



# Sanità USA allo specchio

Gianluca Cafagna Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa



La performance del sistema sanitario USA a confronto con altri dieci sistemi sanitari. Esiste una relazione coerente tra la performance dei paesi in termini di equità e le altre dimensioni della performance: minore è il risultato in termini di equità, minore è il risultato delle altre dimensioni. Il gap in termini di performance tra gli Stati sarebbe marcatamente ridotto se fossero estese e migliorate le condizioni d'accesso degli individui nella metà inferiore della distribuzione del reddito.

*Regina: Mago dello specchio magico, sorgi nello spazio profondo, tra vento e nell'oscurità io ti chiamo. Parla! Mostrami il tuo volto!*

*Specchio: Che vuoi conoscere mia Regina?*

*Regina: Specchio, servo delle mie brame, chi è la più bella del reame?*

*[Fratelli Grimm, Biancaneve].*

Immaginate che gli Stati Uniti siano la regina e che la bellezza sia la performance del sistema sanitario a stelle e strisce. Per anni lo specchio ha appagato la bramosità di sua maestà rispondendo: “Il tuo sistema sanitario è il migliore al mondo”<sup>[1]</sup>. Uno specchio asservito probabilmente non è lo strumento più utile e attendibile nella via che porta alla valutazione della performance dei sistemi sanitari, meglio affidarsi al confronto.

**Il Commonwealth Fund, con lo studio “Mirror, Mirror on the Wall, 2014 Update: How the U.S. Health Care System Compares Internationally”** (vedi Risorse – si tratta della quinta edizione della ricerca, la prima del 2004, la quarta del 2010), **confronta la performance del sistema sanitario statunitense con quella di altri dieci paesi industrializzati**. Sono stati confrontati i paesi con spesa sanitaria più alta e preferibilmente anglofoni, altrimenti non si spiegherebbe l’inclusione della Nuova Zelanda e l’esclusione della Germania. Le dimensioni scelte per l’esercizio di *benchmarking* sono cinque: qualità, accesso, efficienza, equità e stato di salute.

1. **Qualità.** Declinata in quattro dimensioni:

- Efficacia delle cure (con riferimento agli interventi di prevenzione e alla gestione delle malattie croniche)
- Sicurezza delle cure
- Continuità dell’assistenza
- Centralità del paziente

2. **Accessibilità.** Declinata in due dimensioni:

- Barriere economiche all’accesso
- Liste di attesa

3. **Efficienza.** Misurata attraverso una serie di indicatori quali la spesa sanitaria come percentuale del PIL, la percentuale di spese amministrative e assicurative sul totale della spesa sanitaria, il peso della burocrazia sui medici e sui pazienti.

4. **Equità.** Misurata attraverso le diverse opportunità di accesso alle cure da parte dei pazienti che si trovano al sopra e al di sotto del livello medio di reddito della popolazione generale.

5. **Stato di salute.** Misurato attraverso tre indicatori:

- Mortalità evitabile con interventi sanitari
- Mortalità infantile
- Speranza di vita sana all’età di 60 anni.

**Per ammissione degli stessi autori la metodologia rimane lontana dall'essere perfetta:** non sono stati utilizzati dati amministrativi, le percezioni dei pazienti e dei medici potrebbero essere influenzate dalle loro aspettative e le dimensioni della performance, oltre che i singoli indicatori, non sono state pesate. D'altro canto, l'utilizzo di un set comune di domande ha permesso di superare i principali ostacoli per un confronto della performance tra Stati come, per esempio, le differenze tra paesi in termini di definizioni o di sistemi di raccolta dati. Gran parte dei dati sono stati ottenuti attraverso interviste a pazienti e medici (la metodologia dell'indagine è descritta a pag. 28 del report).

**Uno sguardo alle classifiche.** L'affermazione "Gli Stati Uniti hanno il miglior sistema sanitario al mondo" è chiaramente falsa. **Gli USA occupano l'ultima o quasi ultima posizione in quattro delle cinque dimensioni della valutazione.** Il risultato più positivo per gli Stati Uniti è il quinto posto in termini di qualità, ottenuto soprattutto grazie a un ottimo terzo posto in termini di efficacia delle cure. **Il Regno Unito è primo nella classifica finale**, oltre che nelle dimensioni di qualità, accesso ed efficienza. La Svizzera è seconda ed eccelle in equità, *patient-centered care* e tempestività delle cure (**Figura 1**). Le posizioni dei paesi rispetto alle edizioni precedenti dello studio sono rimaste relativamente stabili.

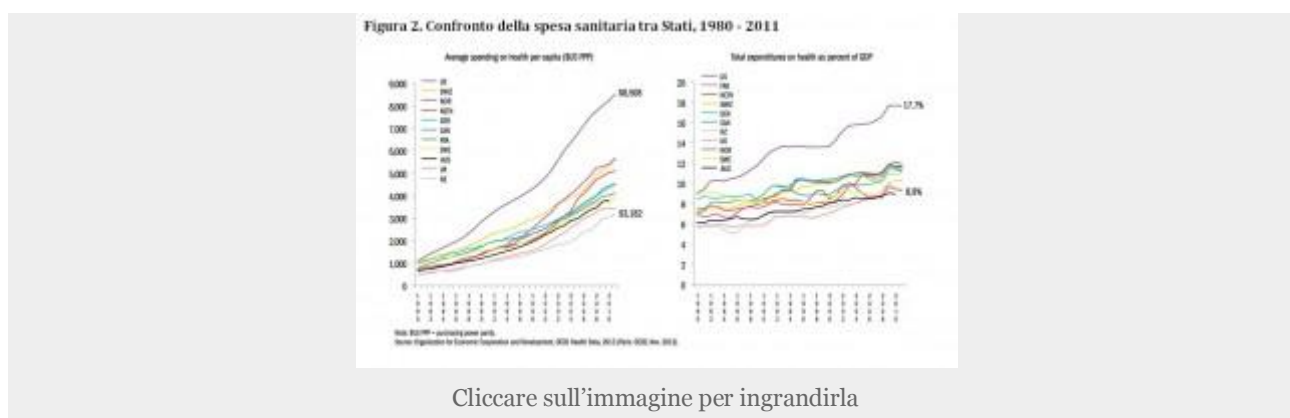
Figura 1. Classifica Finale



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

**Il caso USA. I limiti del sistema sanitario americano sono noti e trovano riscontro soprattutto nei dati che riguardano l'equità e le barriere economiche all'accesso.** Il 37% dei pazienti USA ha difficoltà a pagare le prestazioni mediche e spesso rinuncia alle cure a causa dei costi. Emergono forti differenze nell'accesso ai servizi tra chi dispone di un reddito alto e chi di un reddito basso, tuttavia anche tra i primi c'è una percentuale di pazienti che ha rinunciato a curarsi a causa dei costi (17% rispetto al 39% dei più poveri). **La sanità USA è fanalino di coda anche nella dimensione meno prevedibile, quella dell'efficienza, e fa registrare la spesa sanitaria più alta (Figura 2).** Il 7% della spesa sanitaria USA è rappresentata da spese amministrative e assicurative, rispetto allo 0,6% della Norvegia e all'1,4% della Svezia. La burocrazia USA ingombra anche la vita dei medici e dei pazienti: il 51% dei medici afferma che le questioni amministrative legate alle assicurazioni sono il loro principale problema; il 18% dei pazienti si sente oberato da un eccesso di pratiche amministrative.

Figura 2. Confronto della spesa sanitaria tra Stati, 1980 – 2011



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

**Un confronto tra le dimensioni di valutazione della performance.** L'analisi del Commonwealth Fund sulle diverse dimensioni delle performance, permette di evidenziare almeno un paio di relazioni interessanti tra le stesse.

1. **Le performance dei sistemi sanitari in termini di "stato di salute" non sono in linea con le performance delle altre dimensioni.** La Francia è nona nella classifica finale e occupa il primo posto in termini di stato di salute; mentre il Regno Unito, primo nella classifica complessiva, occupa il decimo (e penultimo) posto, appena prima degli USA, in termini di stato di salute. Il risultato sembra

confermare che altri e più importanti determinanti (in primis le condizioni socio-economiche, culturali e ambientali) influiscono sullo stato di salute della popolazione[2].

2. **Esiste una relazione coerente tra la performance dei paesi in termini di equità e le altre dimensioni della performance: minore è il risultato in termini di equità, minore è il risultato delle altre dimensioni.** Svezia, Svizzera e Regno Unito si spartiscono le prime tre posizioni sia della classifica in equità che della classifica finale, mentre gli Stati Uniti sono ultimi in ambedue le classifiche. Sarebbe essere smentito il *trade-off* tra equità ed efficienza, argomento spesso preso in prestito dall'economia del benessere e applicato all'analisi dei sistemi sanitari[3].

### Un confronto tra confronti

Come analizzato in un post precedente su Salute Internazionale **La classifica dei sistemi sanitari europei, secondo l'EHCI**, anche l'*Health Consumer Powerhouse* ha eseguito un confronto tra le performance di sistemi sanitari nel suo *Euro Health Consumer Index* (EHCI) 2014[4]. **Eclatanti alcune differenze tra le classifiche, in particolare il rovesciamento di posizioni tra Regno Unito e Olanda.** Limitando il confronto ai sette sistemi sanitari oggetto di valutazione in entrambi gli studi, il Regno Unito passerebbe dal primo all'ultimo posto. L'Olanda balza invece dalla posizione 5 su 11 del Commonwealth Fund alla posizione 1 dell'EHCI. Considerevolmente più bassa la posizione della Svezia nell'EHCI, più alte le posizioni di Norvegia e Francia.

**Come spiegare le differenze?** In primis nei due studi sono state scelte dimensioni diverse per la valutazione della performance. Inoltre, mentre il Commonwealth Fund ha utilizzato dati principalmente qualitativi, raccolti da interviste a pazienti e medici sulla loro percezione delle pratiche mediche e dei sistemi sanitari, l'EHCI ha ritenuto importante avere un mix di indicatori di diversa natura. Ai sondaggi ai pazienti sono stati quindi affiancati indicatori di "hard facts", in grado di definire la qualità dell'assistenza sanitaria in termini di risultato. Infine l'EHCI ha pesato le dimensioni delle performance, attribuendo un peso maggiore proprio alla dimensione "risultati di salute".

Il confronto tra confronti fa emergere come **la valutazione della performance dei sistemi sanitari sia influenzata dagli obiettivi dei valutatori e soprattutto dalle loro conseguenti scelte di merito rispetto agli indicatori da utilizzare, alla loro tipologia e ai loro pesi.**

**Note per policy makers.** Data la relazione coerente tra la performance dei paesi in termini di equità e le altre dimensioni del Commonwealth Fund, **il gap in termini di performance tra gli Stati potrebbe essere marcatamente ridotto se fossero estese e migliorate le condizioni d'accesso degli individui nella metà inferiore della distribuzione del reddito**[5].

Focalizzando l'attenzione sugli Stati Uniti e sull'**Obamacare** – riforma strutturale del sistema sanitario americano che ha come obiettivo primario migliorare la copertura sanitaria e le condizioni d'accesso alle cure – **sarà interessante testare se l'auspicata riduzione della frammentarietà della copertura e dell'instabilità assicurativa si rifletterà in un miglioramento delle altre dimensioni della performance.** Si tenga in considerazione che i dati del Commonwealth Fund sono precedenti rispetto alla completa implementazione dell'*Obamacare*, che dal 2014 dovrebbe aver esteso la copertura a 26 milioni di americani precedentemente non assicurati.

Estendendo nuovamente il focus a tutti gli Stati e ai *policy makers*, **pare non essere più sostenibile considerare l'equità come una preoccupazione disgiunta, inferiore e semplicisticamente riconducibile a questioni etico-morali.** Al contrario, essere in grado di soddisfare le esigenze delle persone più vulnerabili è condizione necessaria per soddisfare anche le esigenze del cittadino medio. Siamo sicuri che la lezione del Commonwealth Fund sia chiara ai decisori politici del Bel Paese?

### Risorse

1. Davis K, Stremikis K, Schoen C, and Squires D. **Mirror, Mirror on the Wall, 2014 Update: How the U.S. Health Care System Compares Internationally** [PDF: 1,7 Mb]. New York: The Commonwealth Fund, June 2014.
2. Björnberg A. **Euro Health Consumer Index 2014 Report** [PDF: 4,1 Mb]. Health Consumer Powerhouse, 2015.

### Bibliografia

1. Emanuel EJ. **What Cannot Be Said on Television About Health Care.** JAMA 2007; 297(19):2131-33.
2. Dahlgren G, Whitehead M. **Policies and strategies to promote social equity in health: background document to WHO – strategy paper for Europe 1991** [PDF: 2,3 Mb]. Stockholm: Institute for Future Studies.
3. Reidpath DD, Olafsdottir AE, Pokhrel S, Allotey P. **The fallacy of the equity-efficiency trade off: rethinking the efficient health system** [PDF: 213 Kb]. BMC Public Health 2012;12(Suppl 1):S3.
4. Levi M. **La classifica dei sistemi sanitari europei, secondo l'EHCI.** Salute internazionale, 16.03.2015
5. Schoen C, Radley D, Riley P, Lippa JA, Berenson J, Dermody C, Shih C. **Health Care in the Two Americas: Findings from the Scorecard on State Health System Performance for Low-Income Populations** [PDF: 5 Mb]. New York: The Commonwealth Fund, Sept. 2013.

