



## La salute è un bene pubblico. Ma non negli Usa

17.03.20

Oriana Ciani e Rosanna Tarricone

*Le cifre su possibili contagi e morti negli Stati Uniti a causa del coronavirus sono impressionanti. L'epidemia mette a nudo tutti i gravi limiti di quel sistema sanitario e di welfare. E rivaluta l'importanza dei servizi sanitari nazionali universali.*

### Cronaca di un disastro annunciato

Negli Stati Uniti le morti accertate per la malattia da coronavirus, **Covid-19**, sono finora 68, i casi confermati sono 3.927 in totale.

Ma cosa sappiamo della reale entità del contagio? Molto poco. Dal primo caso (21 gennaio), gli Stati Uniti hanno testato circa **23 individui** per milione di abitanti. In Italia facciamo più di 800 tamponi e in Corea del Sud circa 3.700 per milione di abitanti. D'altra parte, se non cerchi non trovi e lo stesso presidente Trump ha insistito a lungo per "tenere basso il numero di casi di coronavirus in Usa".

L'insieme di scelte intenzionali, burocrazia lenta nei rapporti tra la Food&Drug Administration e i laboratori diagnostici e un primo lotto di test appositamente predisposto dal Center for Disease Control (**Cdc**) ma mal funzionante ha compromesso irreparabilmente la **risposta degli Usa** all'epidemia secondo alcuni. Di certo, per fronteggiare la peggiore crisi sanitaria globale del secolo, si sono rivelati dannosi anni di tagli bipartisan al Public Health Emergency Preparedness e ad altri programmi di salute pubblica, decisi per salvaguardare i conti pubblici.

Così, in risposta all'epidemia Covid-19, più di 800 epidemiologi, infettivologi, accademici hanno firmato un **appello** per denunciare come, in un paese come gli Stati Uniti, le conseguenze di quella che l'Organizzazione mondiale della sanità ha definito una pandemia potrebbero rivelarsi disastrose se la popolazione, per ragioni legate al reddito o alla classe sociale, esitasse a richiedere assistenza o a rispettare le misure di salute pubblica necessarie.

### Il sistema Usa

Il sistema sanitario negli Stati Uniti è di tipo assicurativo privatistico. Il mercato delle assicurazioni sanitarie private vale circa 3.200 miliardi di dollari e **crece a un ritmo del 6 per cento all'anno**.

Alle assicurazioni private si affiancano programmi assistenziali pubblici come **Medicare** e **Medicaid** istituiti nel 1965. Medicare è il programma nazionale di assistenza agli anziani over 65, universalistico, in quanto indipendente dal reddito. Medicaid è un programma gestito dai singoli stati (con un contributo federale che copre il 60 per cento delle spese) ed è rivolto ad alcune fasce di popolazione a basso reddito, come famiglie con bambini, donne in gravidanza, anziani e disabili. Nel 2010 il presidente Barack Obama ha introdotto l'**Affordable Care Act** (Aca) con l'obiettivo di ridurre il numero di cittadini non assicurati. Ma da allora, questo numero ha ripreso a crescere: nel 2018 era **pari a 27,9 milioni, su 325 milioni di abitanti**. Di solito, restano scoperti gruppi particolarmente svantaggiati (come le comunità di colore) e immigrati irregolari che non possono utilizzare **Medicaid** o acquistare la copertura assicurativa attraverso i mercati introdotti dall'Aca.

Nella frammentazione di un sistema multi-erogatore e multi-pagatore abbondano piani sanitari in cui la quantità e qualità dei servizi coperti dipende in larga parte da chi sei e da dove vivi. L'ultima questione sorta Oltreoceano in tema di politiche sanitarie riguarda per esempio le "fatture mediche a sorpresa" (**surprise medical bills**). Negli ultimi due anni, un adulto assicurato su cinque ha ricevuto infatti una fattura medica "a sorpresa" da un fornitore al di fuori della rete convenzionata col proprio assicuratore. Circa due terzi degli assicurati temono di non potersi permettere di pagare fatture mediche "a sorpresa" per sé o per la loro famiglia. Non sorprende quindi che qualsiasi interazione con il sistema sanitario negli Usa

rappresenti un potenziale grave rischio finanziario per la maggior parte degli americani.

Ad aggravare un quadro già drammatico, si aggiunge il fatto che quasi il 30 per cento dei lavoratori – per lo più nei settori retail, food&beverage, hospitality – e il 69 per cento dei lavoratori con salario minimo non hanno diritto a un congedo per malattia (*sick leave*).

È quindi lecito aspettarsi che cittadini non assicurati, seppur contagiati e sintomatici, continueranno a lavorare, pur di non rinunciare a un salario, e affolleranno il pronto soccorso quando il loro stato di salute diventerà particolarmente grave.

Con un virus che **si trasmette in maniera efficiente** (il numero di riproduzione di base **R0** inizialmente stimato come maggiore di 2), si capisce come si tratti di una **bomba a orologeria pronta a esplodere**. Il Cdc stima un numero di possibili contagi tra **160 e 214 milioni** e un numero di morti tra 200 mila e 1,7 milioni, scaglionati per area geografica su un intervallo di tempo di molti mesi. La stessa agenzia prevede da 2,4 a 21 milioni di ospedalizzazioni. Secondo l'*American Hospital Association*, nel 2018 nel paese erano disponibili poco più di 924 mila posti letto e poco più di 92 mila posti **in terapia intensiva**.

### Cosa fanno i singoli stati

Con un governo federale assente, o peggio ancora dannoso, a livello locale i singoli stati si stanno attrezzando per sviluppare piani di emergenza e fronteggiare la prospettiva di un aumento ingestibile della domanda. In Connecticut, dove una di noi vive, le scuole hanno chiuso la scorsa settimana per iniziativa dell'amministrazione locale. Yale University, come altre istituzioni accademiche, ha convertito tutte le attività didattiche online fino alla fine del semestre. Alcune aziende hanno iniziato a promuovere lo smart working ed è stata annunciata la chiusura di bar, ristoranti e la sospensione di assembramenti di più di 50 persone. Lo Yale New Haven Hospital e altri ospedali hanno lavorato alla definizione di protocolli e di percorsi e procedure, allo screening da remoto, all'attivazione di servizi di teleconsulto e telemedicina per pazienti non Covid-19. Il 15 marzo sono arrivati nella struttura i primi tre pazienti positivi.

A epidemia già esplosa, la Casa Bianca ha annunciato restrizioni ai voli dall'Europa, sebbene alcuni ricercatori abbiano dimostrato che un provvedimento di questo tipo ha effetti modesti sulla diffusione del contagio se non è associato a misure massicce di rallentamento della trasmissione a **livello locale**. Il 13 marzo il presidente Trump ha dichiarato lo stato di emergenza e la Camera dei rappresentanti ha approvato un **pacchetto economico** da decine di miliardi di dollari di contrasto alla crisi: dai test gratuiti alla copertura dei disoccupati, fino a congedi per malattia retribuiti e aiuti alimentari per bambini e anziani.

Sono misure che aiuteranno, ma il virus metterà comunque tragicamente a nudo l'inadeguatezza del welfare statunitense e tutta la debolezza di un sistema sanitario orientato al profitto nella gestione di un problema di salute pubblica, in cui la salute di ognuno dipende da quella del meno tutelato nella società.

Nel dibattito che accompagna le elezioni primarie del partito democratico, si è discusso di proposte come *Medicare for All*. Una **simulazione** pubblicata su *Lancet* ha stimato che un sistema simile porterebbe a risparmi di circa il 13 per cento sulla spesa sanitaria (che è superiore a 450 miliardi di dollari all'anno), oltre a salvare più di 1,73 milioni di anni di vita rispetto alla situazione attuale. Questi numeri vanno presi con le pinze, visto che la simulazione ha necessariamente richiesto semplificazioni e assunzioni, ma lo studio sottolinea come una spesa sanitaria più alta, come quella degli Stati Uniti appunto, di per sé non garantisca necessariamente esiti di salute migliori e ribadisce l'importanza di un sistema sanitario nazionale universale, con un unico pagatore capace di negoziare in una posizione di vantaggio con le industrie del settore salute. Suona familiare, vero?

In questo articolo si parla di: [coronavirus](#), [covid-19](#), [Oriana Ciani](#), [Rosanna Tarricone](#), [Sanità privata](#), [sanità privata e pubblica](#), [Stati Uniti](#), [tamponi](#), [Usa](#)

#### BIO DELL'AUTORE

##### ORIANA CIANI



Oriana Ciani è Associate Professor of Practice nella Divisione Government, Health e Non Profit presso Sda Bocconi School of Management e attualmente Fullbright Research Scholar presso Yale School of Public Health. Laureata in bioingegneria presso il Politecnico di Milano, ha conseguito un Master in Management Sanitario presso Sda Bocconi e un PhD in Health Services Research presso University of Exeter. I suoi interessi di ricerca si focalizzano sulla sintesi e uso di evidenze per informare le scelte dei decisori pubblici e le politiche sanitarie.

[Altri articoli di Oriana Ciani](#)

ROSANNA TARRICONE



Rosanna Tarricone è Associate Dean della SDA Bocconi School of Management – Divisione Government, Health e Non Profit e Professore Associato al Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche dell'Università Bocconi. Laureata in economia aziendale in Bocconi, ha proseguito gli studi alla University of London – London School of Hygiene and Tropical Medicine, dove ha conseguito il MSc in Health Services Management e il PhD in Public Health and Policy. Ha oltre 100 pubblicazioni nelle aree di politica sanitaria, management sanitario, valutazioni economiche e Health Technology Assessment (HTA).

[Altri articoli di Rosanna Tarricone](#)