che lo hanno esposto a radiazioni rischiose, ma molto verosimilmente sprovviste di alcun beneficio per la sua salute. Qualcuno potrebbe sostenere che i test erano appropriati perché il Presidente, fra tutti noi, merita di ricevere tutto il meglio del nostro sistema sanitario, ma non risponderebbe all'obiezione secondo cui più esami non significano migliore salute/sanità. Se si è dimostrato che i test diagnostici non sono utili per persone come Mr Obama, vuol dire che non sono utili per Mr Obama. Peggio ancora, test inutili vengono somministrati non solo a pochi individui selezionati; il caso di Mr Obama viene moltiplicato molte volte a costi cumulativi straordinari per la società e a costi personali per gli individui che si sottopongono a test con noti effetti collaterali e danni potenziali, senza alcun beneficio.

È improbabile che Mr Obama voglia contestare alla sua compagnia di assicurazione i costi dei test diagnostici a cui si è sottoposto, sia che siano utili o no, ma è certo che noi avremo molto da contestare per l'aumento costante dei costi della sanità.

RF Redberg
MD, MSc, Editor
Arch Intern Med 2010; 170:
(doi:1001/archinternmed. 2010.81)

Traduzione a cura di
Aurora Bonaccorsi
aurora.bonaccorsi@marionegri.it

EDITORIALE

BIBLIOGRAFIA

1. Altman L, Zeleny J. President in 'excellent health', routine checkup finds. *New York Times*. February 28, 2010. www.nytimes.com/2010/03/01/us/politics/01obama.html.
2. Gordon-Larsen P, Boone-Heinonen J, Sidney S, Sternfeld B, Jacobs DR Jr, Lewis CE. Active commuting and cardiovascular disease risk: the CARDIA study. *Arch Intern Med* 2009; 169: 1216-23.
3. Kim KP, Einstein AJ, Berrington de González A. Coronary artery calcification screening estimated radiation dose and cancer risk. *Arch Intern Med* 2009; 169: 1188-94.
4. US Preventive Services Task Force. Screening for coronary heart disease: topic page. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004. www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstf/ahcaad.htm.
5. Greenland P, Bonow RO, Brundage BH, et al. ACCF/AHA 2007 clinical expert consensus document on coronary artery calcium scoring by computed tomography in global cardiovascular risk assessment and in evaluation of patients with chest pain: a report of the American College of Cardiology Foundation Clinical Expert Consensus Task Force (ACCF/AHA Writing Committee to Update the 2000 Expert Consensus Document on Electron Beam Computed Tomography). *Circulation* 2007; 115: 402-26.
6. US Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: topic page. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2009. www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstf/colo.htm.



Le sfide della sanità americana. La riforma di Obama. Le innovazioni di Kaiser Permanente di Gavino Maciocco, Piero Salvadori, Paolo Tedeschi

180 pagine, 14 euro

La riforma di Obama e l'organizzazione sanitaria realizzata da Kaiser Permanente rappresentano due sfide, di diverso spessore e portata, ma parimenti straordinarie: la sfida di Obama di trasformare il sistema sanitario americano iniettando potenti dosi di equità e efficienza; la sfida di Kaiser Permanente di innovare l'organizzazione sanitaria per migliorare la qualità dell'assistenza e renderla più vicina ai cittadini.



Il Pensiero Scientifico Editore

www.pensiero.it Numero Verde 800 259 620