



UNIVERSITÀ
DI PAVIA

Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali

Corso di Laurea [magistrale] in

Economia e Gestione delle Imprese

Il Paradosso Sanitario Made in USA

Relatore:

Chiar.mo Prof. Zardini Alessandro

**Tesi di Laurea
di Caratto Roberto
Matr. n. 552954**

Anno Accademico 2025-2026

Indice

Introduzione

Capitolo 1 Introduzione, Fondamenti e Struttura del Sistema Sanitario Statunitense

- 1.1 Le Caratteristiche Distintive: Modello a Dominanza Privata ed Economia Sanitaria
- 1.2 Il Ruolo Marginale, seppur presente, del Settore Pubblico
- 1.3 La Spesa Sanitaria
- 1.4 Principali Indicatori di Salute e Accesso alle Cure

Capitolo 2 Il Mercato delle Assicurazioni Sanitarie Private: Attori e Meccanismi

- 2.1 Definizioni e Tipologie di Assicurazioni
- 2.2 I Grandi Player: Concentrazione e Ruolo sul Mercato delle Principali Compagnie
- 2.3 Pricing e Rimborsi
- 2.4 Il Problema della "Adverse Selection" e le Soluzioni di Mercato

Capitolo 3 Origini e Impatto della Regolamentazione Federale negli anni

- 3.1 Affordable Care Act (ACA - Obamacare): Obiettivi, Strumenti e Risultati Economici
- 3.2 L'Impatto dell'ACA sull'Estensione della Copertura e sulla Sostenibilità Assicurativa
- 3.3 Le Tentate Contro-Riforme e l'Evoluzione Post-ACA: Tendenze e Dibattiti

Capitolo 4 Case Study e Prospettive Future: Efficienza e Modelli Alternativi

- 4.1 Analisi del Modello e delle Strategie di Kaizen Health Group
- 4.2 Confronto tra le Due Maggiori Assicurazioni: UnitedHealth - Elevance Health Group
- 4.3 Confronto con i Sistemi a Pagatore Unico (Single-Payer) Europei
- 4.4 Modelli di Value-Based Healthcare come Potenziale Soluzione alle Inefficienze
- 4.5 Raccomandazioni di Politica Economica: Sostenibilità e Riforme Future

Conclusione

Bibliografia

Introduzione

Analizzare un sistema sanitario dal punto di vista economico finanziario significa esplorare un mondo estremamente complesso, privo di formule esplicative universali e con una moltitudine eterogenea di operatori.

La salute, infatti, evade inesorabilmente dalle logiche tradizionali che governano l'incontro tra la domanda e l'offerta per i beni di consumo ordinari, ponendo gli studiosi e i decisori politici di fronte a un paradosso chiave.

È necessario infatti, garantire il difficile e costante bilanciamento tra la stabilità finanziaria delle nazioni e l'equità sociale nell'accesso alle cure primarie.

Il presente elaborato si pone l'obiettivo di esplorare a fondo queste dinamiche incrociate, indagando in quale misura le forze del libero mercato e la regolamentazione delle istituzioni riescano a mitigare, o in certi casi ad amplificare, le asimmetrie informative, in un settore che non tollera le semplificazioni teoriche.

Tale problematica trova il suo scenario più emblematico e controverso nel sistema sanitario (*HealthCare System*) degli Stati Uniti d'America.

Proprio quest'ultimo sarà l'oggetto di studio della trattazione, che costruirà una progressiva declinazione delle sue caratteristiche.

Il contesto statunitense, contraddistinto da una chiara e storica dominanza privata, strettamente vincolata all'intermediazione del settore assicurativo, costituisce un ambiente perfetto per osservare le conseguenze del *trade-off* tra l'estrema concorrenza aziendale e il benessere della collettività.

La scelta di questo specifico caso studio è motivata proprio dall'unicità del contesto.

Gli Stati Uniti registrano la spesa sanitaria più elevata al mondo, posizionandosi contestualmente come indiscussi pionieri nell'innovazione tecnologica e nella ricerca.

Tuttavia, a fronte di un simile dispiegamento di risorse finanziarie e scientifiche, il paese continua a scontrarsi con inefficienze allocative misurabili in termini di frammentazione della copertura, disuguaglianze sociali e indicatori di salute pubblica che spesso non riflettono l'imponenza degli investimenti sostenuti.

Con questa ricerca si proverà a destrutturare le componenti di tale stravaganza, superando la sola osservazione statistica, per addentrarsi nei meccanismi causali che generano le inefficienze dell'intero sistema.

L'analisi si propone inoltre di tracciare un percorso critico che valuti l'efficacia delle risposte istituzionali di fronte alle anomalie strutturali del comparto salute.

Si intende dimostrare come l'estrema finanziarizzazione dell'assistenza medica, se non adeguatamente bilanciata da un solido impianto regolatorio, rischi di trasformare il sistema sanitario da traino per lo sviluppo del capitale umano a fattore di vulnerabilità economica per una cittadinanza che da tempo è sottoposta a queste dinamiche.

Al fine di garantire il giusto livello di coerenza, il lavoro è stato articolato in quattro capitoli, concepiti per guidare il lettore dall'inquadramento macroeconomico fino alla formulazione di prospettive strategiche future.

Il primo capitolo è dedicato alla mappatura del contesto statunitense, delineandone i contorni finanziari e strutturali.

In questa sede verranno evidenziati i principali *driver* di costo che alimentano un'inflazione medica apparentemente inarrestabile, analizzando le logiche di un sistema tariffario a dir poco peculiare. La scomposizione di questi evidenzia chiaramente come l'esorbitante spesa complessiva non sia giustificata da un consumo eccessivo di servizi sanitari, bensì da una Tirannia dei Prezzi unitari, gonfiati in modo artificiale rispetto a qualsiasi altro paese sviluppato. Verrà inoltre tracciata l'evoluzione dell'intervento pubblico federale, essenziale per comprendere come lo Stato abbia storicamente tentato di colmare le lacune del mercato istituendo reti di salvataggio per le categorie demografiche più esposte.

Istituendo programmi come *Medicare* e *Medicaid*, il settore pubblico si è fatto carico di assistere le fasce demografiche più vulnerabili, con lo scopo di arginare quanto più possibile i fallimenti del mercato.

Il secondo capitolo si concentra invece sui principali soggetti finanziari del modello: le compagnie di assicurazione sanitaria privata.

Il testo analizza le articolate tipologie contrattuali e i meccanismi di determinazione dei rimborsi, risaltando come la promessa originaria di un mercato concorrenziale si sia rapidamente tramutata in un corposo oligopolio gestito da pochissimi ma influenti *player*.

Viene posta in rilievo la tendenza all'integrazione verticale e al potere di monopsonio locale, fattori che consentono a questi enti di dettare le regole d'ingaggio, controllare le reti ospedaliere ed esasperare le varie problematiche presenti.

Risulta infatti evidente come le assicurazioni non si limitino ad agire come passivi intermediari del rischio, ma influenzino direttamente sia la domanda che l'offerta, rendendo economicamente inaccessibili le coperture ottimali e forzando l'autoselezione dei pazienti in base alla propria capacità reddituale.

Questa evoluzione è particolarmente rilevante per capire fino in fondo come il rischio finanziario venga redistribuito, e come la suddivisione dei centri di spesa contribuisca a espandere i costi amministrativi del sistema nella sua totalità.

Il terzo capitolo affronterà invece le contromisure politiche e legislative adottate per correggere tali squilibri, spostando l'attenzione sull'impatto dell'*Affordable Care Act*.

Questa imponente riforma federale viene descritta con l'obiettivo di valutarne gli obiettivi primari, gli strumenti applicati per ampliare il mandato di copertura alla cittadinanza, e i conseguenti esiti sulla sostenibilità del mercato assicurativo in generale.

La narrazione include inoltre le aspre resistenze politiche, i dibattiti socioeconomici scaturiti e l'evoluzione successiva, essenziali per comprendere le attuali fondamenta giuridiche su cui si erge l'intero impianto sanitario.

Infine, il quarto capitolo volgerà lo sguardo verso l'evoluzione prospettica del settore, interrogandosi sulla sostenibilità a lungo termine del modello attuale.

Attraverso un'analisi puntuale di *case study* aziendali e un rigoroso confronto competitivo tra i maggiori gruppi assicurativi, ci si eleva verso una valutazione comparata con le nazioni europee dotate di sistemi universali a pagatore unico.

Una particolare importanza viene riservata all'indispensabile ma complicata transizione dal superato pagamento a prestazione verso le nuove logiche della *Value-Based Healthcare*.

Quest'ultimo modello, elaborato per premiare economicamente l'efficacia dell'esito clinico piuttosto che la ripetitività delle procedure, agisce come solida base per procedere con le raccomandazioni di politica economica, offrendo ipotetiche soluzioni per garantire l'equità e la sostenibilità nel lungo periodo.

Mediante questa indagine, la tesi pone il fine di dimostrare senza ombra di dubbio come la salute assuma la duplice natura di bene di consumo per l'individuo e di investimento cruciale per il capitale umano della nazione.

La gestione di questa risorsa prevede l'inevitabile formazione di un preciso equilibrio tra le logiche di profitto del settore commerciale e l'inderogabile intervento regolatore dello Stato.

In assenza di tutto ciò, le inefficienze allocative evolvono in barriere sistemiche in grado di trasformare la sanità da motore di benessere a ostacolo per la crescita economica potenziale.

Introduzione, Fondamenti e Struttura del Sistema Sanitario Statunitense

Le Caratteristiche Distintive: Modello a Dominanza Privata ed Economia Sanitaria

Il contesto statunitense presenta innanzitutto, a differenza dei sistemi europei, una palese prevalenza privata incentrata sull'indispensabile legame con il settore assicurativo.

L'analisi del caso in questione permette di osservare con attenzione le conseguenze di una prevalente impronta di mercato, offrendo al tempo stesso una serie di suggerimenti sul *trade-off* tra concorrenza e benessere sociale.

Gli Stati Uniti presentano una spesa Pro Capite e assoluta senza eguali nel mondo industrializzato e nella storia dell'uomo, che tuttavia convive con persistenti sfide sull'accesso universale alle cure.

Tutto ciò rappresenta il laboratorio ideale per realizzare questo tipo di studio: ci troviamo davanti al peso massimo della sanità, un paese che si pone come *leader* globale nella ricerca medica, ma che lascia trasparire al contempo le criticità di un modello di finanziamento prevalentemente privatistico con l'emergere di conseguenti problematiche.

Non si può omettere, in un'indagine di questo tipo, il concetto di economia sanitaria.

Essa emerge immediatamente come disciplina d'elezione per decodificare le complessità presenti. Questa materia non si limita alla mera gestione contabile della spesa (come lascia intuire il termine), ma si occupa inoltre di analizzare come le risorse scarse vengano allocate tra usi alternativi, in un mercato dove il "bene salute" sfida le leggi tradizionali della domanda e dell'offerta essendo caratterizzato congiuntamente da tre peculiari concetti chiave (non comunemente attribuiti tutti insieme a molti altri beni) che vanno assolutamente compresi prima di passare allo step successivo:

- ❖ Incertezza: la sanità è diversa dagli altri mercati perché non sappiamo quando ci ammalaremo (incertezza della domanda) né se la cura funzionerà (incertezza dell'offerta);
- ❖ Asimmetria Informativa: il medico ne sa sempre più del paziente. Questo rompe l'equilibrio di mercato perfetto e giustifica l'analisi economica specifica;
- ❖ Esternalità e fiducia: la salute di un individuo influenza quella della collettività, per esempio con i vaccini o le malattie infettive, rendendo la sanità un bene con caratteristiche di bene pubblico. Essendo implausibile acquistare servizi sanitari basandosi unicamente sul prezzo (come si fa solitamente in molti contesti), la società civile ha creato regole e istituzioni basate sulla fiducia, in seguito al riconoscimento dovuto dell'etica professionale e l'erogazione di licenze mediche.

Scomporre il sistema statunitense attraverso le lenti dell'economia sanitaria permette quindi di isolare le inefficienze strutturali dai fallimenti del mercato, offrendo una base scientifica per valutare l'efficacia delle riforme passate e future che vedremo in seguito.

Il concetto di economia sanitaria viene reso di pubblico dominio soprattutto in seguito agli studi dell'economista statunitense Kenneth Arrow, in cui si occupava di spiegare come e perché il mercato della salute non soddisfacesse i presupposti della concorrenza perfetta.

Queste nozioni emergono specialmente nella sua opera del 1963 *“Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”*, dove definisce l'incertezza e l'asimmetria informativa come le fondamenta dell'economia sanitaria.

Avendo appena citato le caratteristiche fondamentali della sanità, viene facile comprendere come in questo mercato non possa valere il Primo Teorema dell'Economia del Benessere, secondo cui un libero mercato porta a un'allocazione Pareto-efficiente delle risorse.

Riprendendo il concetto di incertezza sanitaria, essa può essere scomposta in due grandi categorie: incertezza della domanda e incertezza del risultato (o dell'offerta).

La prima riguarda l'imprevedibile insorgere delle malattie, casistica irregolare e non desiderata.

La domanda di cure mediche infatti non nasce da un desiderio di consumo, ma da un evento fortuito e spesso catastrofico.

D'altro canto, quando si acquista la prestazione medica, il risultato (la guarigione) non è garantito. Il medico fornisce uno sforzo, o la promessa d'impegno massimo per giungere a un esito soddisfacente, ma non un prodotto finito con garanzia di reso.

Come già sappiamo, in un mercato perfettamente concorrenziale, chi compra e chi vende ha lo stesso set di informazioni.

In ambito sanitario, tornandi al punto sull'asimmetria informativa, il medico ha una conoscenza tecnica immensamente superiore a quella del paziente (sebbene con le nuove tecnologie come ad esempio l'Intelligenza Artificiale si possa parzialmente ridurre questo differenziale, esso rimane ancora ad oggi molto ampio).

Il paziente non è in grado di giudicare se la cura che gli viene prescritta è realmente consona alle sue esigenze o se la qualità del servizio già ricevuto è stata adeguata.

Arrow, che non a caso faceva riferimento nei suoi studi proprio al sistema statunitense, mette in evidenza come per compensare il fallimento di mercato, la società abbia sviluppato degli istituti

non assimilabili alle dinamiche competitive (analizzati congiuntamente alle esternalità), il più importante dei quali resta sempre la fiducia.

Il medico agisce non solo come venditore, ma come agente fiduciario del paziente.

Ciò nonostante, nel sistema USA, dove le logiche di profitto sono portate all'estremo, questo rapporto di affidamento è talvolta distorto dagli incentivi economici.

Il mercato sanitario nel contesto statunitense, secondo Arrow, è subordinato al concetto di “Domanda Indotta dall'Offerta” (*Supplier-Induced Demand*).

Questa situazione è tipica dei mercati sanitari, nello specifico si manifesta come conseguenza diretta dello *spread* informativo tra chi vende il servizio (il medico) e il cliente.

Il risultato è che la maggiore conoscenza tecnica può essere usata in modo immorale, inducendo i pazienti ad acquisti non essenziali dal punto di vista clinico.

Questo accade perché i medici USA sono spesso pagati “*Fee-for-Service*” (a prestazione), e quindi vi è saltuariamente l'incentivo a prescrivere cure o procedure non strettamente necessarie, gonfiando i costi a cui il cliente è sottoposto.

Nasce quindi un vero e proprio conflitto d'interesse tra le due parti (in un settore che dovrebbe essere dominato da fiducia e lealtà reciproca), dove il fornitore di servizi sanitari ha come obiettivo erogare il maggior volume possibile di prestazioni, attraverso l'uso eccessivo di test, procedure e cure frammentate che incrementano i costi senza portare simmetricamente un concreto miglioramento al paziente.

Tendenzialmente dovrebbe essere la domanda a guidare l'offerta, ma nella pratica l'assistenza sanitaria si comporta diversamente, per esempio si è osservato come, all'incremento della presenza di medici specialisti in una zona, corrisponde sempre un aumento proporzionale del numero di visite ed esami prescritti, anche a parità di condizioni di salute della comunità.

Un altro problema di questo settore secondo l'autore è la presenza di barriere all'entrata e restrizioni ingiuste sulla concorrenza, che vanno a eliminare le possibilità di raggiungere la Pareto Ottimalità.

Un libero mercato richiede obbligatoriamente la massima libertà di entrata, ma nel settore medico l'offerta è rigidamente controllata.

Per diventare medico servono giustamente anni di studi costosissimi e una licenza governativa.

Arrow riconosce che queste barriere nascono per tutelare i pazienti da potenziali truffatori, ma dal punto di vista economico creano un rigido potere di monopolio.

Negli USA, le potentissime associazioni mediche hanno da sempre limitato l'offerta di medici per mantenere alti i salari e le tariffe delle prestazioni.

Per quanto riguarda invece il concetto di esternalità è facile comprendere come la salute non sia un fatto puramente individuale.

Se molte persone si curano da una malattia infettiva, producono un'esternalità positiva perché evitano di contagiare il resto della popolazione.

Un mercato prettamente privato tende a sotto-produrre i beni con esternalità positive (come i vaccini), questa è la ragione per cui, anche negli Stati Uniti, la sanità pubblica dovrebbe intervenire dove il mercato fallisce.

A questo punto siamo totalmente consapevoli della presenza di incertezza.

La teoria economica difatti suggerisce che dovrebbero nascere mercati assicurativi per coprire ogni tipologia di rischio.

Arrow fa notare che nella realtà i mercati assicurativi sanitari sono incompleti.

Non tutti i rischi sono assicurabili a causa di problemi come l'azzardo morale (se sono coperto, rischio di più o consumo più cure) e la difficoltà di determinazione del *pricing* delle condizioni preesistenti.

Tutto ciò si collega pienamente a quei pochi interventi in materia di sanità pubblica avvenuti negli Stati Uniti.

Prima dell'*Affordable Care Act (Obamacare)*, le assicurazioni private americane potevano infatti negare la copertura a chi aveva malattie pregresse, dimostrando integralmente il fallimento del mercato assicurativo descritto dallo studioso.

Il paradosso del sistema statunitense risiede proprio in questo, nel tentativo di gestire un settore strutturalmente dominato dai fallimenti di mercato (come dimostrato da Arrow nel 1963, ben prima delle riforme che conosciamo oggi) affidandosi quasi unicamente a meccanismi facenti riferimento ai criteri di mercato privato.

Le pesanti inefficienze e i costi esorbitanti del sistema USA non sono quindi un'anomalia inspiegabile, ma la conseguenza economica prevedibile della mercificazione di un bene che evade completamente dalle logiche ben note di concorrenza perfetta.

Risulta inoltre opportuno evidenziare che la salute può essere vista sia in qualità di bene di consumo, così come un bene di investimento.

Questo è dovuto al fatto che aumentando i giorni di vita sana per lavorare, aumentano automaticamente i giorni disponibili per produrre reddito, con conseguenti impatti sull'intero sistema economico.

Riprendiamo rapidamente due concetti appena citati per poi delinearli precisamente nei capitoli successivi.

Il primo è quello di Selezione Avversa (*Adverse Selection*), vale a dire il rischio reale che solo i malati si assicurino.

Questo verrà affrontato quando parleremo delle possibili soluzioni di mercato nei confronti delle assicurazioni e dell'*Obamacare*, che ha proprio cercato di risolvere tale problema con il mandato individuale.

L'altra importante nozione è invece l'Azzardo Morale (*Moral Hazard*), che avviene quando il paziente assicurato tende a consumare più servizi sanitari perché non ne paga il prezzo pieno al momento dell'uso.

Le assicurazioni statunitensi da anni cercano di combattere questo fenomeno usando franchigie molto elevate e l'uso di tickets.

A causa della presenza di questi fenomeni e delle caratteristiche della sanità che abbiamo previamente visto, possiamo allora declinare un fondamentale passaggio: la determinazione del *trade-off* tra equità ed efficienza.

Ogni sistema sanitario a livello globale affronta questo problema, ma negli Stati Uniti avviene una situazione estrema. Dal punto di vista dell'equità, l'assenza di copertura universale crea fortissime disparità socioeconomiche, alleviate solo parzialmente dai programmi pubblici federali con conseguenti disagi e conflitti sociali che perdurano fin dalla creazione di questo sistema e che periodicamente riacquistano popolarità e attenzione mediatica.

Dal lato dell'efficienza invece, bisognerebbe prima differenziare tra i concetti di efficienza dinamica e statica.

La prima tratta l'allocazione delle risorse nel tempo, e in ambito sanitario si può riferire ai risultati in prospettiva futura degli investimenti.

L'efficienza statica invece ottimizza l'uso delle risorse in un momento preciso, puntando sul benessere odierno.

Gli USA sono molto performanti per quanto riguarda l'efficienza dinamica, (innovazione, ricerca di nuovi farmaci e tecnologie) attratta dai forti margini di profitto, ma presentano un'altissima inefficienza allocativa e amministrativa, avendo risultati di diffusione mediocri a fronte di una spesa su base annua immensamente maggiore di qualunque altro attore nel mondo.

Il Ruolo Marginale, seppur presente, del Settore Pubblico

Abbiamo presentato il modello statunitense definendolo come il sistema privatistico per eccellenza, una rarità tra i paesi industrializzati nel mondo.

Tuttavia nei decenni si sono susseguite una serie di riforme, che hanno gradualmente iniziato a prevedere un ruolo del Governo Federale nell'erogazione e supporto di servizi sanitari.

È giunto quindi il momento di declinare il ruolo, minoritario, sebbene ampio, del settore pubblico nell'assistenza sanitaria degli Stati Uniti d'America.

Come appena citato, sono diversi gli atti legislativi entrati in vigore nel tempo per garantire un livello maggiore di copertura alla cittadinanza.

Ciononostante è bene specificare che questi provvedimenti sono principalmente indirizzati a determinate fasce predefinite della popolazione, considerate chiaramente più fragili.

Tutto ebbe inizio nel 1965, quando il Presidente Lyndon B. Johnson firmò la "*Social Security Act Amendments*", cioè la prima legge che prevedeva il contributo della pubblica amministrazione in ambito sanitario attraverso l'implementazione dei due fondamentali programmi federali: *Medicare* e *Medicaid*.

Il primo nasce come un'assicurazione sanitaria pubblica gratuita o a un costo esiguo, rivolta ai cittadini con più di 65 anni di età, anche se questa copertura fu poi estesa anche a persone con disabilità o malattie gravi da riforme successive che vedremo nel dettaglio in un secondo tempo.

Il *Medicaid* invece, specularmente al *Medicare*, si propone come un'offerta di copertura sanitaria per individui a basso reddito o scarsa disponibilità economica.

Nonostante siano entrambi programmi federali, è necessario chiarire che, essendo gli Stati Uniti una Repubblica Federale, essi sono soggetti a variazioni in base alla legislazione locale dello stato federato di residenza dei beneficiari.

Il *Medicare* nello specifico, si divide in quattro diversi gradi di copertura:

- ❖ Parte A: copre i servizi medici interni alle strutture ospedaliere o infermieristiche specializzate (ricoveri);
- ❖ Parte B: copre i servizi medici esterni, come visite di routine, esami o cure preventive;
- ❖ Parte C: detta *Medicare Advantage*, si compone di piani privati alternativi alle prime due parti, il tutto unito in un unico pacchetto che può contenere anche servizi extra (come la parte D, dentista e oculista);
- ❖ Parte D: copertura farmaci.

Le prime due parti rappresentano i piani stabiliti direttamente dal Governo Federale e che quindi rimangono immutati a livello nazionale, mentre le altre due sono gestite dalle compagnie assicurative private e perciò i piani vengono approvati contea per contea.

Proprio a causa di ciò, a seconda del domicilio possono oscillare i valori di riferimento per i costi, i premi, i massimali di spesa e le reti di medici.

Risulta doveroso, ai fini di una completa esplicazione del programma, citare inoltre la presenza stato per stato del *Medigap*, vale a dire di ulteriori piani standardizzati (indicati con altre lettere dell'alfabeto) che aiutano a coprire quella parte di costi non rimborsati dal programma originale.

Approfondiamo adesso il *Medicaid*, che si presenta come una gestione congiunta tra il Governo e i singoli stati.

Questo programma copre un insieme di servizi, tra cui visite, ricoveri in ospedale, assistenza continua a lungo termine, ecc.

Ricordiamo che la differenza fondamentale tra *Medicare* e *Medicaid* è che il secondo si rivolge alle persone finanziariamente meno abbienti di qualsiasi età, mentre il primo è un programma principalmente elaborato per gli over 65 e individui con caratteristiche non finanziarie che li rendono particolarmente fragili.

Ogni stato dirige il rispettivo programma *Medicaid* rispettando le istruzioni federali, il che comporta varianti nella copertura e l'utilizzo di diversi criteri a verifica dell'idoneità finanziaria in tutto il paese.

Questa dipende da svariati fattori, tra cui: il reddito, la dimensione della famiglia, l'età, la percentuale di disabilità e la presenza di una persona incinta o anziana.

Dal primo gennaio dell'anno prossimo (2027), a livello federale sarà inoltre richiesto per alcuni soggetti in età adulta, un numero minimo di ottanta ore mensili di lavoro o altre attività assimilabili per rimanere nell'ambito di copertura del programma.

Il Governo Centrale fissa i requisiti di ammissibilità basilari, ma i singoli stati hanno la facoltà di estendere la copertura oltre i requisiti minimi sfruttando la propria autonomia legislativa riconosciuta dalla Costituzione Statunitense.

Per esempio nello stato del Colorado, in seguito all'espansione avviata in recepimento dell'*Affordable Care Act*, che vedremo approfonditamente nel terzo capitolo di questo elaborato, è stata ampliata la soglia di reddito per far rientrare quante più persone in stato di indigenza economica possibili.

Si può facilmente intuire come la variabile fondamentale per determinare l'accesso al programma è proprio il reddito, calcolato su base annua.

Siamo già consapevoli di come le soglie ammissibili variano da stato a stato, ma nonostante ciò si utilizza frequentemente quale parametro di riferimento il Livello di Povertà Federale, o FPL.

Riprendendo l'esempio precedente, in Colorado questo livello è stato fissato al 133% dell'FPL generico, prevedendo dunque una maggiorazione della copertura di un terzo rispetto alle linee guida fornite dal Governo.

In quasi ogni stato, i limiti di reddito sono perennemente più ampi per le donne incinte e i bambini, rispecchiando quindi il compito del programma di fornire ulteriori attenzioni alle popolazioni considerate maggiormente vulnerabili.

A questo proposito, si ritiene consono dover dedicare qualche riga per illustrare una situazione spiacevole, nella quale purtroppo molte neo-madri si ritrovano.

Stiamo parlando della cosiddetta “via di mezzo”, che nell'ambito di applicazione del *Medicaid*, riguarda i bambini e le donne in gravidanza appartenenti a famiglie con redditi troppo alti per accedere ai programmi già visti, ma troppo bassi per permettersi un'assicurazione privata con un'adeguata copertura.

Proprio da queste esigenze, nasce il *CHIP* (*Children's Health Insurance Program*), un programma a gestione congiunta federale e statale che si propone come assistenza per i minori fino a diciotto anni e le donne in gravidanza che rientrano nella situazione appena esplicitata.

Le regole generali sono estremamente simili a quelle del *Medicaid*, il programma è finanziato dai due livelli legislativi e le regole di applicazione variano da uno stato all'altro.

I diversi gradi di copertura prevedono visite e cure gratuite oppure soggette al pagamento di una piccola somma a contributo, determinato sulla base del reddito familiare.

Sono compresi in ambito *CHIP* sia i servizi medici di base (come visite ed esami), sia le cure urgenti e l'accesso rapido al pronto soccorso, come anche l'approvvigionamento di farmaci e terapie riabilitative, dentistiche, visive e mentali.

Complessivamente, si stima che circa cento milioni di persone siano comprese nella copertura assicurativa dei tre programmi che abbiamo esplicitato.

L'ente governativo predisposto alla gestione diretta di questo tipo di iniziative è il CMS (*Centers for Medicare & Medicaid Services*), che nonostante abbia una struttura propria, agisce per conto del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani presso il Governo Federale (corrispondente al nostro Ministero della Salute).

Analizzando questi da un punto di vista della teoria economica, possiamo dire che il tutto è stato progettato sulla base dei modelli *Value-Based Healthcare (VBH)* di Michael Porter, che definiremo nel dettaglio nel quarto capitolo di questo elaborato.

Per ora ci serve sapere che il VBH è l'esatto opposto geometrico del sistema *Fee-for-Service* definito in precedenza, e che l'obiettivo è la transizione dal sistema di pagamenti a prestazione a modelli orientati sulla qualità (e conseguentemente rendere questa accessibile).

L'obiettivo dichiarato del CMS è infatti portare la totalità dei riceventi di *Medicare* all'interno di modelli di cura basati sul valore.

Per realizzare ciò i tre programmi stanno avviando un progressivo smantellamento dei vecchi sistemi e stanno attuando una serie di procedure e istituti.

Questo ha reso ad oggi al CMS la prestigiosa “qualifica” di maggior acquirente di servizi sanitari al mondo, rappresentando da solo quasi un quarto dell’intero bilancio federale in ambito sanitario (ca. 1700 miliardi di USD), con una proiezioni di crescita di più del 7% annuo.

La Spesa Sanitaria

Ora che abbiamo inteso le modalità di funzionamento base del sistema americano, possiamo passare ad una progressiva declinazione dei numeri che formano le voci sanitarie nel bilancio federale. Occorre però, ai fini di una completa comprensione dell’argomento, andare oltre la semplice analisi numerica, ma bensì includere le implicazioni micro e macroeconomiche che sorreggono quei dati.

Non possiamo limitarci ad una mera lista delle voci di costo ma bisogna focalizzarsi sulle origini e sulle conseguenze strutturali di tale sistema.

Innanzitutto sappiamo già che gli Stati Uniti presentano ogni anno la più grande spesa sanitaria mai registrata nella storia dell’umanità (circa 5300 miliardi di USD all’anno).

Nonostante ciò gli USA sono l'unica nazione industrializzata che non prevede una copertura sanitaria universale, ed è proprio qui che possiamo dunque inserire il primo concetto chiave di questo paragrafo, il “Paradosso Statunitense”.

La spesa sanitaria, per essere accuratamente analizzata, deve basarsi su due metriche principali: il PIL (Prodotto Interno Lordo) e il PIL Pro Capite, quest’ultimo rappresenta la quota di PIL attribuita a ogni singolo abitante della nazione di riferimento.

Nel nostro caso è fondamentale comprendere quanto la sanità incide sul PIL totale per poi smontare passo dopo passo le sue determinanti, dette genericamente *driver di costo*.

Prima di tutto le *healthcare expenses* rappresentano circa il 18% del PIL complessivo statunitense, che essendo ancora ad oggi il più grande al mondo (sebbene la Cina si stia avvicinando), è facile intuire come si arrivi alla cifra stratosferica sopracitata.

La percentuale in sé risulta essere nettamente superiore alla media delle altre nazioni industrializzate, che di solito si attestano tra il 9 ed il 12%.

Per esempio la media dei paesi dell’Unione Europea è circa il 10%.

Paesi come Germania, Regno Unito e Francia si collocano nell’intervallo appena citato, mentre l’Italia risulta essere leggermente indietro, intorno all’8%.

Altre parti del mondo in via di sviluppo hanno generalmente valori minori, tuttavia vi sono dei rari casi in cui, essendo il PIL totale della nazione estremamente carente, la percentuale dedicata alla sanità risulta essere molto alta, dato che può essere interpretato in maniera fuorviante in un’analisi di questo tipo.

Un esempio di questo fenomeno è l’Afghanistan, dove il sistema sanitario è al collasso ma la percentuale sul PIL si certifica essere più del 20%.

Ritornando agli Stati Uniti, dobbiamo obbligatoriamente fare un passo indietro di qualche decennio per capire come si è arrivati alla situazione odierna.

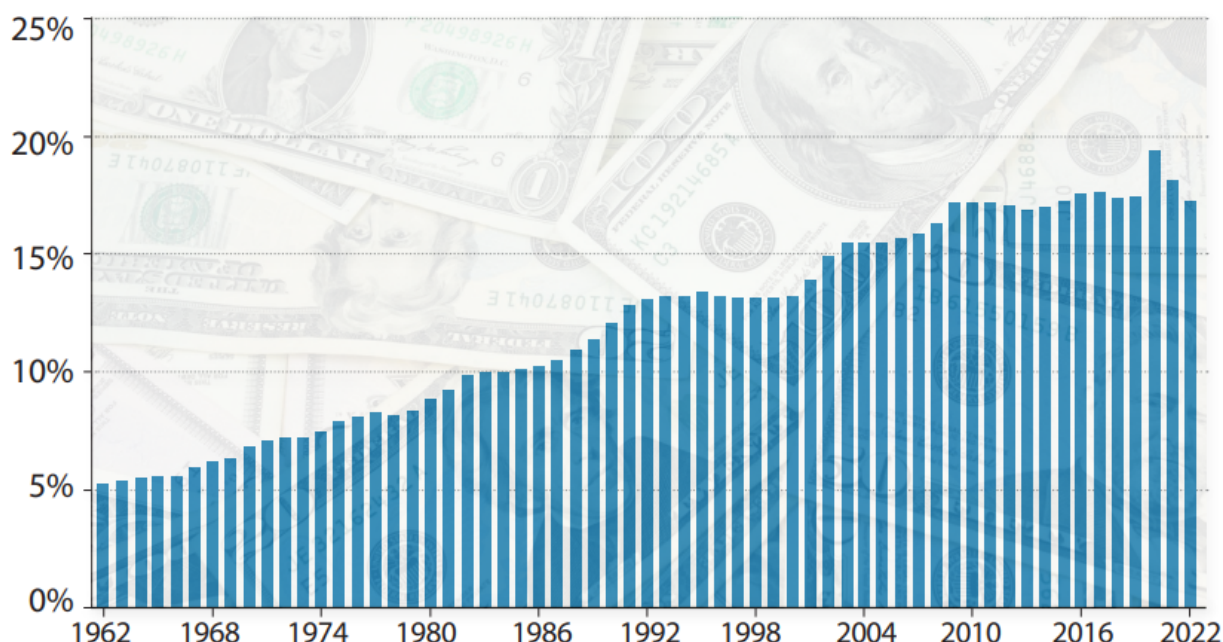
Cominciamo il nostro studio in prospettiva storica dagli anni sessanta del novecento.

Questo periodo non è stato scelto casualmente, ricordiamo che nel 1965 sono entrati in vigore i primi programmi pubblici di assistenza, e quindi la percentuale di spesa sanitaria antecedente a questa data era pressoché nulla e dovuta quasi esclusivamente al comparto militare.

Vediamo l'andamento di quanto appena detto attraverso l'utilizzo di un semplice grafico:

U.S. Health Care Costs Have Increased Drastically Over the Past Six Decades

National Health Expenditures (% of GDP)



Fonte: Peter G. Peterson Foundation

L'immagine in sovrapposizione mostra l'evoluzione storica dal 1962 al 2022 della spesa sanitaria statunitense in percentuale al PIL complessivo.

Sull'asse delle ascisse è stato posizionato l'andamento temporale, mentre sulle ordinate i valori. Fino agli anni settanta notiamo percentuali abbastanza modeste e assolutamente in linea con la media dei paesi sviluppati, tuttavia è proprio dall'implementazione e dalla diffusione dei programmi pubblici che già conosciamo (nati nel 1965 ma divenuti di comune conoscenza e accessibilità dagli anni settanta in poi) che la spesa ha iniziato a incrementare costantemente, sia in valore assoluto, sia a un tasso annuo superiore rispetto al tasso di crescita dell'economia (cioè del PIL).

Questo fenomeno si è protratto per decenni fino a raggiungere un altro picco della crescita in termini assoluti con l'introduzione dell'*Obamacare* intorno al 2010.

Quest'ultimo è stato infine nominalmente superato nel biennio 2020-2021, in piena pandemia Covid-19, che colpì pesantemente gli Stati Uniti, forzando il governo a mettere in atto misure di emergenza per contrastare la diffusione del virus e rendere più facile e rapido l'accesso ai test per accertare la positività, e per incrementare l'efficienza dei reparti ospedalieri nel gestire i malati.

Nel 2022 possiamo invece notare un'ultima stabilizzazione del valore percentuale rispetto al PIL. Nonostante il massimo di spesa sia stato raggiunto in tempi recenti, è proprio in questi ultimi sei anni che si può notare un'inversione di tendenza interessante.

Sappiamo già che oltre al potenziamento della percentuale sul PIL, la spesa in ambito sanitario ha avuto dagli anni settanta in poi un tasso di crescita annuo di gran lunga superiore al tasso di crescita dell'economia americana generale.

Questo andamento ultradecennale mostrava quindi un'attitudine all'espansione di tali politiche che prevedono sempre di più un ruolo attivo dello stato in materia di sanità.

Sebbene quindi il trend sembrava oramai a tempo indeterminato, proprio nel 2020, anno nel quale si è registrata la massima spesa possibile, questo si è invertito, e per la prima volta in sessant'anni la crescita percentuale del PIL ha superato quella della spesa sanitaria.

Proviamo adesso a capire le ragioni dietro a questo cambiamento così repentino, scomponendo la spesa totale in alcune sottocategorie utili per identificare le determinanti di queste variazioni.

Quasi un terzo del totale della spesa pubblica per la sanità è dovuto ai trattamenti ospedalieri, mentre circa il 20% è riconducibile ai sussidi destinati alle cliniche e al reclutamento del personale medico.

Altre voci significative riguardano la prescrizione di farmaci al dettaglio, l'assistenza infermieristica e altre categorie di minor impatto.

A questo punto sappiamo che, per analizzare l'andamento della crescita riconducibile alla spesa, dobbiamo basarci innanzitutto sulle prime tre componenti appena citate, essendo proprio queste i *driver di costo* principali.

Nel corso degli anni settanta era in atto un'importante fase di transizione da un'economia sanitaria totalmente privatistica al sistema ibrido che conosciamo oggi, e questo, unito ad una minore disponibilità immediata di farmaci e a stipendi inferiori, ha reso la spesa ospedaliera la componente con ampiamente il maggior tasso di crescita.

Tuttavia, dagli anni ottanta in poi, il paradigma sanitario stava cambiando e il tasso di crescita appena visto iniziò a calare drasticamente a favore della spesa per le cliniche, che divenne la costituente primaria della crescita.

In tempi recenti però, notiamo un ulteriore rovesciamento delle priorità, la prescrizione di farmaci al dettaglio è infatti divenuta dominante rispetto a tutti gli altri *driver*, presentando il tasso di crescita maggiore.

I trattamenti ospedalieri per loro natura restano sempre e comunque la componente di spesa più significativa, e quindi al calare del loro tasso di crescita, è inevitabile osservare un proporzionale calo generale.

Questi cambiamenti ovviamente non sono dovuti unicamente a volontà politiche e di ridimensionamento di un certo tipo di costi, ma sono bensì riconducibili a variazioni nella volontà del consumatore medio che privilegia (nel possibile) le cure domestiche rispetto a lunghi ricoveri, complici inoltre lo sviluppo e la diffusione di nuove terapie e la digitalizzazione dell'informazione medica.

Fino a questo punto abbiamo costruito la nostra analisi sfruttando una visione macroeconomica del tema, analizzando la spesa e il suo tasso di crescita nel contesto della ripartizione interna.

Per la seconda parte di questo paragrafo, passiamo adesso a una verifica di tipo microeconomico, guardando questa tematica dagli occhi dei singoli consumatori e da come essi possono approcciarsi al tema dei costi sanitari.

Il primo concetto chiave da apprendere in questa sede è la “Regola del 20-80”, vale a dire quella spiacevole situazione nella quale la spesa sanitaria viene distribuita disomogeneamente, cioè in modo non uniforme tra la popolazione.

Abbiamo già introdotto il concetto di PIL Pro Capite in precedenza, ma ora possiamo utilizzarlo in questa analisi plasmandolo nella Spesa Sanitaria Pro Capite, cioè la quota di spesa sanitaria attribuibile a ciascun cittadino.

Questo valore è ad oggi intorno ai 15000 Dollari nominali a persona, ma nella realtà come stiamo per approfondire non vi è propriamente una distribuzione equa.

La cifra in sé costituisce già un’anomalia rispetto alla maggioranza dei paesi industrializzati, anche presupponendo un’adeguata distribuzione è un valore molto elevato.

Importanti stati europei come la Germania o la Svizzera (riconosciute a livello internazionale per avere sistemi sanitari di ultimissima generazione) presentano degli importi minori, compresi tra i 9000 ed i 10000 USD. L’Italia è poco sopra i 5000 USD.

Chiusa questa parentesi numerica, torniamo adesso al punto cardine del discorso, la ripartizione della spesa Pro Capite.

Non a caso, negli Stati Uniti, solo una piccola percentuale della popolazione (anziani, malati cronici, malati terminali, neogenitori) assorbe la quasi totalità della spesa PC.

Un certo grado di iniquità è fisiologico nella ripartizione dei costi individuali, è normale che vi siano fasce di popolazione più soggette ad affrontare queste problematiche (gli adolescenti per esempio raramente richiedono ingenti cure stabili), tuttavia il caso americano da questo punto di vista ottiene una valutazione gravemente insufficiente e peggiorativa rispetto a pressoché qualunque zona del mondo sviluppato.

La popolazione over 65 è senza dubbio la più a rischio, e infatti presenta un’uscita PC ulteriormente incrementata rispetto all’incredibile soglia che abbiamo già visto, attestandosi a più di 22000 USD (record mondiale assoluto).

Un adulto medio in età lavorativa invece si colloca attorno a 9000 USD annui, più in linea con la media di molti paesi europei.

Ovviamente l’equità sanitaria negli Stati Uniti è da sempre oggetto di dibattiti e scontri sociali, politici ed economici tra chi presenta visioni e soluzioni diverse per il medesimo problema.

Difatti con questo elaborato l’obiettivo sarebbe, da una parte sfatare il mito che la sanità americana sia unicamente privata (al contrario la spesa pubblica è enormemente superiore rispetto a quella di qualunque altra nazione), e dall’altra invece comprendere come sia possibile che a questo enorme dispendio di risorse pubbliche, sia associata la massiccia spesa privata di cui tutti siamo a conoscenza tramite l’informazione comune sul sistema delle assicurazioni.

Introduciamo quindi il concetto anglofono di “Spesa *Out-of-Pocket*” cioè la quota di costi sanitari che il cittadino è costretto a coprire di tasca propria, non essendo compresi nei pacchetti assicurativi.

Sembra veramente di avere a che fare con un sistema alieno: nonostante l'altissimo dispendio Pro Capite, un ingente numero di cittadini affronta barriere economiche alle cure che talvolta portano alla cosiddetta *medical bankruptcy*, ovvero la bancarotta personale o familiare dovuta al non riuscire a far fronte agli impegni finanziari presi nei confronti del sistema sanitario.

Il concetto di *Out-of-Pocket* include al suo interno svariate variabili e voci di costo, che contribuiscono congiuntamente alla sua determinazione. Le principali sono:

- ❖ Franchigia: rappresenta il primo ostacolo per ogni cittadino che si appropria a questo sistema, è quella cifra da pagare prima ancora che l'assicurazione intervenga per il supporto alle cure;
- ❖ Quota Fissa: un ticket fisso di lieve entità da pagare che il paziente deve obbligatoriamente versare per accedere alle visite e ottenere ricette mediche;
- ❖ Coassicurazione: la percentuale della spesa complessiva per la cura che continua a gravare sul paziente anche dopo aver superato i limiti della franchigia.

Nonostante appaia che i cittadini in condizioni di indigenza economica possano venir facilmente schiacciati dal peso di queste tre voci, è importante denotare l'esistenza di un importante limite, fissato a protezione dei più deboli.

Questo è l'*Out-of-Pocket Maximum*, vale a dire la soglia margine massima di spesa personale fissata per l'anno in corso.

Una volta raggiunto questo plafond, l'assicurazione deve obbligatoriamente erogare la totalità delle spese mediche successive.

Cerchiamo adesso di renderci conto, dopo aver analizzato i dati e aver delineato le implicazioni economiche, di quali possano essere le determinanti di questo sistema così insensato e subdolo.

Comprendere a fondo le inefficienze del caso significa prima di tutto porsi delle domande su quanto abbiamo mostrato fino a questo punto, bisogna infatti domandarsi le ragioni dietro al mero valore, perché solo declinando le motivazioni possiamo allora proporre delle soluzioni concrete, che altrimenti rischierebbero di rimanere nello spazio delle astratte teorie.

Per realizzare tutto questo, il nostro punto di partenza sarà il celebre articolo “*It's The Prices, Stupid: Why The United States Is So Different From Other Countries*”, pubblicato su *Health Affairs*, la più conosciuta rivista di politiche sanitarie globali (riforme, accesso alle cure, economia e qualità dell'assistenza medica), nel 2003 da Gerard F. Anderson, nella quale egli dimostrò la sua tesi, che in questa sede utilizzeremo come trampolino di lancio per il nostro studio tematico.

La chiave dell'elaborato può essere riassunta in quanto segue: gli Stati Uniti spendono in sanità cifre notevolmente superiori rispetto a qualunque altra comunità, ma non perché nella pratica possono disporre di più servizi, ma bensì a causa di prezzi molto più elevati per gli stessi beni e servizi medici.

L'autore dimostra con i dati che gli americani non consumano più sanità dei popoli europei (al contrario, hanno meno posti letto, meno giorni di ricovero, meno controlli di routine dal medico, ecc). La spesa è di fatto così alta per via dei prezzi unitari.

Sono questi che portano la stragrande maggioranza delle inefficienze strutturali che abbiamo visto in precedenza, poiché dalla determinazione dei prezzi deriva tutto l'impianto economico circostante. Un divario così ampio nei prezzi delle singole prestazioni porta il sistema americano a sottostimare la propria efficienza, e non garantisce risultati migliori in termini di salute, nonostante la sua enorme onerosità.

Come già sappiamo gli Stati Uniti si collocano in cima alle classifiche relative al dispendio di risorse finanziarie (sia totale che in percentuale al PIL), ma per la maggior parte degli indicatori sanitari presentano valori inferiori o intorno alla media.

Un esempio di quanto appena detto può banalmente essere l'aspettativa di vita (che per ovvie ragioni riassume al suo interno svariati altri indicatori) di 79 anni tra maschi e femmine, livello assolutamente peggiore di pressoché tutti i paesi, europei e non, sviluppati.

Secondo Anderson i prezzi comandano la spesa totale, e ciò avviene poiché quest'ultima è il risultato del volume dei servizi richiesto moltiplicato per il loro prezzo unitario, e quindi è facile comprendere che un minor utilizzo unito a costi complessivi esorbitanti indica come colpevole un'unica variabile, cioè appunto i prezzi unitari.

I prezzi di farmaci da banco (con o senza ricetta), i costi amministrativi, gli esami diagnostici e gli onorari di medici e ospedali risultano essere quasi sempre da 2 a 2,5 volte superiori negli Stati Uniti rispetto ad altre zone del globo.

Questi appena citati sono i principali *driver dei prezzi*, spesso dovuti a un eccessivo potere di mercato e concentrazione, infatti le fusioni ospedaliere hanno generato veri e propri monopoli locali che si impongono con prezzi altissimi sulle società di assicurazione.

Per quanto riguarda il costo dei farmaci nello specifico, essi subiscono l'assenza di una legislazione statale precisa che possa agire da calmiera sui prezzi.

Proprio a causa di tutto ciò, gli interventi in materia di assistenza pubblica successivi allo studio originale del 2003, hanno posto particolare attenzione su questo fenomeno.

I costi amministrativi invece, presentano livelli spropositati a causa dell'organizzazione e della struttura del sistema in sé, in particolare il complesso rapporto di fatturazione e negoziazione tra gli ospedali e decine di assicurazioni diverse.

L'impatto e la validità temporale dell'articolo di Anderson, sono stati oggetto di alcuni dibattiti che si sono susseguiti negli anni, aventi il fine esplicito di verificare la coerenza di quanto elencato fino ad ora, in un mondo soggetto a cambiamenti radicali estremamente rapidi.

L'autore stesso, congiuntamente ad altri studiosi, ha dimostrato una particolare sensibilità verso le proprie tesi, decidendo di mettersi in dubbio costantemente, interrogandosi se queste potessero essere dimostrate meno veritiere col passare del tempo.

Viene posta una speciale attenzione sul tema politico, infatti il divario crescente tra le tariffe pagate dalle assicurazioni private e quelle dei programmi pubblici sempre più presenti, evidenzia che, per ridurre i costi sanitari, è di fondamentale importanza intervenire sul controllo dei prezzi

del mercato privato, per correggere le spiacevoli situazioni che talvolta emergono (ad esempio l'emergere di monopoli locali).

Questi studi di *follow-up* condotti successivamente, sono giunti alla conclusione che le tesi del 2003 rimangono ancora pienamente idonee ad oggi, e possono inoltre essere un'ottima base di partenza per gli interventi governativi che puntano a incrementare l'efficienza dell'intero sistema sanitario statunitense.

Giungendo al termine di questo paragrafo, facciamo in conclusione una precisazione sull'impatto delle implicazioni appena elencate sulla sostenibilità del sistema a lungo termine.

Il primo esito che possiamo citare è l'Effetto Spiazzamento, un fenomeno per cui l'espansione di alcune variabili causa una contrazione o sostituzione di altre, limitandone la propria capacità d'azione. Nel contesto dell'economia sanitaria, esso può manifestarsi in tre forme alternative:

- ❖ Spiazzamento della Spesa Privata: avviene quando l'implementazione di un programma pubblico porta i cittadini a ridurre il ricorso ad assicurazioni private e alla spesa *Out-of-Pocket*. L'espansione del settore pubblico agisce quindi come subentro rispetto all'offerta del settore privato;
- ❖ Spiazzamento delle Risorse Professionali: si manifesta qualora emerga una competizione, per la forza lavoro medica ed infermieristica, tra diverse aree geografiche del paese oppure (la più comune negli USA) tra settore pubblico e privato convenzionato. Se esasperata, questa può portare una riallocazione del personale più qualificato presso le realtà più attrattive, lasciando le altre in carenza d'organico;
- ❖ Spiazzamento Finanziario: molto attuale anche in diversi paesi europei, si verifica in seguito ad un cospicuo incremento della spesa sanitaria nel bilancio pubblico, che erode l'ammontare di altre voci nello stesso, come per esempio istruzione, difesa, sicurezza, infrastrutture, ecc. Può inoltre accadere quando l'aumento dei costi obbligatori a carico del Governo porta una riduzione delle risorse disponibili per la prevenzione e la sanità territoriale di base a carico delle istituzioni a carattere locale.

Per riassumere possiamo quindi affermare con certezza che, qualora il bilanciamento tra fondi pubblici e privati fosse impreciso, esso altererebbe l'equilibrio della spesa aggregata e metterebbe a rischio l'intera sostenibilità del sistema.

Congiuntamente a questo concetto, viaggiano di pari passo le conseguenze su sussistenza e disuguaglianza, infatti se il servizio pubblico offerto è efficiente protegge i redditi bassi, ma nel caso in cui risultasse carente si genererebbe uno spiazzamento inverso (o spinta verso il settore privato), costringendo i cittadini a pagare ripetute volte, oppure a rinunciare direttamente ai servizi di cura a causa delle liste d'attesa. È fondamentale raggiungere un equilibrio.

Le inadeguatezze di questo sistema possono inoltre impattare negativamente sui salari del settore. L'aumento dei premi assicurativi pagati dai datori di lavoro ha infatti portato alla stagnazione dei salari reali dei lavoratori negli ultimi due decenni, essendo che i primi cercano di compensare la crescita dei costi sanitari non aumentando lo stipendio netto dei secondi.

Il risultato conclusivo è sempre lo stesso, le inefficienze portano ad altre inefficienze.

Dal lato di chi si occupa delle politiche di spesa federale, è chiaramente necessario tenere conto delle implicazioni sulla vita dei cittadini, avendo quindi bene in mente il raggiungimento del sopra menzionato equilibrio tra pubblico e privato per garantire la massima efficienza al sistema.

Principali Indicatori di Salute e Accesso alle Cure

Un'analisi di questo tipo impone di superare la mera valutazione clinica per attuare una prospettiva prettamente economica in cui la salute dei cittadini viene vista come una componente insostituibile del capitale umano, nonché, come abbiamo già visto, un prerequisito per la crescita economica nel lungo termine.

In questo contesto, possiamo facilmente comprendere che l'efficienza allocativa di un sistema sanitario si misura nella sua capacità di convertire le risorse investite (input) in risultati tangibili per la popolazione (output), garantendo al contempo un accesso ai servizi quanto più egualitario possibile.

Questo paragrafo si propone quindi di indagare il Paradosso Statunitense da tale determinato punto di vista, con lo scopo di ottenere una panoramica completa.

Nelle pagine antecedenti abbiamo già esplicitato nel dettaglio il concetto, che si manifesta tramite l'assurda coesistenza tra la spesa Pro Capite e in percentuale sul PIL più elevata al mondo, con esiti di salute aggregati che si collocano sistematicamente al di sotto di qualunque media globale. Tutto ciò avviene nonostante la presenza di una frontiera tecnologica avanzatissima e l'eccellenza della ricerca clinica, questo perché gli Stati Uniti presentano delle criticità strutturali che ne inficiano l'efficienza complessiva.

La nostra indagine procederà quindi lungo tre direttrici principali.

In primo luogo, verranno esaminati i macroindicatori di salute pubblica, quali l'aspettativa di vita, il tasso di mortalità evitabile e la prevalenza di patologie croniche, fissando come obiettivo, il quantificare lo scostamento tra la spesa da sostenere e i risultati ottenuti.

Successivamente, riprenderemo il discorso sulle barriere economiche all'accesso alle cure, valutando l'impatto dei già visti costi *Out-of-Pocket*, e del fenomeno della sottoassicurazione sulla domanda di servizi sanitari.

Infine, per chiudere questo primo capitolo, verrà condotta un'analisi distributiva volta a scindere il dato medio a livello nazionale, evidenziando come le inefficienze dei nostri mercati di riferimento (sanitario e assicurativo) si traducono in profonde disuguaglianze socioeconomiche, razziali e geografiche, con ricadute dirette sulla qualità di vita, spesso mettendo a repentaglio la tenuta politica e sociale del paese, dando vita a pesanti scontri collettivi.

Dovremmo avere già chiaro che la salute presenta una doppia valenza, può essere vista come bene di consumo, per quanto riguarda la generazione di utilità per la persona, oppure come bene d'investimento, vista dal lato del capitale umano.

Per analizzare questa ambivalenza, fino ad ora abbiamo prettamente fatto uso degli indicatori di input, quali la spesa totale, in percentuale sul PIL e Pro Capite.

Tuttavia, avanzando con l'elaborato, risulta obbligatorio spostarsi verso altre tipologie, in primis gli indicatori di output, anche detti "esiti di spesa pubblica".

In ambito sanitario sono utilizzati per valutare l'effetto sulla salute generale del sistema e la sua efficienza nel garantire ai cittadini una qualità di vita superiore.

Sfruttiamo la seguente tabella per assicurarci una chiara definizione di ciascuno di essi, e per valutare la posizione degli Stati Uniti rispetto al resto del mondo.

Indicatore di Output (Esiti della Spesa Pubblica)	Valore USA	Valore Medio Paesi Comparabili (OECD)
Aspettativa di Vita alla Nascita	79,0 anni	82,7 anni
Mortalità Materna	17,9 decessi ogni 100.000 nati vivi	< 10 decessi ogni 100.000 nati vivi
Mortalità Infantile	5,4 decessi ogni 1.000 nati vivi	4,0 decessi ogni 1.000 nati vivi
Mortalità Curabile	Ca. 88 decessi ogni 100.000 abitanti	Ca. 54 decessi ogni 100.000 abitanti
Prevalenza Obesità	Ca. 42% della popolazione	Ca. 21% della popolazione

Questa tabella è stata costruita basandosi su tre colonne, facenti riferimento all'indicatore, al valore statunitense e a una media OECD di paesi considerati comparabili.

Questo significa che sono state esaminate unicamente quelle realtà che hanno un livello di industrializzazione e un tenore di vita simili agli Stati Uniti, quali ad esempio l'Unione Europea, il Regno Unito, il Canada o il Giappone.

Vengono invece escluse quelle aree del mondo considerate ancora in via di sviluppo (quali India o Pakistan) o addirittura povere, senza un vero e proprio servizio sanitario nazionale (come la maggioranza dell'Africa o l'Afghanistan).

I valori sono stati estrapolati dai database OECD, cioè l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, per quanto riguarda i confronti internazionali, e dai report della CDC e NCHS per i dati epidemiologici, sulla mortalità e sulla prevalenza di patologie croniche.

La CDC è il “*Center for Disease Control and Prevention*”, il principale ente federale di controllo sulla salute pubblica americana, mentre la NCHS è il “*National Center for Health Statistics*”, l'agenzia statistica sanitaria principale nel paese.

L'attendibilità dei dati è fondamentale per garantire la correttezza dell'analisi.

Ritornando alla scomposizione delle informazioni contenute nella tabella, notiamo immediatamente come gli USA siano molto indietro in tema di aspettativa di vita e mortalità materna. Questi due indicatori dovrebbero sempre essere la base per valutare la condizione sanitaria di uno stato, difatti rappresentano la linea di partenza per poi fissare tutti gli obiettivi di politica sanitaria nel tempo.

Scendendo più nel dettaglio, passiamo ora alla mortalità infantile; è considerata a livello globale il dato fondamentale per valutare efficacemente il benessere sociale di una nazione e l'efficienza dell'assistenza primaria.

Negli Stati Uniti questo ha un impatto maggiore rispetto al resto del mondo sviluppato, ed è inoltre fortemente influenzato dalle disuguaglianze interne (il tasso per le madri afroamericane supera spesso i 10 decessi per 1000 nati vivi).

Tutto ciò evidenzia come il mercato sanitario non riesca a fornire un livello base di sicurezza uniforme sul territorio e per ogni etnia o minoranza.

Particolare attenzione va posta sulla mortalità curabile.

Questo è l'indicatore più potente tra quelli presi in analisi, essendo che possiede il significato economico intrinseco maggiore.

Misura i decessi considerati prematuri (sotto i 75 anni) che potrebbero essere evitati qualora il paziente avesse ricevuto le giuste attenzioni mediche tempestive ed efficaci (ad esempio appendicite, tumori curabili, crisi ipertensive).

Un tasso così alto negli USA dimostra che le barriere all'accesso che conosciamo (costi *Out-of-Pocket*, mancanza di assicurazione) impediscono la prevenzione e l'intervento precoce, distruggendo capitale umano, peggiorando la qualità della vita e generando un'enorme inefficienza allocativa.

Per comprendere invece l'indicatore sull'obesità, dobbiamo prima fare un leggero passo indietro. Bisogna assimilare bene un concetto, cioè che la salute agisce sul sistema economico su due fronti: la produttività del lavoro (secondo la visione del bene di investimento) e i costi di manutenzione del sistema stesso.

L'obesità, che negli USA raddoppia la media globale, è la principale causa delle malattie croniche (diabete di tipo 2, patologie cardiovascolari).

Con riferimento al secondo fronte, le patologie croniche assorbono più dell'80% della spesa sanitaria statunitense.

Questo ci permette quindi di spiegare che una parte della spesa eccezionale degli Stati Uniti è in realtà una risposta difensiva a uno stato di salute pubblica strutturalmente deteriorato, piuttosto che un investimento in ricerca.

Un'altra emergenza sanitaria endemicamente presente in questo contesto è legata all'abuso di sostanze, con particolare attinenza alla terribile epidemia degli oppioidi.

Questa rappresenta ben più di una grave e diffusa crisi di salute pubblica, si configura anzi, su tutti i fronti, come uno *shock* macroeconomico di proporzioni sistemiche, capace di esasperare ed evidenziare le profonde fragilità strutturali correnti.

Tutto ciò ha dato vita a una vera e propria patologia sociale, lontana dall'essere un solo fenomeno isolato di devianza individuale o di debolezza clinica, essa si integra pericolosamente alle preesistenti inefficienze allocative del mercato sanitario, generando una spirale di esternalità negative che evadono il perimetro strettamente medico per investire l'intero tessuto produttivo, sociale e finanziario della nazione.

L'impatto economico dei disturbi da uso di sostanze (*Substance Use Disorders*, o SUD) si manifesta mediante una serie di costi e disastrose ricadute generali, confermando inequivocabilmente l'incapacità del libero mercato, lasciato a sé stesso, di gestire in modo efficiente e razionale la complessa sfera della salute mentale.

Sotto il profilo strettamente contabile e operativo, lo stanziamento di risorse mediche dovuto all'abuso di stupefacenti, presenta un cospicuo onere ulteriore al sistema sanitario nazionale.

Si assiste quotidianamente a un incremento dei costi direttamente legati agli accessi in pronto soccorso, agli interventi di rianimazione urgenti, e ai prolungati, quanto spesso ripetuti, ricoveri nei reparti di terapia intensiva.

A tutto ciò si aggiunge l'opprimente esborso finanziario derivante dal trattamento delle numerose patologie croniche e infettive apertamente correlate all'uso di sostanze per via endovenosa, prime fra tutte l'infezione da HIV e le epatiti virali.

Degno di nota è inoltre l'aumento dei casi di infarto nella popolazione under 65 dovuti alle SUD, casi che, in percentuale sul totale degli attacchi cardiaci, rappresentano una quota sempre più crescente.

In un ecosistema ospedaliero dominato dalla remunerazione *Fee-for-Service*, questa *escalation* ininterrotta di interventi emergenziali massimizza l'ammontare di rendite a breve termine per i centri addetti, ma si traduce al contempo in un colossale spreco di risorse collettive.

Il sistema fallisce sistematicamente nel fornire al paziente un percorso terapeutico e riabilitativo di lungo periodo, l'unico approccio clinicamente ed economicamente valido per prevenire costanti ricadute.

Seguire il paziente in ogni fase del suo percorso di disintossicazione è fondamentale, non si può unicamente considerare la fase acuta ma bisogna essere in grado di gestire gli episodi di astinenza che si manifestano nel tempo.

La formazione stessa di questa crisi pone peraltro in drammatica evidenza le distorsioni morali e operative di un'industria sanitaria eccessivamente finanziarizzata.

Non si può in alcun modo ignorare il ruolo propulsivo svolto storicamente da determinate realtà dell'industria farmaceutica, le quali, sfruttando a proprio audace vantaggio le asimmetrie informative intrinseche al rapporto tra medico e paziente, e la complessa costruzione dei rimborsi, hanno diffuso pratiche prescrittive aggressive per la gestione del dolore, antepoendo i volumi di vendita alla tutela preventiva.

Contestualmente, le grandi compagnie assicurative, forti della loro posizione sul mercato, hanno spesso frapposto ostacoli burocratici e barriere finanziarie pressoché insormontabili all'accesso a cure specialistiche per il contrasto alle dipendenze.

La messa in atto di particolari strategie aziendali ha di fatto razionato le terapie riabilitative residenziali e i trattamenti assistiti con farmaci, spingendo i pazienti verso soluzioni cliniche meno costose per il pagatore nel brevissimo termine, generando così costi infinitamente maggiorati per il sistema macroeconomico nel medio e lungo periodo.

Nonostante qualche formale tentativo del legislatore di arginare queste asimmetrie, la realtà dei fatti ha dimostrato l'inefficacia di una regolamentazione priva di sanzioni strutturali.

Questo costante restringimento delle cure ha obbligato una vasta percentuale della popolazione a dover attingere ai propri risparmi per finanziare la riabilitazione, alimentando la spesa *Out-of-Pocket*, che ha inevitabilmente respinto le fasce più vulnerabili ai margini del sistema di cura, le stesse che tendono ad essere quelle maggiormente colpite dai problemi di cronicizzazione della dipendenza.

Tuttavia, è nell'attenta analisi delle esternalità macroeconomiche che il bilancio dell'abuso di sostanze si rivela in tutta la sua dirompente gravità.

L'epidemia agisce come un formidabile e inesorabile distruttore di capitale umano, erodendo le fondamenta stesse della competitività economica statunitense e della sua tenuta sociale.

La prematura mortalità e l'invalidità permanente di centinaia di migliaia di individui all'anno, prevalentemente concentrati nelle fasce di età lavorativa storicamente più produttive, determinano una contrazione patologica e non fisiologica della forza lavoro attiva.

Questo severo spiazzamento avviene in ogni contesto legato all'abuso di sostanze, ma negli USA viene portato all'estremo.

Il tasso di SUD nel paese è infatti di gran lunga il più elevato al mondo.

Il fenomeno sociologico ed economico del *missing worker* legato alle dipendenze costituisce oggi uno degli ostacoli strutturali più evidenti e complessi alla crescita del PIL potenziale, innescando un fatale circolo vizioso in cui la marginalizzazione economica alimenta la disperazione sociale, la quale, a sua volta, incentiva ulteriore ricerca e abuso di stupefacenti.

In questo desolante scenario di drammatico fallimento del mercato privato, l'onere del salvataggio è ricaduto, ancora una volta e in modo del tutto sproporzionato, sulle spalle del settore pubblico, in particolar modo sul programma *Medicaid*.

La concentrazione del rischio clinico e sociale all'interno dei programmi governativi certifica l'ennesimo collasso allocativo, il mercato privato infatti scarica le complessità croniche e le rovinose esternalità, originate in buona parte dalle sue stesse inefficienze e derive commerciali, sul contribuente.

In ultima istanza, l'impatto economico dell'abuso di sostanze negli Stati Uniti dimostra con spietata lucidità come la salute mentale, il benessere psicologico e il trattamento delle dipendenze non possano in alcun modo essere governati o intermediati dalle stesse ciniche logiche transazionali che regolano i mercati ordinari.

Per arginare questa inarrestabile emorragia di vite umane, intelligenze e preziose risorse finanziarie, si rende indispensabile un profondo ripensamento strutturale che superi in via definitiva il trattamento puramente acuto ed episodico dell'emergenza.

Non è possibile considerare il problema unicamente quando esso diventa evidente.

Per esempio, le lotte attuali agli oppioidi (soprattutto al “famoso” Fentanyl) sono state avviate in seguito alla registrazione di picchi mai visti di *overdose*, che hanno portato alla morte più di centomila americani in un anno.

Questi disastrosi numeri hanno causato un panico collettivo nelle città, molti opinionisti e studiosi della materia hanno messo in risalto che essi sono addirittura superiori rispetto all'ammontare dei decessi in quasi ogni conflitto bellico al quale gli Stati Uniti abbiano preso parte negli ultimi decenni.

Quest'ultimo dato rende bene la portata del fenomeno.

Affrontare alla radice il problema delle dipendenze richiede di abbandonare la ridotta e fallimentare visione curativa frammentata, abbracciando un approccio sistemico che riconosca, senza ulteriori perdite di tempo, come l'integrità mentale e fisica dell'intera popolazione costituisca l'*asset* primario inalienabile per qualunque tipologia prospettica di sviluppo economico equo e sostenibile.

Tutto ciò che abbiamo appena visto, porta inevitabilmente ad interrogarsi sullo stato di accesso alle cure e sulla struttura del mercato assicurativo per quanto riguarda le barriere d'entrata.

Sulla base di queste premesse, il focus si sposta ora su un nuovo indicatore: il tasso di copertura. Esso può a sua volta essere diviso in due distinte categorie per definire più correttamente il *pool* di individui che ne rientrano.

La prima tipologia di tasso di copertura, detto *Uninsured*, indica la percentuale di cittadini che non sono coperti da nessuna tipologia di assicurazione (pubblica o privata) e che fanno quindi parte della fascia di popolazione maggiormente a rischio da un punto di vista sanitario.

Questo dato si aggira intorno all'8% esaminando l'intera cittadinanza, mentre sale al 9,5% se si tiene unicamente conto della popolazione in età lavorativa (under 65).

Sebbene la percentuale di non assicurati sia storicamente molto bassa, il vero problema americano attuale è la seconda tipologia del nostro indicatore di riferimento: la sottoassicurazione, o *Underinsured*.

Si tratta di persone che hanno sottoscritto una polizza (spesso fornita dal datore di lavoro o tramite i programmi pubblici) ma con franchigie e co-pagamenti così elevati da rendere le cure economicamente inaccessibili, comportando di fatto la stessa rinuncia alle cure.

Difatti, le iniziative federali messe in atto per sostenere le fasce di popolazione più fragili, da una parte hanno contribuito ad abbassare ulteriormente il tasso di mancata copertura totale, ma

dall'altra non sono riusciti a incidere in modo decisivo sul fenomeno dei sottoassicurati, che rimane ancora ad oggi il maggior problema persistente negli Stati Uniti.

A questi aspetti si lega strettamente la questione del “razionamento delle cure”, vale a dire quel fenomeno che porta i cittadini, perfettamente consapevoli dei costi vivi, a rinunciare a cure e trattamenti preventivi (fondamentali per mantenere un buono stato di salute generale in prospettiva futura, soprattutto se in presenza di malattie croniche).

Questo senza ombra di dubbio riduce i sacrifici a cui si è sottoposti nel brevissimo termine, facendo tuttavia lievitare enormemente i costi futuri per coprire le urgenti cure richieste in seguito al peggioramento delle proprie condizioni, spesso costringendo i cittadini a rivolgersi in situazioni di emergenza al pronto soccorso.

Come naturale sviluppo di quanto appena spiegato, si richiama brevemente il già noto concetto di *medical bankruptcy*, quel fenomeno quasi esclusivamente americano dei fallimenti personali causati da debiti di natura medico sanitaria.

Passando ora a una prospettiva differente, una tesi economica moderna non può prescindere dall'analisi distributiva.

La media nazionale statunitense infatti nasconde al suo interno un gran numero di variazioni e scostamenti che vanno tenuti in considerazione.

Gli Stati Uniti si sono sempre presentati nel mondo come il paese delle infinite opportunità, tuttavia da questo splendido messaggio sono emerse negli anni diverse contraddizioni, che hanno dato il via a un sistema con, al suo interno, diverse tipologie di disuguaglianze.

In ambito sanitario possiamo identificare tre diverse sottospecie:

- ❖ Disuguaglianze socioeconomiche: si manifestano quando il gradiente di accesso alle cure è basato sul reddito. Queste portano spesso alla rinuncia alle cure per via dei costi economici, infatti secondo la Kaiser Family Foundation il 24,7% degli adulti non assicurati posticipa le cure, mentre il 22,6% vi rinuncia completamente a causa dell'insostenibilità dei costi ad esse associate;
- ❖ Disuguaglianze etniche-razziali: gli Stati Uniti sono il paese che nella storia è stato più caratterizzato dall'immigrazione di massa da ogni parte del globo, ma questo fenomeno non ha sempre portato a un benessere condiviso. Statisticamente le minoranze afroamericane e ispaniche presentano livelli di povertà e disoccupazione nettamente maggiori rispetto alle loro controparti bianche.
In ambito sanitario, come abbiamo citato in precedenza, questo porta ad un accesso alle cure inferiore e al deterioramento progressivo degli indicatori che abbiamo elencato nel corso di questo paragrafo. I dati più recenti della CDC mostrano per esempio che il tasso di mortalità materna per le donne afroamericane è quasi 4 volte superiore rispetto a quello per le donne bianche. Le minoranze razziali costituiscono inoltre quasi il 63% dei non assicurati, pur rappresentando solo il 46% della popolazione under 65;
- ❖ Disuguaglianze geografiche: sono inoltre presenti disparità tra i cinquanta stati federati, in particolare tra quelli che hanno accettato l'espansione dei programmi pubblici, e quelli che l'hanno parzialmente o completamente rifiutata.

A questo si aggiunge l'emergere e la diffusione dei cosiddetti "deserti sanitari", cioè quelle aree geografiche caratterizzate da una grave mancanza, o talvolta da una totale assenza di servizi medici.

Spesso in queste zone non sono neanche previste le infrastrutture per le cure essenziali, come ospedali, pronto soccorso, personale medico di base o reparti di ostetricia, con pesanti ricadute negative sulla qualità di vita dei residenti.

Tutto ciò avviene, sia in sperdute aree rurali, dove per raggiungere l'ospedale più vicino sono richieste più di due ore di macchina, sia in grandi aree urbane degradate, spesso (riprendendo quanto detto al punto precedente) periferie a forte maggioranza afroamericana o ispanica.

Ricordiamo che le disuguaglianze, il conseguente peggioramento dello stato di salute, e il mancato accesso alle cure, sono le cause scatenanti del deprezzamento del capitale umano; manifestandosi con una riduzione della partecipazione al mercato del lavoro e della produttività aggregata. In sintesi il sistema crea un circolo vizioso, in cui le inefficienze e le disuguaglianze si comportano da freno per la crescita economica potenziale.

In conclusione di questo primo capitolo, emerge con chiarezza come il sistema sanitario degli Stati Uniti rappresenti una rarità nel panorama globale, fungendo da perfetto e complesso laboratorio per analizzare le distorsioni realizzate nell'ambito dell'economia sanitaria.

L'analisi fin qui condotta ha decostruito come gli Stati Uniti, per governare questo mercato, hanno dato vita al cosiddetto "Paradosso Statunitense": una spesa sanitaria che assorbe un'ampia parte del PIL nazionale e registra i valori Pro Capite più imponenti al mondo, la quale tuttavia non si traduce in un'eccellenza proporzionale negli esiti di salute pubblica.

Al contrario, indicatori fondamentali come l'aspettativa di vita, la mortalità curabile e la mortalità infantile e materna mostrano allarmanti e persistenti ritardi rispetto alla media degli altri paesi industrializzati comparabili.

Come evidenziato tramite le lenti teoriche di vari cultori della materia, e dalla scomposizione dei *driver di costo*, il settore sanitario è intrinsecamente vulnerabile a fallimenti di mercato causati da asimmetria informativa, incertezza ed esternalità.

L'ostinazione nell'affidare un bene con tali peculiari caratteristiche a logiche, tipicamente americane, di libero mercato ha creato profonde inefficienze strutturali non giustificate, riassumibili in tre criticità principali:

- ❖ La Tirannia dei Prezzi: dalla scomposizione dell'esorbitante spesa complessiva, è emerso come essa non sia guidata da un equo sovra-utilizzo dei servizi sanitari da parte dei cittadini, bensì da prezzi unitari sproporzionati e senza eguali rispetto alle medie internazionali, aggravati da fenomeni di concentrazione ospedaliera e asimmetrie di potere. Un esempio lampante sono l'eccessivo potere di mercato dei fornitori e la frammentazione dei pagatori;
- ❖ L'illusione del Sistema Puramente Privato: sebbene il modello sia a chiara dominanza privata, l'intervento pubblico tramite programmi come *Medicare*, *Medicaid* e *CHIP* è economicamente massiccio e indispensabile per assistere le fasce più fragili della

popolazione. Tuttavia, il delicato equilibrio tra queste due dimensioni genera frequenti effetti di spiazzamento, mettendo a rischio la sostenibilità finanziaria del lungo termine. I programmi messi in atto risultano essere tanto onerosi quanto marginalizzati nella loro capacità di calmierare l'intero sistema, finendo per generare i sopracitati fenomeni avversi e coprendo solo parzialmente le falle del libero mercato;

- ❖ **Barriere all'Accesso e Disuguaglianze:** l'esito più drammatico di questo sistema che si dimostra strutturalmente iniquo. Il fenomeno della sottoassicurazione e gli insostenibili costi *Out-of-Pocket* generano barriere economiche che esasperano profonde fratture socioeconomiche, razziali e geografiche, culminando in fenomeni estremi come il razionamento delle cure e la piaga endemica della *medical bankruptcy*.

Nascono quindi dinamiche che scaricano enormi rischi finanziari direttamente sui poveri pazienti.

Risulta dunque evidente che l'attuale struttura mina non solo l'efficienza statica del sistema, ma svaluta attivamente il capitale umano, trasformando il sistema sanitario da motore di benessere a freno per la crescita economica potenziale.

Le fondamenta di questo complesso assetto strutturale, nonché le principali cause alla base della mancata efficienza allocativa e dei prezzi spropositati, risiedono inevitabilmente nelle dinamiche operative del settore assicurativo.

Se la mercificazione del rischio è alla base di queste inefficienze, i veri arbitri di tale equilibrio sono infatti gli enti preposti a intermediare il rapporto tra domanda e offerta di salute.

Diventa a questo punto indispensabile, per comprendere a pieno i meccanismi di sostenibilità del modello USA, rivolgere l'attenzione alla fonte finanziaria che ne detta le regole.

Per capire fino in fondo le leve che muovono i costi e determinano l'effettivo accesso alle cure, è quindi necessario studiare il comportamento dei veri "registri" di questo modello.

Il prossimo capitolo esplorerà dettagliatamente il mercato delle assicurazioni sanitarie private, analizzandone le dinamiche di *pricing*, la concentrazione dei principali attori, e le complesse strategie adottate per gestire, subire o talvolta amplificare i rischi e le asimmetrie informative, rivelando il vero promotore che alimenta e condiziona l'intero apparato sanitario statunitense.

Il Mercato delle Assicurazioni Sanitarie Private: Attori e Meccanismi

Definizioni e Tipologie di Assicurazioni

Il primo capitolo ha dimostrato come il sistema sanitario degli Stati Uniti sia pesantemente condizionato dai fallimenti di mercato teorizzati dai vari studiosi che abbiamo citato, in cui incertezza e asimmetria informativa impediscono il raggiungimento di un'allocazione efficiente delle risorse.

Per assimilare pienamente le dinamiche che generano tali inefficienze, è ora imperativo spostare la lente d'ingrandimento dal quadro macroeconomico e istituzionale al vero fautore finanziario e operativo di questo impianto: il mercato delle assicurazioni sanitarie private.

Questo secondo capitolo si pone l'obiettivo di disaggregare l'ecosistema assicurativo statunitense, analizzandone gli attori principali, le architetture contrattuali e i processi di determinazione del

valore. In un contesto in cui la sanità è trattata congiuntamente come bene di consumo e d'investimento, le compagnie assicurative non si limitano a svolgere il ruolo di meri intermediari finanziari, ma si dimostrano in grado di poter definire il mercato, influenzando in modo diretto, sia per quanto riguarda l'offerta dei fornitori (personale, salari e strutture ospedaliere) sia la domanda di servizi da parte dei pazienti.

Il percorso di indagine si articolerà in alcuni semplici, ma fondamentali, passaggi.

In questa fase iniziale, verranno esaminate le diverse tipologie di assicurazioni.

Si analizzerà come la strutturazione dei *network* di erogatori e le differenti configurazioni dei piani sanitari incidono sul grado di libertà di scelta del paziente e sui costi diretti a suo carico, quali franchigie e coassicurazioni.

Successivamente, nei prossimi paragrafi, l'analisi si concentrerà sui principali *Player* del settore. Esploreremo il livello di concentrazione del mercato e il potere contrattuale, di stampo quasi sempre oligopolistico, delle principali compagnie assicurative.

Questo passaggio è cruciale per comprendere come le asimmetrie di potere si scontrino con i noti monopoli ospedalieri locali, determinando quel livello di prezzi unitari straordinariamente incrementato, come evidenziato dagli studi di Anderson.

Discuteremo inoltre delle complesse dinamiche di *pricing* e rimborsi.

Verranno scanditi i metodi attraverso i quali le assicurazioni determinano, e soprattutto prezzano, il rischio e le logiche di remunerazione verso i fornitori di servizi sanitari, evidenziando le inefficienze storiche del modello *Fee-for-Service* e le distorsioni che esso genera, come la conosciuta "Domanda Indotta dall'Offerta".

Infine, il capitolo si chiuderà riprendendo e approfondendo in modo esaustivo uno dei concetti cardine dell'economia sanitaria: il problema della Selezione Avversa.

Si osserverà come il rischio pratico che solo gli individui più deboli decidano di assicurarsi abbia storicamente portato il mercato privato ad applicare pratiche di selezione e di esclusione delle malattie pregresse.

L'analisi di queste soluzioni di mercato, e dei loro pesanti limiti etici ed economici, comporteranno le necessarie premesse che ci permetteranno di comprendere le ragioni che hanno reso essenziale la robusta regolamentazione federale degli anni successivi, tema che sarà oggetto del terzo capitolo.

Riprendendo quindi il primo passaggio, poniamo adesso l'obiettivo di declinare le svariate tipologie di assicurazioni presenti nell'infinito mercato degli Stati Uniti d'America.

Innanzitutto, il sistema sanitario statunitense non prevede una categorizzazione generica dei diversi tipi di assicurazioni, ma le divide in alcune macrocategorie strutturate in base alla provenienza dei fondi e alle reti di medici disponibili.

Questa impostazione si riflette in alcune principali modalità di accesso alle coperture.

Il pilastro fondamentale per la popolazione attiva è l'*Employer-Sponsored Insurance* (ESI).

Nato storicamente nel secondo dopoguerra come benefit aziendale per contrastare i blocchi salariali, e incentivato da forti sgravi fiscali, questo canale vede il datore di lavoro nel ruolo di intermediario finanziario, con l'azienda che paga la quasi totalità del premio.

Sotto il profilo microeconomico, la copertura aziendale risolve alla radice il noto problema della Selezione Avversa: la creazione del gruppo di rischio (*risk pool*) infatti prescinde dallo stato di salute del singolo, basandosi unicamente sul fatto che l'individuo sia impiegato in quella determinata impresa.

Citiamo brevemente che, per chi non ha accesso a un piano aziendale, l'*Affordable Care Act* del 2010 ha introdotto i *Marketplaces*, piattaforme digitali regolamentate dove i cittadini possono confrontare e acquistare polizze individuali.

In questi casi il Governo Federale interviene erogando sussidi diretti parametrati sul reddito, con il preciso obiettivo di stabilizzare il mercato e sostenere la domanda delle fasce medio-basse. Vedremo i dettagli nel prossimo capitolo.

Restano sempre disponibili infine, i canali privati fuori piattaforma, detti *Off-Exchange*, privi di qualsiasi agevolazione pubblica e acquistati direttamente dalle compagnie assicurative.

All'interno del pilastro fondamentale rappresentato dalla ESI, risulta indispensabile operare una profonda distinzione analitica riguardante l'assunzione e la gestione del rischio finanziario da parte delle imprese coinvolte in questo sistema.

Sebbene per il lavoratore dipendente l'esperienza di consumo e l'accesso ai *network* medici possano apparire del tutto immutati, sotto la superficie contrattuale il mercato aziendale si scinde in due fattispecie diametralmente opposte: i piani *Fully-Insured* e i modelli *Self-Funded*.

Nel primo caso, l'azienda firma un tradizionale contratto con la compagnia assicurativa, corrispondendo un premio fisso prestabilito, solitamente su base mensile o annuale, per ciascun dipendente iscritto.

Questa struttura rappresenta un puro trasferimento del rischio.

Non a caso, è proprio l'assicuratore a farsi integralmente carico dell'incertezza legata all'insorgere delle patologie e all'assorbimento dei costi medici effettivi.

Qualora la spesa sanitaria aggregata dei dipendenti dovesse eccedere l'ammontare dei premi incassati, la società subirebbe una perdita tecnica.

Viceversa, l'eccedenza verrebbe assimilata a un classico margine di profitto.

Tali polizze sono inoltre soggette a una rigida giurisdizione statale, il che obbliga le compagnie a rispettare i mandati di copertura locali e a versare le relative imposte sui premi.

Tuttavia, osservando il comportamento delle medie e grandi imprese (a differenza dell'Italia queste rappresentano la maggioranza dei lavoratori autonomi negli Stati Uniti), emerge una netta preferenza verso una soluzione alternativa, guidata da forti incentivi di natura fiscale e di ottimizzazione dei flussi di liquidità: il modello *Self-Funded*.

In questa configurazione, si assiste a un vero e proprio cambiamento totale di paradigma.

Il datore di lavoro infatti decide di non esternalizzare l'incertezza, ma di autoassicurarsi, mantenendo il rischio finanziario all'interno del proprio bilancio.

L'impresa provvede quindi ad erogare direttamente le spese mediche vive dei propri dipendenti nel momento in cui queste si palesano.

La compagnia assicurativa (o alternativamente, una terza entità specializzata definita *Third-Party Administrator*, TPA) non scompare, ma subisce una mutazione di ruolo.

Essa non agisce più da garante finanziario, bensì da semplice fornitore di servizi amministrativi, in quella che viene definita una struttura ASO (*Administrative Services Only*).

In cambio di una provvigione fissa, il TPA mette a disposizione dell'azienda la propria rete di medici convenzionati, elabora le pratiche di rimborso e gestisce il servizio clienti, eliminando la disparità d'azione, ma lasciando il rischio gravare unicamente sull'impresa.

Le ragioni economiche che spingono il mercato verso l'autoassicurazione trovano il loro fondamento principale in un fenomeno di arbitraggio normativo regolamentare, garantito dalla legge federale ERISA (*Employee Retirement Income Security Act* del 1974).

L'ERISA esenta infatti i piani *Self-Funded* dalla regolamentazione sanitaria dei singoli Stati federati. Questo permette alle multinazionali di offrire un unico piano sanitario standardizzato per tutti i lavoratori dipendenti sul territorio nazionale, eludendo al contempo le tasse statali sui premi assicurativi e i mandati di copertura obbligatori, che incrementerebbero artificialmente i costi complessivi.

Ovviamente, per proteggere i propri bilanci aziendali da eventi sanitari eccezionalmente onerosi, come cure oncologiche prolungate o trapianti, che genererebbero una volatilità del personale insostenibile (il cosiddetto rischio catastrofe), le imprese *Self-Funded* stipulano parallelamente delle polizze di *Stop-Loss*.

Questa specifica copertura viene attivata solo quando il costo del singolo paziente, o l'esborso aggregato per l'azienda, supera una determinata soglia prestabilita a contratto, agendo quindi da protezione di ultimo livello.

Riassumendo, la bipartizione tra *Fully-Insured* e *Self-Funded* non rappresenta un semplice dettaglio tecnico o amministrativo, ma determina un'importante variabile per la comprensione delle inefficienze allocative e della concentrazione del potere di mercato.

Essa dimostra come le aziende si siano strutturate per aggirare le rigidità di un sistema profondamente oneroso, modificando di fatto le regole e le relazioni con i grandi *player* del settore assicurativo che andremo ad analizzare in seguito.

A corollario dell'analisi dei piani legati all'impiego (ESI) a cui si è appena fatto cenno, risulta obbligatorio esaminare l'istituto normativo che rappresenta il crocevia tra le tutele del lavoratore e le stringenti logiche finanziarie del mercato: la normativa COBRA (*Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act*).

Approvata a livello federale nel 1985, questa legislazione nasce con il nobile obiettivo di fornire una maggiore sicurezza, permettendo ai dipendenti e alle loro famiglie di mantenere temporaneamente (di solito dai 18 ai 36 mesi) la copertura sanitaria aziendale di gruppo a seguito di eventi qualificanti, quali la perdita del posto di lavoro, la transizione tra due impieghi o una drastica riduzione dell'orario lavorativo e di conseguenza del salario.

Sotto il profilo strettamente clinico, il COBRA garantisce un'importante continuità assistenziale, in quanto l'individuo è in grado di mantenere esattamente lo stesso piano, il medesimo riferimento di medici, e gli esatti limiti di franchigia accumulati fino a quel momento nell'anno di riferimento.

Tuttavia, analizzando il meccanismo attraverso le lenti dell'economia sanitaria, emergono profonde distorsioni che ne mettono a repentaglio l'efficacia pratica e alimentano le barriere economiche per l'accesso alle cure.

La grande criticità strutturale del COBRA risiede nel radicale trasferimento dell'onere finanziario. Durante il periodo di impiego, come abbiamo visto, l'azienda sovvenziona la percentuale prevalente del premio mensile.

In seguito all'attivazione del COBRA, il sussidio aziendale decade immediatamente.

L'ex dipendente, trovandosi paradossalmente in un momento di massima vulnerabilità reddituale (dovuta alla perdita del posto di lavoro), è chiamato a coprire personalmente l'intero ammontare del premio (sia la sua ex quota, sia quella versata anticipatamente dal datore di lavoro), a cui si somma una commissione amministrativa canonica del 2%, portando l'esborso totale, a carico di un individuo neo disoccupato, fino al 102% del costo reale della polizza.

Questa dinamica genera due conseguenze microeconomiche di estremo rilievo.

In primis riemerge brutalmente il problema della Selezione Avversa all'interno del mercato. Affrontando premi che possono facilmente superare le svariate migliaia di USD mensili per una semplice copertura familiare, gli individui giovani e in salute propendono per rinunciarvi, preferendo rimanere temporaneamente non assicurati, o ripiegando su polizze *Short-Term* a basso costo ma estremamente carenti qualora emergessero problematiche di qualunque tipo.

Di contro, soltanto coloro che affrontano patologie croniche, gravidanze o cure in corso, e che quindi prevedono una spesa medica certa e superiore al costo del premio, sono inclini a sostenere un simile esborso economico.

Questo autoselezionarsi dei profili peggiori opera un deterioramento sul rischio aggregato e mantiene artificialmente alti i costi di gestione per le assicurazioni.

In secondo luogo, la consapevolezza dei costi insostenibili legati al COBRA dà il via ad un fenomeno macroeconomico noto come *Job Lock* (rigidità o mancata mobilità lavorativa).

Molti dipendenti americani, specialmente quelli con familiari affetti da patologie preesistenti, decidono di non rinunciare a lavori inefficienti o non sufficientemente retribuiti a causa del timore di perdere la propria copertura ESI sovvenzionata e dover quindi affrontare le dinamiche prevista dal COBRA.

Questo disincentivo alla mobilità del lavoro ostacola l'ottimizzazione del capitale umano e colpisce duramente la produttività aggregata dell'intero sistema.

In sostanza, sebbene l'iniziale concepimento del COBRA prevedesse l'introduzione di una tutela normativa per alleviare le crisi transitorie, nella pratica è spesso diventato un lusso inaccessibile ai più.

Esso rappresenta un'aggiuntiva testimonianza di come il modello statunitense spesso porti a scaricare l'intero carico delle inefficienze direttamente sull'utente finale, aggravando l'esposizione al rischio di bancarotta e dimostrando i limiti di un'assistenza sanitaria strettamente subordinata al mantenimento di un contratto lavorativo.

Specifichiamo che le due discipline appena viste, sono state esplicitate così come previste dal Dipartimento del Lavoro presso il Governo Federale, mentre le precisazioni fiscali sono state fornite dal sito dell'IRS, l'Agenzia delle Entrate d'oltreoceano.

Andando avanti, già sappiamo che la gestione dell'azzardo morale rappresenta da sempre la sfida principale per le assicurazioni americane.

Per limitare il consumo eccessivo o ingiustificato di prestazioni mediche, il mercato si è quindi strutturato attorno ai modelli di *managed care*, che limitano la libertà di scelta dell'assicurato in cambio di un controllo stringente sui costi.

Questi sono stati validamente descritti da Sherry A. Glied nel 2000, con il suo saggio "*Managed Care*", pubblicato all'interno del prestigioso *Handbook of Health Economics*.

Possiamo riconoscere quattro modelli tradizionali, costruiti in base alla rete medica a cui fanno riferimento.

Il modello più rigido è quello delle HMO, ossia le *Health Maintenance Organization*.

In questo schema, l'assicurato deve obbligatoriamente scegliere un medico di base che opera da *gatekeeper* (guardiano), così facendo qualunque visita specialistica richiede una sua formale autorizzazione sotto forma di ricetta, e le cure richieste al di fuori dalla rete dei medici convenzionati sono interamente a carico del paziente.

L'efficienza economica si basa su contratti a *capitation*, cioè degli accordi in cui un medico o una struttura riceve un compenso fisso periodico per ogni paziente registrato, a prescindere dal numero di visite o cure effettivamente erogate.

L'obiettivo è di trasferire parte del rischio finanziario sugli operatori sanitari, disincentivando quindi, gli esami superflui.

Analogamente alla rigidità delle HMO, una tendenza interessante nella configurazione dei piani assicurativi moderni è raffigurata dall'espansione dei cosiddetti *Narrow Networks* (reti ristrette). Per arginare gli aumenti dei premi, le compagnie selezionano un numero limitato di fornitori sanitari a fronte di forti sconti tariffari.

Se da un lato questo modello consente di ridurre l'esborso del premio mensile, dall'altro rimarca ulteriormente la frammentazione dell'accesso e illustra al cittadino il rischio di *Balance Billing*. Quest'ultimo si manifesta quando un paziente riceve prestazioni in emergenza, o cure urgenti presso una delle tante strutture convenzionate, non essendo a conoscenza che un singolo operatore della squadra (ad esempio l'anestesista o il radiologo) opera al di fuori della rete, generando fatture inaspettate e facendo lievitare pesantemente i costi.

Per contrastare questo fallimento informativo e di tutela, nel 2022 è entrato in vigore il *No Surprises Act*, un intervento federale centrale che vieta la fatturazione non annunciata anticipatamente per le cure d'emergenza, trasferendo la disputa tariffaria direttamente tra erogatore e assicuratore.

Al contrario, esistono le PPO, o *Preferred Provider Organization*, che lasciano massima libertà di manovra. Non serve infatti alcuna autorizzazione per andare da uno specialista e l'assicurazione rimborsa, seppur in quota minore, anche le prestazioni fuori rete.

Questo lusso si traduce ovviamente in premi mensili molto più corposi per compensare la maggiore elasticità della domanda da parte degli assicurati.

Tra questi due estremi si collocano altre due tipologie intermedie.

In primis le EPO (*Exclusive Provider Organization*), che azzerano la copertura fuori rete ma eliminano la figura del medico di base per l'accesso agli specialisti, ai quali ci si può rivolgere anche senza ricetta.

I costi sono inferiori rispetto a un piano PPO ma concede meno libertà di scelta, nonostante sia comunque più flessibile di un HMO.

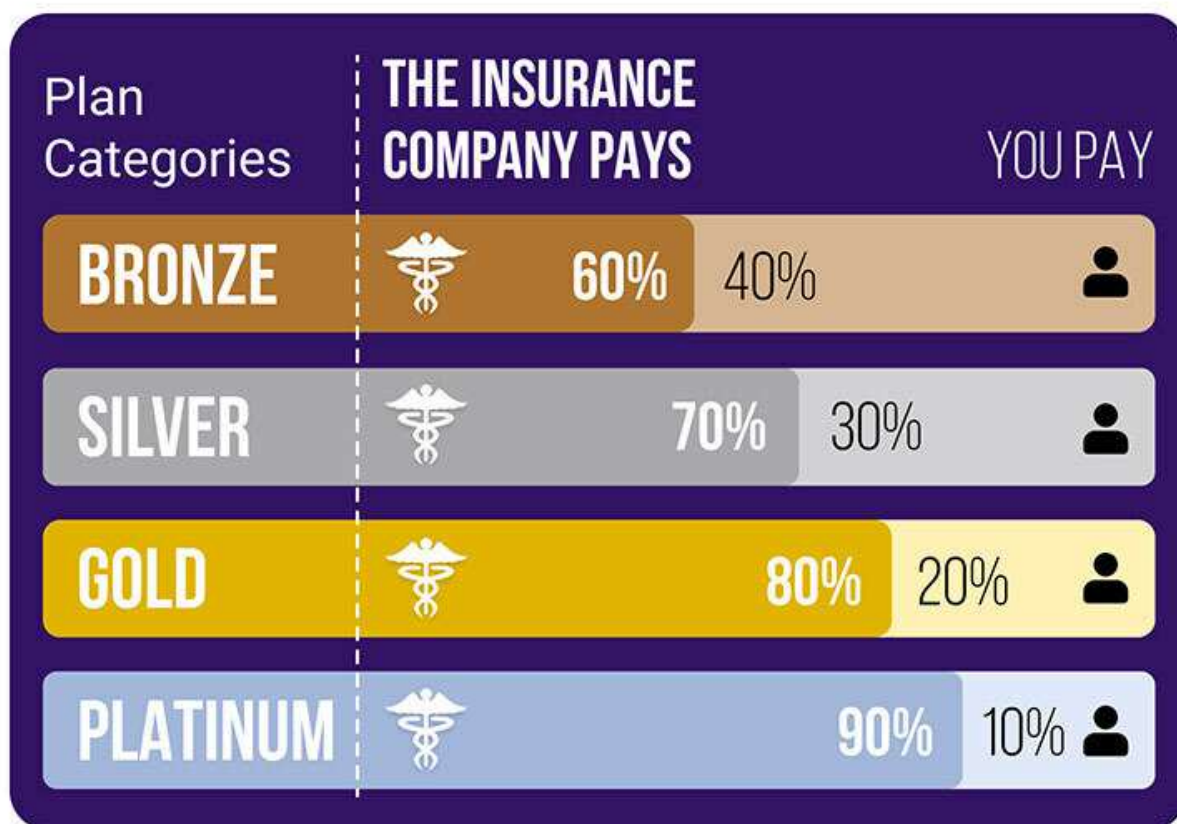
Specularmente vi sono i piani POS (*Point of Service*), cioè un sistema ibrido dove il medico di base coordina le cure ma è consentito, a caro prezzo, uscire dalla rete convenzionata.

I metodi dei piani precedenti vengono quindi fatti convergere in un'unica soluzione, agli utenti è ugualmente richiesto di indicare un medico curante, ma chiedendo la solita ricetta si è liberi di vedere qualunque specialista, anche se, questo è subordinato a una copertura fuori dalla rete molto limitata e con sacrifici economici ulteriori a carico dell'utenza.

Se ci si rivolge a un medico non convenzionato infatti, solo parte della spesa può essere coperta, ma il paziente deve obbligatoriamente far fronte a un ingente onere e anticipare l'esborso.

I premi mensili sono comunque inferiori rispetto a un piano PPO puro, mentre l'obbligatorietà di rivolgersi sempre al medico di medicina generale apporta una maggiore burocrazia, allungando le tempistiche per i rimborsi se si usano professionisti fuori rete.

Passiamo ora a una diversa metrica di classificazione, basata sui livelli di costo.



Fonte: HealthCare.gov

All'interno dei siti istituzionali, come HealthCare.gov, i piani vengono classificati attraverso i cosiddetti *Metal Tiers* (*Bronze*, *Silver*, *Gold* e *Platinum*), riassumibili come nell'immagine appena aggiunta.

Questa suddivisione non indica la qualità delle cure, ma il valore attuariale del piano, ovvero la quota percentuale di spese che l'assicurazione copre in media rispetto a quelle che restano a carico dell'utente sotto forma di franchigie e co-pagamenti.

Andando per ordine, i piani *Bronze* coprono circa il 60% dei costi totali; hanno premi mensili molto contenuti ma franchigie altissime, il che li rende appetibili solo per soggetti giovani e sani che vogliono proteggersi da eventi catastrofici rari.

I piani *Silver*, con un valore attuariale del 70%, costituiscono lo standard di riferimento del mercato, anche perché sono gli unici a sbloccare i sussidi per la riduzione dei costi vivi.

Sono difatti considerati i più equilibrati.

Salendo verso i livelli *Gold* (80%) e *Platinum* (90%), i premi mensili crescono progressivamente, mentre si azzerano quasi del tutto le spese da fronteggiare al momento del bisogno.

Questa forte differenziazione tariffaria spinge i consumatori affetti da patologie croniche ad autoselezionarsi verso i piani più ricchi, riaccendendo i classici problemi di asimmetria informativa che l'ACA ha cercato di normare.

Esistono infine i piani *Catastrophic*, formule a bassissimo costo e ad altissima franchigia riservate agli under 30 o a chi si trova in condizioni di grave indigenza economica.

Un fenomeno rilevante e degno di nota degli ultimi anni è la crescita dei piani speciali ad alta franchigia (*High-Deductible Health Plans*, o HDHP).

La logica economica alla base di questi strumenti è la responsabilizzazione finanziaria dell'individuo. Premi mensili bassi e franchigie alte costringono l'assicurato a pagare di tasca propria le prime migliaia di dollari di cure, cercando di abbattere il rischio morale.

Per evitare che le persone rinuncino alla prevenzione pur di non pagare, la legge impone che i controlli di routine e i vaccini siano sempre gratuiti.

Per stimolare la sostenibilità di questi piani il legislatore ha introdotto i conti HSA (*Health Savings Account*).

Essi consistono in conti di risparmio personali, associati esclusivamente a un HDHP, e caratterizzati da una serie di guadagni fiscali.

I versamenti sono deducibili dal reddito, i rendimenti crescono al netto delle imposte, e i prelievi per spese mediche qualificate non subiscono tassazione.

Inoltre, i risparmi accumulati non scadono mai, trasformandosi di fatto in uno strumento sussidiario di previdenza complementare per far fronte alla vecchiaia.

A differenza degli HSA, esistono però conti interamente gestiti dal datore di lavoro, detti FSA (*Flexible Spending Account*), che scadono tassativamente a fine anno secondo la logica "use-it-or-lose-it".

A completamento dell'analisi teorica degli HDHP e della loro integrazione con gli strumenti di risparmio fiscale, risulta fondamentale indagare le ricadute pratiche che questa articolazione tariffaria genera sulle scelte degli individui.

La teoria economica neoclassica, che ha promosso la diffusione di tali piani, implica che i pazienti, trovandosi vulnerabili al costo marginale delle prestazioni fino al raggiungimento dell'elevata franchigia, si trasformino in dei consumatori perfettamente razionali (il cosiddetto *smart shopper*).

L'obiettivo concettuale è quello di esortare l'assicurato a paragonare i prezzi, promuovere la concorrenza tra i fornitori, e infine, ridurre l'inefficienza legata al dilemma dell'Azzardo Morale.

Tuttavia, l'osservazione empirica dei comportamenti di consumo sanitario rivela un ampio divario tra tutto questo impianto e la realtà dei fatti.

Il limite principale di questo approccio è rappresentato dal rischio di sottovalutare il peso dell'asimmetria informativa.

Il mercato della salute, per sua stessa natura, è caratterizzato da una grave cecità tariffaria (i prezzi reali sono raramente conoscibili prima dell'erogazione del servizio), e da una diffusa incapacità tecnica del paziente di valutare l'effettiva necessità di un intervento.

Di conseguenza, possiamo mostrare che gli HDHP agiscono come uno strumento di controllo dei costi estremamente attenuato.

Messo di fronte alla prospettiva di dover sborsare migliaia di dollari di tasca propria (spesa *Out-of-Pocket*), l'individuo medio non si limita a contrarre le cure inutili o superflue, ma mette in atto una vera e propria contrazione indiscriminata e orizzontale della domanda.

Questo fenomeno si traduce esattamente in quel drammatico "razionamento delle cure" che abbiamo introdotto in precedenza.

Il paziente, per preservare la liquidità di breve periodo, tende a posticipare esami diagnostici cruciali, ritarda le visite specialistiche o riduce l'aderenza terapeutica complessiva ai farmaci per patologie croniche (ad esempio il frazionamento delle dosi di insulina).

Sebbene la legge tuteli la prevenzione di base rendendo gratuiti i controlli annuali, essa non copre le eventuali successive cure necessarie che derivano da tali *check-up* preventivi, lasciando il malato esposto al medesimo disincentivo finanziario.

Le implicazioni nel lungo termine di questo meccanismo sono paradossali e sono in perfetta contraddizione con l'originale obiettivo di contenimento della spesa.

Le patologie trascurate nelle fasi iniziali, dove il costo di intervento sarebbe contenuto, degenerano inevitabilmente in condizioni acute, a cui porre rimedio è sempre più complesso e sottoposto a rischi maggiori.

Difatti, quando il quadro clinico si aggrava in modo insostenibile, il cittadino è costretto a ricorrere a cure d'emergenza, accessi al pronto soccorso e lunghi ricoveri ospedalieri.

Arrivati a quel punto, i costi si dilatano ben oltre la soglia della franchigia, trasferendo l'enorme onere finanziario nuovamente sulle compagnie assicurative e, indirettamente, sui premi futuri dell'intera collettività.

In ultima analisi, l'implementazione eccessivamente aggressiva degli HDHP dimostra come la volontà di correggere un fallimento di mercato (l'Azzardo Morale), tramite una mera responsabilizzazione finanziaria, possa infine aggravare la situazione sotto altri punti di vista (in questo caso il deprezzamento del capitale umano).

Forzare in modo coatto i cittadini a bilanciare la propria salute con il rischio di un tracollo finanziario conferma l'inadeguatezza di applicare i classici meccanismi di libero mercato a un bene estremamente complesso ma vitale come l'assistenza sanitaria.

Citiamo inoltre l'esistenza di alcune alternative, con forme di copertura marginali o deregolate, rispetto ai piani che abbiamo appena elencato.

Sono infatti emerse negli anni tre modalità particolari di approccio all'assicurazione, da utilizzare in specifiche situazioni:

- ❖ *Short-Term Health Insurance*: offrono polizze transitorie, dalla durata di pochi mesi, a basso costo, ma escludono le patologie preesistenti, accentuando l'asimmetria informativa. Il loro fine primario è coprire il paziente tra un lavoro e l'altro;
- ❖ *Indemnity Plans*: l'assicurato paga il medico e la compagnia rimborsa una percentuale fissa della prestazione. Operano secondo la logica del risarcimento del danno a fronte della prestazione, senza gestione della rete medica;
- ❖ *Health Care Sharing Ministries*: associazioni religiose o comunitarie di mutuo soccorso, non sono vere assicurazioni e non hanno nessun tipo di tutele legali.

Oltre a ciò, un altro elemento supplementare alla classificazione delle coperture, che abbiamo elencato nel corso del paragrafo, è la totale distinzione concettuale e operativa tra l'assicurazione medica comune e le prestazioni erogate per la salute orale e visiva.

Questo dà vita a un fenomeno noto come *unbundling* delle cure.

Differentemente rispetto ai paesi europei, un piano sanitario standard negli Stati Uniti, anche se ad alta copertura, tendenzialmente non include l'assistenza odontoiatrica e oculistica per la popolazione adulta.

L'utente è dunque obbligato a sottoscrivere polizze integrative opzionali, o a sostenere integralmente i costi di tasca propria (*Out-of-Pocket*).

Dal punto di vista strettamente economico, questo frazionamento causa l'ennesima distorsione allocativa. Le spese dentistiche rappresentano una delle principali ragioni che portano a rinunciare alle cure preventive, provocando un progressivo deterioramento delle proprie patologie croniche, che finiscono poi per gravare sui costi dell'assicurazione tradizionale.

Alla luce delle molteplici problematiche allocative e dell'articolata struttura tariffaria appena analizzata, emerge chiaramente come l'intero sistema assicurativo sia progettato per far gravare il rischio finanziario direttamente sull'utente al dettaglio.

A orchestrare e trarre profitto da queste asimmetrie, tuttavia, non è un libero mercato concorrenziale, bensì un numero estremamente ristretto di importanti soggetti intermediari.

Diventa pertanto essenziale, nel prossimo paragrafo, incentrare l'analisi sui grandi *player* del settore, esaminando come la loro robusta concentrazione gli consenta di governare e stabilire il regolamento dell'intero apparato.

I Grandi Player: Concentrazione e Ruolo sul Mercato delle Principali Compagnie

Aver compreso l'intricata composizione dei piani sanitari e le dinamiche di trasferimento del rischio appena affrontate nel paragrafo precedente, ci consente ora di compiere un coerente passaggio logico fondamentale.

Le inefficienze allocative e la rigidità tariffaria che stanno alla base dell'offerta assicurativa statunitense non sono un risultato casuale, bensì l'esito diretto delle strategie adottate dai veri decisori del sistema. Per decodificare a fondo il "Paradosso Statunitense", risulta a questo punto necessario lasciarsi alle spalle l'illusione teorica di un mercato perfettamente concorrenziale ed esaminare l'attuale ossatura industriale del settore, profondamente contrassegnata da dinamiche di chiaro stampo oligopolistico.

Nel corso degli ultimi decenni, il mercato delle assicurazioni sanitarie private è stato infatti caratterizzato da un drastico e inarrestabile processo di consolidamento.

Attraverso cicli continui di fusioni e acquisizioni, un quantitativo sempre più ristretto di *corporation* ad ovvio scopo di lucro ha intaccato le quote di mercato dei piccoli operatori statali, ponendo pesanti barriere all'entrata.

Per quanto riguarda l'aspetto microeconomico, questa potente concentrazione è stata storicamente giustificata dalle compagnie tramite la necessità di perseguire economie di scala e, soprattutto, come indispensabile manovra, messa in atto a scopi difensivi, per garantirsi potere

contrattuale ed essere in grado di contrapporsi efficacemente ai già noti monopoli ospedalieri locali, che sono stati considerati altrettanto pericolosi dall'utenza finale.

Tuttavia, l'indagine empirica dei dati di bilancio dimostra come i tanto acclamati benefici di tale accentramento si siano raramente tradotti in un reale vantaggio sui premi per i cittadini, trasformandosi piuttosto in ulteriori margini di profitto per le società stesse.

Oggi, i cosiddetti grandi *Player* del settore (cioè realtà finanziarie di imponenti dimensioni patrimoniale e reddituali, tra cui spiccano nomi come *UnitedHealth* ed *Elevance Health Group*, che verranno ripresi e confrontati specificatamente nel quarto capitolo) non si limitano più a svolgere il tradizionale ruolo di passivi intermediari finanziari per la copertura dell'incertezza. Essi si sono evoluti nei veri e propri architetti dell'intero ecosistema sanitario.

Attuando pesanti strategie di integrazione verticale e orizzontale, queste entità hanno esteso la loro influenza superando il semplice compito di stipula delle polizze, arrivando a dirigere direttamente l'erogazione di servizi, l'approvvigionamento e la gestione dei farmaci, e l'elaborazione dei dati clinici.

Questo decisivo mutamento strutturale conferisce ai grandi colossi assicurativi un potere di mercato senza precedenti. Essi sono ad oggi in grado di modellare a proprio piacimento sia l'offerta (dettando le regole d'ingaggio e fissando le logiche di rimborso per i medici e gli ospedali), che la domanda (indirizzando coattivamente i pazienti tramite i *Narrow Networks*).

Conseguentemente, il rapporto di garanzia e la fiducia tra medico e paziente che, come evidenziato dagli studi di Arrow, dovrebbero sopperire alle carenze strutturali del sistema sanitario, vengono definitivamente sostituiti o distorti dalle logiche aziendali di profitto.

Questo paragrafo si pone pertanto l'obiettivo di disaggregare le quote di mercato e misurare il peso specifico di tali importanti compagnie.

Analizzeremo come la spinta verso l'estrema concentrazione dell'offerta assicurativa influisca concretamente sulla determinazione dei prezzi e sulla qualità dell'assistenza, dimostrando come le asimmetrie di potere, al posto di contrastare i fallimenti del libero mercato, tendano al contrario a istituzionalizzarli.

Delineare l'egemonia delle principali assicurazioni ci fornirà infine la chiave di lettura necessaria per comprendere, nel successivo paragrafo, i meccanismi di *pricing* e i modelli di remunerazione che tengono economicamente in vita l'intero apparato.

Per mappare adeguatamente l'attuale assetto oligopolistico, risulta imperativo identificare quelle che nel gergo finanziario e sanitario vengono comunemente definite le "*Big Five*" (o "*Big Six*", a seconda delle metriche di inclusione).

Si tratta di grandi società per azioni, quotate presso Wall Street, che si spartiscono tra loro la copertura assicurativa della stragrande maggioranza della popolazione statunitense, fungendo da veri e propri catalizzatori della spesa sanitaria nazionale.

Di seguito definiamo il profilo e le quote di mercato dei partecipanti al "gruppo", per poi decostruire le strategie aziendali che permettono loro di esercitare un dominio incontrastato sul mercato assicurativo e sanitario:

- ❖ *UnitedHealth Group* (UHG): si tratta senza ombra di dubbio dell'egemone a livello mondiale. Presenta ricavi annui abbondantemente superiori al PIL di molte nazioni sviluppate, e rappresenta il vertice dell'integrazione nel settore sanitario.
Come vedremo più approfonditamente nel quarto capitolo (in sede di confronto diretto), la forza di questa società risiede nella sua struttura duale: da una parte *UnitedHealthcare*, che si occupa della classica vendita di polizze e dell'assunzione del rischio; dall'altro *Optum*, una divisione specifica che ha il compito di erogare servizi medici diretti e occuparsi dell'analisi dei relativi dati sanitari per una moltitudine di soggetti, operando inoltre come intermediario farmaceutico;
- ❖ *Elevance Health Group*: il secondo ente assicurativo definito per le sue dimensioni, caratterizzato da una fortissima radice territoriale.
Agisce in numerosi stati in qualità di licenziatario esclusivo del marchio *Blue Cross Blue Shield* (BCBS). Questa affiliazione le garantisce un riconoscimento del marchio ineguagliabile e una concentrazione di mercato che, in alcune specifiche aree geografiche (come in alcune contee della California o del Midwest), le attribuisce una vera e propria posizione assimilabile a un quasi monopolio;
- ❖ *CVS Health (Aetna)*: da sempre una tra le più antiche e grandi compagnie di assicurazione tradizionali, *Aetna* è stata acquisita nel 2018 dalla catena di farmacie *CVS Health*, in una delle fusioni più imponenti della storia sanitaria americana.
Questa unione rappresenta l'esempio lampante di convergenza tra l'erogazione di beni al dettaglio (le farmacie fisiche), la gestione dei rimborsi e la copertura assicurativa, trattenendo inoltre all'interno del proprio perimetro aziendale un'imponente quota della spesa *Out-of-Pocket* dei pazienti;
- ❖ *Cigna*: fortemente sbilanciata verso il mercato commerciale e delle polizze aziendali (ESI), si distingue per una forte visione internazionale e per aver messo in atto una fusione con *Express Scripts*, uno dei più importanti gestori di benefici farmaceutici d'America;
- ❖ *Humana e Centene*: sebbene siano due entità giuridicamente distinte, condividono una strategia di specializzazione che le differenzia dai concorrenti.
Humana si è progressivamente lasciata alle spalle il mercato commerciale puro, per focalizzarsi quasi interamente sui piani *Medicare Advantage* (la Parte C di *Medicare* destinata agli over 65).
Centene, parallelamente, ha invece costruito un impero specializzandosi nella gestione esternalizzata dei programmi *Medicaid* per conto dei singoli stati federati, e nei *Marketplaces* istituiti dall'*Affordable Care Act*.

Elencare i nomi di queste grosse società non è tuttavia adeguato per spiegare l'enorme spesa Pro Capite o l'inefficienza allocativa negli USA, bisogna infatti analizzare come esse operano.

La teoria economica neoclassica presupporrebbe che queste imprese competano unicamente sui prezzi dei premi mensili per coprire quanti più consumatori possibile.

Nella caratteristica realtà alternativa dell'economia sanitaria, tuttavia, la competizione si è incentrata su variabili ben più complesse, facenti riferimento a tre strategie operative fondamentali, che vediamo immediatamente:

- ❖ L'Integrazione Verticale e il Controllo della Filiera (il ruolo dei PBM): come accennato analizzando i primi due operatori, le grandi compagnie hanno smesso di essere semplici assicuratori (cioè coloro che prezzano un rischio e liquidano).

Mettendo in atto un'imponente integrazione verticale, essi hanno deciso di includere nel loro *core business* la filiera dei fornitori.

L'acquisizione più impattante è stata sicuramente quella relativa ai *Pharmacy Benefit Managers* (PBM).

Questi sono enti creati originariamente per negoziare sconti sui farmaci con le case farmaceutiche a nome delle assicurazioni.

Oggi, le tre principali assicurazioni posseggono i tre maggiori PBM del mercato, controllando circa l'80% delle prescrizioni mediche negli Stati Uniti.

Tutto questo consente alle compagnie di incassare una percentuale degli sconti (i cosiddetti *rebates*) e di dettare quali farmaci includere nei formulari coperti dalle polizze, limitando la libertà di prescrizione dei medici e massimizzando i profitti interni, spesso a discapito della trasparenza dei costi per il consumatore;

- ❖ La Privatizzazione dei Programmi Pubblici: un'ipotesi fondamentale da smentire immediatamente è che queste realtà vivano esclusivamente dei premi pagati dalle aziende private (*Fully-Insured e Self-Funded*).

Negli ultimi decenni, il vero motore di crescita e di profitto delle principali compagnie assicurative è infatti stato ottenuto dal Governo Federale.

I programmi pubblici analizzati nel primo capitolo, in particolare *Medicare* e *Medicaid*, sono stati in gran parte esternalizzati.

Tramite il *Medicare Advantage* (Parte C), il Governo Centrale, agendo attraverso il CMS, paga un premio fisso mensile, seguendo il sistema per *capitation*, alle società private per ogni anziano iscritto. Le assicurazioni, applicando modelli di *managed care* (come HMO e PPO) e limitando le reti dei medici (*Narrow Networks*), riescono a incorporare la differenza tra quanto incassato dallo Stato e le spese sanitarie effettivamente erogate. Questa dinamica ha trasformato gli assicuratori nei principali appaltatori governativi, spostando ingenti flussi di capitale pubblico nei bilanci di entità private in cerca di profitto, e aggravando perciò il già citato rischio di spiazzamento finanziario;

- ❖ Il Potere di Monopsonio a Livello Locale: se a livello nazionale il mercato si struttura come un evidente oligopolio, l'analisi territoriale dettagliata presenta un quadro ben peggiorativo. In moltissime aree metropolitane, una singola compagnia assicurativa riesce talvolta a esercitare controllo sul 50% o 60% del mercato locale.

Avvalendosi di questa posizione dominante dal lato della domanda (un classico caso di Monopsonio), le compagnie possono assicurarsi un posto d'onore al tavolo delle trattative con ospedali e cliniche, potendo quindi imporsi stabilendo le leggi sulle tariffe di

rimborso. Questa evoluzione crea un inevitabile contrasto sul territorio di riferimento: da una parte monopoli ospedalieri locali, dall'altra monopsoni assicurativi.

Il risultato di questo dissenso bipartisan non è quasi mai un equilibrio di libero mercato che porta al consumatore benefici, ma anzi dà vita a degli accordi al rialzo.

Come evidenziato dagli studi di Anderson sui prezzi unitari, gli elevati costi derivanti da queste negoziazioni vengono poi semplicemente traslati sui premi dei datori di lavoro e dei dipendenti, o scaricati aggressivamente sui pazienti sotto forma dei famosi costi *Out-of-Pocket*.

Di pari passo con l'espansione fisica delle reti di fornitori, le grosse società stanno adattando i loro meccanismi di controllo della spesa medica attraverso la diffusione di software di intelligenza artificiale e modelli di apprendimento automatico.

Il terreno di scontro principale in cui si sta attuando questa transizione tecnologica è rappresentato dalle pratiche di autorizzazione preventiva, note nel campo come *Prior Authorization*. In passato, questo strumento gestionale prevedeva che il medico curante giustificasse la necessità di una particolare procedura complessa, o di un farmaco costoso, interagendo con un collega specialista o comunque con un revisore umano alla dipendenze dirette della compagnia di assicurazione.

Ad oggi invece, le grandi corporazioni sanitarie tendono ad affidare i primi esami preliminari, e chiaramente anche il rigetto sistematico delle richieste, a specifici algoritmi predittivi, appositamente programmati per minimizzare il dispendio finanziario complessivo.

Sebbene questo cambiamento della prassi dovrebbe avere l'obiettivo di semplificare l'efficienza dell'intero sistema (e quindi giovare soprattutto agli utenti finali), la conseguenza più concreta di questo processo è un incremento vertiginoso dei tassi di negazione delle coperture.

Spesso tali rifiuti vengono generati in frazioni di secondo, in *stock* composti da migliaia di pratiche esaminate all'unisono, senza alcuna reale e ponderata valutazione del singolo quadro clinico da parte di personale medico qualificato.

Questa oscurità decisionale fa emergere la problematica dell'asimmetria informativa sotto un nuovo e più complesso punto di vista.

Il paziente, così come la struttura ospedaliera che lo cura, si scontra con un ostacolo algoritmico insfondabile, i cui criteri di addestramento e deliberazione sono protetti dal segreto industriale. Da ciò derivano lunghissimi e snervanti iter burocratici di ricorso che ritardano pericolosamente l'accesso a terapie vitali, esasperando quel fenomeno del razionamento delle cure già innescato dalle elevate franchigie, e forzando le cliniche a destinare un importante ammontare di risorse economiche e umane al solo fine di combattere le negazioni automatizzate.

La gravità e l'incidenza sui consumatori di queste preoccupanti distorsioni oligopolistiche, e l'impatto distruttivo sulla già scarsa equità del sistema, non sono rimasti inosservati agli occhi delle istituzioni federali preposte alla tutela del libero mercato.

Trovandosi di fronte a un comparto industriale che ingloba una quota così massiccia del PIL nazionale, l'atteggiamento prettamente permissivo delle autorità *antitrust* statunitensi sta avviando una decisa ed energica inversione di rotta.

La *Federal Trade Commission* o FTC, l'ente preposto a tutelare i consumatori e promuovere la giusta concorrenza, ha di recente avviato una serie di accurate indagini strutturali, volte specificamente a scoperchiare le pratiche anticoncorrenziali derivanti da queste mastodontiche fusioni verticali.

L'attenzione di questa autorità di regolamentazione è orientata specialmente sulle dinamiche silenti dei gestori di benefici farmaceutici, e sulla mancanza di trasparenza nei grandi flussi di cassa *intercompany*.

Lo scopo del Governo è comprendere con esattezza in che misura la grave concentrazione del potere contrattuale stia costantemente ingigantendo a proprio vantaggio i prezzi dei farmaci essenziali, danneggiando la resilienza delle farmacie indipendenti ed eliminando la concorrenza prima che si diffonda.

Le agenzie federali stanno considerando concretamente l'ipotesi che queste corporazioni, agendo simultaneamente in molteplici vesti, stiano mettendo in atto un piano basato sulla costruzione di barriere all'entrata assolutamente insostenibili per qualsiasi nuovo potenziale concorrente.

Questa intensificazione del potere impedisce ogni possibile beneficio che la concorrenza dovrebbe in teoria produrre in un'economia di mercato, riducendo le efficienze di scala a semplice strumento di generazione di rendite.

Il risultato di questo crescente scrutinio normativo, e dei conseguenti scontri legali, sarà cruciale per determinare i futuri assetti dell'intero sistema.

Rimane ancora da determinare se, il paradosso sanitario analizzato in questa trattazione, sia ormai destinato a confluire in un oligopolio inattaccabile, oppure se vi siano ancora i margini d'azione politici e giuridici per un ampio intervento correttivo di matrice pubblica, in grado di ripristinare un equilibrio tra la sostenibilità aziendale e la reale tutela della salute collettiva.

In conclusione, la concentrazione e l'integrazione delle grandi società, confermano che il settore assicurativo non agisce, come ci si dovrebbe aspettare, da calmiera delle asimmetrie informative, ma bensì se ne nutre per massimizzare il ritorno agli azionisti.

Le compagnie non si limitano a subire la “Domanda Indotta dall'Offerta” delineata nel corso del nostro studio, ma si presentano con un'offerta imposta dall'alto, regolando ferocemente l'accesso alle reti e le autorizzazioni alle cure.

Questo disegno strutturale ci fornisce le informazioni necessarie per affrontare il passo successivo: comprendere le determinanti attraverso cui queste entità prezzano concretamente il rischio dei cittadini americani e remunerano i fornitori di servizi sanitari.

Pricing e Rimborsi

Il tema del *pricing* ci riporta al ruolo delle compagnie assicurative nella negoziazione dei costi e l'ammontare dell'impatto sull'utenza finale.

Possiamo ora cominciare un'analisi di come le assicurazioni (pubbliche o più di frequente private) influenzano e determinano i costi dei servizi sanitari, il meccanismo con cui avviene il rimborso per tali servizi, e le conseguenze finanziarie dirette per il consumatore.

Innanzitutto chiariamo cosa si intende per *pricing*, questo termine infatti viene spesso confuso con il costo finale a carico del paziente, ma in realtà si riferisce al prezzo che l'assicuratore accetta di erogare ai fornitori di servizi sanitari a fronte di una determinata prestazione.

Questa variabile è un fondamentale indicatore del potere contrattuale delle compagnie assicurative, le quali, rappresentando un ampio volume di clienti, dispongono di un forte potere negoziale che utilizzano a loro discrezione al fine di ottenere benefici ulteriori.

Ciò si manifesta qualora esse sfruttino la loro posizione per negoziare tariffe scontate, anche definite tariffe contrattuali, ben al di sotto dei prezzi di listino (*chargemaster price*) che il fornitore di servizi sanitari applicherebbe a un paziente non assicurato.

Questa negoziazione è il punto cardine di come i costi sanitari "veri" vengono stabiliti.

Il meccanismo appena citato si fonda su un sistema tariffario a due vie, che rappresenta una delle peculiarità più controverse e inique dell'intero panorama sanitario statunitense.

Da una parte, ogni singola struttura ospedaliera compila, mantiene e aggiorna costantemente un documento contabile noto come *chargemaster*.

Questo non è altro che un ampio e dettagliato listino prezzi ufficiale, il quale attribuisce un valore monetario teorico a qualsiasi prestazione erogabile, partendo dal più complesso intervento chirurgico, ai farmaci somministrati in corsia, fino ad arrivare alla fornitura del materiale di consumo più basilare, come siringhe o guanti monouso.

I prezzi contenuti al suo interno sono tendenzialmente molto elevati, calcolati senza alcun legame diretto e proporzionale con il reale costo di produzione del servizio medico.

Essi agiscono praticamente da collegamento psicologico e da base di partenza per le successive contrattazioni con i grandi istituti finanziari.

Dall'altro lato dell'equazione vi sono infatti le *negotiated rates*, ovvero le tariffe effettivamente concordate a tavolino tra le strutture sanitarie e le singole compagnie assicurative.

Le assicurazioni utilizzano i cospicui sconti ottenuti rispetto al *chargemaster*, come un efficace strumento di marketing, con lo scopo di dimostrare il proprio valore aggiunto e la propria efficienza ai clienti, a prescindere che siano essi grandi società datrici di lavoro che acquistano piani di ESI per i propri dipendenti, oppure singoli utenti che si muovono autonomamente nel mondo dei *Marketplaces*.

Nonostante ciò, approfondendo il tutto secondo l'economia sanitaria, questo presunto risparmio si rivela molto spesso una vera e propria illusione.

Come già evidenziato negli studi di Anderson citati nel capitolo precedente, il livello generale dei prezzi negli Stati Uniti è così inflazionato all'origine che, persino al netto delle grandi agevolazioni negoziate, il costo finale della singola prestazione rimane ampiamente superiore rispetto alle medie riscontrabili in qualsiasi altro sistema sanitario sviluppato.

La vera disgrazia socioeconomica si manifesta per i pazienti privi di copertura assicurativa, quelli aventi copertura parziale, o per coloro che non volendo ricevono cure fuori dalla rete, sui quali viene fatto legalmente gravare l'intero e insostenibile importo del *chargemaster*.

Questa consuetudine spinge inesorabilmente le fasce più deboli della popolazione verso il fenomeno della bancarotta sanitaria.

Per capire a fondo le precise motivazioni che portano le strutture ospedaliere a mantenere tariffe di base così calcolatamente incrementate, è di indispensabile importanza introdurre il concetto macroeconomico di *cost-shifting*, cioè la traslazione dei costi.

I fornitori di servizi sanitari giustificano i loro elevati prezzi di listino affermando di essere costretti a fare ciò per compensare due gravi mancanze finanziarie che insidiano la loro operatività. In primis, vi sono le cure non retribuite, note come *uncompensated care*.

Queste sono formate dalle prestazioni salvavita fornite obbligatoriamente per legge nei pronto soccorso a pazienti indigenti o privi di documenti, i quali non avranno mai la possibilità di saldare il debito accumulato.

In secondo luogo, e in misura assai più rilevante per i bilanci clinici, vi è la questione dei rimborsi erogati dai programmi pubblici.

Questi, governati a livello federale dal CMS, rimborsano le prestazioni a tariffe rigidamente amministrate.

Secondo i dati forniti storicamente dalle associazioni ospedaliere, questo dispendio governativo copre appena, e talvolta non raggiunge nemmeno, i costi vivi e operativi sostenuti dalle strutture per l'erogazione effettiva della prestazione.

Conseguentemente, per mantenere l'equilibrio nei propri rendiconti finanziari, investire in nuove tecnologie e generare i margini operativi richiesti dagli investitori, le strutture ospedaliere si trovano economicamente costrette a scaricare questo deficit strutturale direttamente sulle spalle delle assicurazioni private.

Essi quindi pretendono tariffe nettamente superiori per i pazienti privatamente assicurati.

Questa dinamica dà il via a un frenetico circolo vizioso inflattivo.

L'aumento dei rimborsi privati si traduce matematicamente in un incremento dei premi assicurativi pagati dalle aziende, le quali a loro volta traslano il maggior peso sui lavoratori avviando la stagnazione dei salari reali o l'innalzamento delle franchigie.

Una volta compreso il livello e la determinazione del *pricing*, lo studio deve necessariamente incentrarsi sulle metodologie pratiche e contrattuali con cui i rimborsi vengono materialmente erogati al fornitore dei servizi.

Il modello di fatturazione da sempre dominante negli Stati Uniti è il *Fee-for-Service*, un sistema intrinsecamente basato sul pagamento a singola prestazione.

In questo modo, l'erogatore viene remunerato per ogni distinto servizio medico reso al paziente.

Ogni visita, esame o intervento genera un flusso di cassa indipendente e cumulativo.

Dal punto di vista dell'equità, il *Fee-for-Service* si rivela strutturalmente iniquo, in quanto ricompensa incondizionatamente il volume delle prestazioni erogate, ignorando completamente il risultato clinico finale o il reale beneficio per la salute della persona.

È proprio all'interno di questo apparato procedurale che parte l'espansione della *Supplier-Induced Demand* teorizzata da Arrow nel 1963.

Trovandosi in una chiara posizione di vantaggio informativo rispetto al malato, già sappiamo che il fornitore di cure è economicamente incentivato a prescrivere un surplus di esami, terapie prolungate e procedure spesso clinicamente ripetitive.

Questo approccio porta a una frammentazione delle cure e fa lievitare enormemente i costi totali che l'assicurazione, e in ultima istanza il paziente stesso, dovranno sostenere, senza tuttavia produrre un proporzionale ed effettivo miglioramento negli esiti di salute pubblica, contribuendo così a fagocitare il noto paradosso sanitario.

La diffusa consapevolezza di queste gravi inefficienze strutturali, e l'insostenibilità della spesa nel lungo periodo, hanno portato il Governo Federale e i grandi protagonisti privati, a sperimentare e mettere in pratica forme di rimborso alternative e più complesse.

Queste svariate metodologie vengono tendenzialmente raggruppate dal termine di *Alternative Payment Models*.

L'obiettivo chiave e dichiarato di questi nuovi schemi contrattuali è quello di allineare gli incentivi finanziari dei fornitori con la reale qualità delle cure erogate, promuovendo una vigorosa transizione sistemica verso i modelli di *Value-Based Healthcare*.

Tra le impostazioni più rilevanti e studiate all'interno di questi nuovi paradigmi spicca senza ombra di dubbio la *capitation*.

Questo modello rivede in modo drastico la logica frammentata della prestazione singola.

In un sistema così costruito, la società assicurativa corrisponde al fornitore un importo fisso, mensile o annuale, per ogni paziente formalmente assegnato alla sua rete, indipendentemente dal quantitativo reale di servizi ai quali quest'ultimo potrà avvalersi nel periodo di riferimento.

La metodologia ha l'obiettivo di trasferire la maggior parte del rischio, tipicamente prerogativa dell'assicuratore, direttamente sulle reti ospedaliere.

L'incentivo economico si modifica radicalmente, difatti i fornitori sono adesso stimolati a investire pesantemente nella medicina preventiva, nell'educazione congiunta col paziente e nel monitoraggio continuo delle patologie croniche.

Se il cittadino mantiene uno stato di salute, e non necessita di costosi ricoveri o terapie d'urgenza, il fornitore può considerare l'intero premio fisso come profitto netto.

Qualora invece, il paziente dovesse patire gravi complicanze cliniche dovute a una gestione medica negligente o tardiva, i costi eccezionali per le cure andrebbero a impattare gravemente i margini operativi del gruppo medico.

Un'ulteriore metodologia innovativa delle logiche di rimborso è rappresentata dai cosiddetti *Bundled Payments*, o pagamenti a pacchetto.

In questo scenario, l'assicurazione e i fornitori determinano congiuntamente una singola tariffa forfettaria esaustiva, al fine di coprire un intero episodio di cura, cominciando dalle visite preliminari antecedenti a un'erogazione chirurgica, fino alla completa riabilitazione successiva.

Facendo ad esempio riferimento a un intervento standardizzato, come la sostituzione di un'anca o di un ginocchio, l'ospedale, il chirurgo specialista, l'anestesista e la struttura di fisioterapia ambulatoriale non emettono più fatture separate e non coordinate.

Contrariamente, essi si suddividono, seguendo degli accordi interni, un unico importo predefinito dall'assicuratore. Questa articolata soluzione forza gli attori della filiera sanitaria, storicamente abituati a lavorare presso unità indipendenti e non comunicanti, a coordinarsi tra loro.

L'intento si declina a questo punto nell'ottimizzare l'uso delle risorse, evitare inutili ripetizioni di esami e soprattutto, prevenire a monte le complicazioni che potrebbero emergere in seguito a un intervento. L'emergere di infezioni e le conseguenti riammissioni in ospedale, entro trenta giorni, causerebbero un ingente costo addizionale che non verrebbe rimborsato dall'assicurazione, gravando interamente sui bilanci dei fornitori stessi.

Di pari passo a questi modelli strutturali, si evidenzia la crescente diffusione dei programmi di *Pay-for-Performance*.

Questi schemi si antepongono spesso al *Fee-for-Service* tradizionale o alla *Capitation*, e prevedono l'emissione di bonus finanziari aggiuntivi, o l'applicazione di pesanti penalità detratte dai rimborsi di base.

L'ammontare della remunerazione viene così agganciato in modalità oggettiva all'ottenimento di specifici target di qualità clinica, come ad esempio il tasso di vaccinazione antinfluenzale tra i pazienti di svariate fasce anagrafiche, il costante controllo glicemico nei soggetti diabetici, o gli indici di soddisfazione elaborati direttamente dall'utenza attraverso la stesura di questionari appositamente standardizzati.

L'incrocio tra *pricing* artificiosamente gonfiati e i complessi algoritmi di rimborso impatta, come vedremo, violentemente sul consumatore finale.

Il contatto tra la macroeconomia delle assicurazioni, e la contabilità domestica della singola famiglia americana, si verifica attraverso i meccanismi di compartecipazione alla spesa medica, definiti più genericamente *cost-sharing*.

L'obiettivo di questi, dal punto di vista dell'assicuratore, è ridurre i propri costi, e al tempo stesso porre rimedio al problema dell'azzardo morale.

Come ampiamente analizzato nei paragrafi precedenti, la massiccia proliferazione e incentivazione dei piani a franchigia elevata, espone i cittadini ai prezzi negoziati direttamente.

Fino al raggiungimento integrale dell'altissima franchigia stabilita dal contratto, il paziente è costretto ad assimilarsi ai meccanismi *Out-of-Pocket*, dovendo pagare autonomamente per intero la tariffa scontata, concordata dalla sua assicurazione di riferimento.

La mancata trasparenza di tali tariffe e l'impossibilità di conoscerle anticipatamente, rendono tuttavia impossibile per il malato, l'assunzione del ruolo di consumatore razionale, opponendosi agli stessi presupposti che hanno portato alla creazione di questi piani assicurativi.

Anche in seguito al difficile superamento della franchigia, il cittadino non è completamente esentato dalle proprie responsabilità finanziarie, essendo spesso soggetto alle norme della *Coinsurance*.

Questa impone il corrispettivo di una percentuale fissa e ineliminabile, di solito compresa tra il dieci e il trenta per cento, della fattura totale approvata.

Considerando i valori assoluti delle cure mediche negli Stati Uniti, è di facile intuizione come, una tale percentuale di un prezzo di partenza arbitrariamente esasperato dai monopoli ospedalieri, e solo parzialmente ridotto dal potere assicurativo, dia comunque vita a un esborso finanziario disastroso, in grado di prosciugare i risparmi di sempre, per una qualunque famiglia ordinaria.

L'unica reale soluzione istituzionale a questo ipotetico esborso finanziario rimane l'*Out-of-Pocket Maximum*, vale a dire il massimale di spesa personale annuale stabilito per legge.

Tuttavia, il raggiungimento di questa soglia garantisce senza ombra di dubbio che l'individuo ha già dovuto affrontare svariate migliaia di dollari di spese non rimborsabili in un arco temporale decisamente contenuto, con conseguenze avverse sul proprio tenore di vita.

Questa complessa struttura di *pricing* e di traslazione del rischio è stata costruita da tempo su un pilastro fondamentale, controllato con forza dagli attori del mercato: la totale e voluta assenza di trasparenza. Il mercato dell'assistenza sanitaria statunitense presenta con tutta probabilità l'unica deviazione irregolare nel quadro macroeconomico avanzato, in cui un utente si impegna contrattualmente ad acquistare un servizio, spesso di vitale importanza o comunque urgente, senza avere la possibilità di venire a conoscenza delle concrete determinanti del prezzo reale.

Il computo definitivo appare esclusivamente settimane, se non mesi, dopo l'erogazione della prestazione, istante in cui il paziente riceve per posta quanto gli sarà dovuto pagare.

Sebbene le recenti amministrazioni politiche abbiano legiferato col fine di mitigare questo squilibrio informativo, attraverso rigidi interventi, racchiusi sotto l'arbitrario concetto della *Price Transparency*, i risultati pratici rimangono fortemente limitati.

Per esempio, l'attuale ordinamento impone alle strutture ospedaliere di pubblicare online, in formato leggibile meccanicamente, i propri *chargemaster* e ogni tariffa specificamente negoziata con le singole assicurazioni.

Nonostante tutto ciò, l'asimmetria informativa persiste e anzi si evolve.

I database di riferimento forniti dalle corporazioni sanitarie, sono appositamente frazionati, occultati nei segnalibri secondari dei siti web istituzionali, e inseriti con codici di fatturazione di impossibile interpretazione per chiunque non abbia competenze tecniche avanzate in economia sanitaria. La trasparenza mancata dei prezzi, dunque, non deve essere necessariamente vista come un'anomalia involontaria del libero mercato, ma bensì come una chiara calcolata caratteristica progettuale, avente funzione di proteggere le rendite di posizione degli erogatori e l'indispensabile ruolo di intermediazione delle assicurazioni.

Inoltre, un ruolo decisivo ma spesso trascurato nell'analisi dei rimborsi al dettaglio, è gestito dai *Pharmacy Benefit Managers*, o PBM, società terze di intermediazione sanitaria che gestiscono i piani di assistenza farmaceutica per conto delle assicurazioni.

Le grandi entità del settore, come sappiamo, operano con ambiguità sul *pricing* farmaceutico.

Essi negoziano enormi sconti occulti e rimborsi retroattivi, noti come *Rebates*, direttamente con le multinazionali produttrici di farmaci, comprendendo tali medicinali nei formulari assicurativi. Una parte significativa di queste provvigioni di ritorno viene detenuta proprio dai PBM, per massimizzare i profitti aziendali, onde evitare che questo risparmio venga mai fatto gravare sul prezzo al banco pagato dal paziente in farmacia.

Questo fenomeno di appropriazione del valore mette in atto un'ulteriore inflazione ad hoc sui farmaci salvavita, obbligando gli utenti a sacrificarsi, sborsando enormi quantità di denaro *Out-of-Pocket*, delle quali beneficeranno unicamente gli intermediari della filiera.

In sintesi, il mercato delle assicurazioni sanitarie private va oltre la sola riflessione passiva dei costi intrinseci e tecnologici della medicina moderna, ma li esaspera e li distorce tramite un intricato sistema di *pricing* e meccanismi di rimborso, che storicamente hanno premiato il volume d'affari rispetto alla cura.

Le compagnie assicurative, forti del loro assurdo potere di mercato, e della dualità nel ruolo di aggregatori della domanda e diretti gestori del rischio, riescono a orientarsi perfettamente nella confusione generale.

Esse riescono costantemente a trasferire la volatilità finanziaria, e le problematiche dell'inflazione medica, sulle tasche dei consumatori finali e dei datori di lavoro che sovvenzionano i piani di ESI.

In questo sistema, è proprio l'insostenibilità, congiuntamente con la radicale imprevedibilità dei costi vivi, a modificare la considerazione della copertura assicurativa, vista non più come un'opzione responsabile di gestione finanziaria, ma bensì nella veste di un vero e proprio imperativo categorico per garantirsi un futuro economico all'interno della frenetica società americana.

Tuttavia, nel momento in cui la sottoscrizione di una polizza diventa una necessità così pressante, per assicurarsi un certo grado di protezione da *pricing* altrimenti rovinosi, e i premi mensili incrementano di continuo in seguito alle sopracitate inefficienze dei rimborsi, il mercato privato entra in un inevitabile conflitto con qualunque logica di equità.

Quando le barriere economiche all'entrata e di accesso alle cure diventano invalicabili per le fasce più sane della popolazione, la cruda logica di mercato spinge, senza possibilità di risoluzione, a una distorsione del rischio aggregato.

Si manifesta così un'autoselezione anomala degli individui maggiormente interessati all'acquisto delle tutele, mettendo in moto quel peculiare e ben noto fenomeno economico che mina alla base della stabilità stessa dei fondi assicurativi, e che sarà infatti oggetto di un'analisi dettagliata nel prossimo paragrafo: la *Adverse Selection*.

Il Problema della "Adverse Selection" e le Soluzioni di Mercato

Questo è uno dei temi centrali per lo studio relativo all'ambito dell'economia sanitaria, già citato nel corso di altre analisi, la Selezione Avversa può inoltre essere esaminata sotto la lente dell'economia dell'informazione.

Con quest'ultimo termine indichiamo una branca delle scienze economiche che studia i modi coi quali, le conoscenze possedute da un individuo possono influenzare le proprie decisioni economiche e i contratti da lui partecipati e sottoscritti.

Per fare ciò è facile intuire come, il suo ambito di applicazione principale siano i mercati caratterizzati da informazione imperfetta e asimmetrica, ed è proprio qui che avviene l'incontro con le indagini sul sistema sanitario statunitense.

Nel nostro contesto è quindi applicata per studiare le conseguenze economiche, e le ripercussioni sui consumatori, dell'asimmetria informativa tra medico e paziente, dove la prima parte della transazione possiede un enorme quantitativo di conoscenza in più rispetto alla seconda.

Siamo già perfettamente consapevoli di come gli individui con un rischio maggiore (quelli che hanno più probabilità essere sottoposti a un danno, o di aver bisogno di cure sanitarie) sono anche quelli che sono più propensi ad acquistare una copertura assicurativa, o un'assicurazione più estesa.

Tenendo sempre presente che nel mercato assicurativo, gli acquirenti dei servizi hanno informazioni rilevanti a cui gli assicuratori non possono accedere, vediamo la gestione da parte di entrambi di tali meccanismi.

L'assicurazione, non potendo distinguere perfettamente tra individui a basso e ad alto rischio, decide di fissare arbitrariamente un premio medio per tutti.

Questo tuttavia richiede sforzi finanziari eccessivi per gli individui a basso rischio, che scelgono allora di non assicurarsi o di scegliere contratti alternativi con coperture minimali.

Rimangono a questo punto assicurati prevalentemente solo gli individui ad alto rischio.

Tutto ciò mette in moto una spirale negativa, nella quale il costo medio dei contratti (e quindi il premio) inizia a lievitare costantemente, scacciando progressivamente dal mercato delle compravendite, anche i consumatori con un profilo di rischio moderato.

Si innesca un fenomeno avverso, che può portare al fallimento del mercato assicurativo, in cui l'assicurazione è offerta solo a prezzi esorbitanti.

Difatti, in presenza di questo tipico fenomeno di asimmetria informativa, in cui il potenziale soggetto assicurato possiede un bagaglio di informazioni decisamente maggiore rispetto alla compagnia assicuratrice, riguardo al proprio reale stato di salute, allo stile di vita adottato, alla propria predisposizione genetica o familiare, e alla probabilità di sviluppare patologie future, nascono una serie di problematiche che siamo in questa sede chiamati a declinare.

Tale divario informativo altera profondamente l'equilibrio contrattuale che dovrebbe costituire la base del rapporto, facendo emergere le situazioni in cui i soggetti che presentano un rischio sanitario elevato, sono gli unici aventi incentivo economico a sottoscrivere una polizza assicurativa rispetto a quelli caratterizzati da un rischio minore.

Per comprendere a pieno titolo l'impatto di queste distorsioni sul mercato delle assicurazioni private statunitensi, risulta fondamentale richiamare alcuni fondamenti teorici, a partire dal celebre contributo di George Akerlof del 1970, relativo al mercato dei prodotti di qualità incerta.

In questa opera, denominata *"The Market for 'Lemons': Quality Uncertainty and the Market Mechanism"*, egli dimostrò come la presenza di un divario informativo tra acquirente e venditore spinga i prodotti di qualità superiore fuori dal mercato.

Traslando l'intuizione di Akerlof al nostro campo, qualora le compagnie assicurative non riescano a osservare le condizioni di salute individuali e siano obbligate a stabilire un premio unico basato sul rischio medio della collettività, si innesca il noto meccanismo inefficace di autoselezione tra gli individui.

Il premio medio ponderato apparirà infatti vantaggioso per gli individui con un rischio superiore alla media, ma risulterà eccessivamente oneroso per i soggetti sani, i quali percepiranno il costo della copertura come sproporzionato rispetto alla propria utilità attesa.

L'ulteriore modello teorico che possiamo citare è quello sviluppato da Michael Rothschild e Joseph Stiglitz nel 1976, dal titolo "*Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information*", che ha successivamente delineato le condizioni di equilibrio nei mercati assicurativi in presenza di informazione asimmetrica.

Questo saggio formalizza definitivamente il funzionamento dei mercati assicurativi competitivi, dimostrando l'impossibilità di un particolare tipo di equilibrio, detto di *pooling*, e analizza invece l'equilibrio separante, spiegando per quale ragione i soggetti sani sono costretti ad accettare coperture incomplete o franchigie proibitive per dimostrare il loro basso profilo di rischio.

Gli autori hanno messo subito in chiaro che in un simile contesto è esclusa la sussistenza di un *pooling*, ovvero una situazione in cui tutte le tipologie di rischio acquistano il medesimo contratto assicurativo a un prezzo medio.

Un'eventuale offerta di questo stampo attirerebbe infatti la concorrenza di compagnie rivali, pronte a proporre soluzioni con premi più bassi e coperture parziali, disegnate ad hoc per attrarre soltanto i soggetti a basso rischio, lasciando l'impresa originaria con un portafoglio composto esclusivamente da individui ad alto rischio, conducendola progressivamente all'insolvenza.

A fronte di ciò, i mercati competitivi tendono naturalmente verso un equilibrio separante, all'interno del quale vengono offerti contratti differenziati per ogni classe di rischio.

Tuttavia, per evitare che i soggetti aventi rischio elevato acquistino i contratti destinati ai soggetti a basso rischio, questi ultimi sono costretti ad accettare coperture incomplete, caratterizzate da elevate franchigie e varie forme di scoperti.

Il risultato finale di questo equilibrio competitivo è una lampante inefficienza secondo il criterio di Pareto, in quanto i cittadini aventi buone condizioni di salute non riescono a ottenere la copertura totale che desidererebbero, evidenziando il primo cospicuo fallimento del mercato privato nell'allocazione del rischio sanitario.

Nel contesto specifico degli Stati Uniti, la manifestazione più evidente della Selezione Avversa è rappresentata dalla sedicente spirale della morte assicurativa.

Questa tipologia di dinamismo si manifesta quando le persone giovani e in salute, incitate dall'elevato ammontare dei premi e da una bassa percezione del rischio individuale, decidono tutti insieme di lasciare il mercato in massa o di non sottoscrivere alcuna polizza.

L'uscita dei profili migliori dal *pool* assicurativo causa un tempestivo aumento del costo medio per cliente a carico della compagnia.

Difatti per fronteggiare le ulteriori spese mediche erogate a favore della restante platea di assicurati, la quale appare ora composta in quota prevalente da malati cronici e anziani, l'assicuratore si vede costretto a innalzare i premi mensili nel ciclo contrattuale successivo.

Questo incremento tariffario rende il contratto di polizza ancora meno attraente per la fascia intermedia di individui relativamente sani rimasti nel gruppo, spingendo anch'essi a recedere quanto prima possibile dal rapporto.

Il ripetersi progressivo di questo circolo vizioso determina una contrazione continua della base degli assicurati e un'impennata esponenziale dei prezzi, che può condurre in ultima istanza al collasso definitivo del segmento di mercato e alla dissoluzione del fondo assicurativo.

Trovandosi davanti alla minaccia costante della Selezione Avversa e del collasso dei premi, il mercato privato statunitense ha sviluppato nel tempo articolate soluzioni e strategie di contenimento per tutelare la redditività e la solvibilità finanziaria delle compagnie.

La principale soluzione adottata dal mercato è stata l'attuazione del cosiddetto *medical underwriting*, cioè il processo di valutazione individuale del rischio sanitario antecedentemente stabilito rispetto alla stipula contrattuale.

Facendo riferimento alla dettagliata storia clinica personale di ciascuno, all'imposizione di esami medici preventivi e alla verifica dei parametri biometrici, le società assicurative hanno provato a eliminare l'asimmetria informativa, classificando i clienti in base al loro concreto profilo di rischio potenziale.

Questo strumento ha consentito la transizione da un sistema di *community rating*, in cui il costo della polizza viene determinato sulla base del rischio medio di una specifica comunità geografica, a un sistema migliorativo di *experience rating*, dove il premio viene personalizzato e calibrato da persona a persona, in virtù delle probabilità individuali di sostenere spese mediche.

Strettamente correlata alla valutazione personale del rischio, vi è stata la prassi sistemica dell'esclusione delle patologie preesistenti.

In precedenza all'introduzione delle tutele governative, le assicurazioni private negli Stati Uniti inserivano regolarmente clausole contrattuali che escludevano il rimborso per trattamenti legati a patologie già diagnosticate o manifestatesi prima della sottoscrizione del contratto, oppure applicavano sovrapprezzi esorbitanti a quei soggetti affetti da malattie croniche come diabete, ipertensione o precedenti tumori.

Spesso e volentieri, la presenza di una condizione pregressa implicava la totale impossibilità di accedere al mercato assicurativo individuale, trasformando quindi il cittadino fragile in un soggetto non assicurabile.

Dal punto di vista della fredda contabilità aziendale, questa strategia rappresentava un'ottima difesa contro gli opportunismi degli utenti, ed evitava che le persone si assicurassero soltanto al momento dell'insorgenza della malattia.

Un altro espediente strutturale messo in atto dal mercato privato per mitigare la Selezione Avversa è rappresentato dalla selezione attiva dei rischi, nota negli studi economici come *cream skinning* o scrematura del mercato.

Tale prassi consiste nel progettare i piani sanitari e le relative campagne di comunicazione e *marketing* in modo tale da attrarre prettamente i profili sani, e simmetricamente dissuadere la richiesta da parte degli individui ad alto rischio.

Le compagnie assicurative possono intraprendere questa strada includendo nei propri pacchetti *benefit* accessori particolarmente apprezzati dai giovani, come abbonamenti a centri sportivi o programmi di prevenzione e benessere, associandovi al tempo stesso reti ristrette di specialisti o elevati pagamenti congiunti per le terapie oncologiche e per i farmaci di ultima generazione.

Con questa metodologia, il soggetto con patologie complesse riconosce subito il piano fortemente sgradito e tende a indirizzarsi verso le società *competitor*, consentendo alla

compagnia di mantenere un *pool* di assicurati ad altissima redditività e a basso assorbimento di risorse fisiche.

Guardando il medesimo problema dal punto di vista dell'organizzazione dei mercati, la risposta privata più rapida ed efficace contro la Selezione Avversa è stata storicamente lo sviluppo delle assicurazioni legate all'impiego lavorativo.

Siamo già a conoscenza per esempio, di come il modello ESI crei un meccanismo naturale di mutualizzazione del rischio che prescinde dalle condizioni di salute dei singoli individui.

La ragione economica dietro la stabilità del mercato aziendale risiede nel fatto che la determinazione del gruppo di rischio avviene per motivi estranei alla domanda di cura, ossia l'assunzione presso un'impresa.

Essendo la popolazione aziendale formata da una mescolanza casuale ed eterogenea di soggetti sani e meno sani, l'assicurazione può applicare un premio medio di gruppo senza correre il pericolo dell'autoselezione dannosa.

La presenza dei lavoratori giovani e in salute all'interno dei *team* aziendali compensa la maggiore spesa generata dai colleghi più anziani o malati, stabilizzando i prezzi e riducendo drasticamente i costi amministrativi per l'assicuratore.

Nonostante l'incisività teorica e pratica di queste soluzioni di mercato nel proteggere i rendiconti delle compagnie private, la loro applicazione senza freni ha dato vita a enormi distorsioni sociali e pesanti fallimenti di mercato sul piano dell'equità generalizzata e dell'efficienza allocativa complessiva.

L'uso esasperato del *medical underwriting* e la selezione dei rischi hanno infatti portato a negare il diritto alla copertura sanitaria proprio a quella quota di popolazione che ne manifestava il bisogno più urgente.

I soggetti colpiti da malattie croniche o condizioni preesistenti sono stati progressivamente cacciati dal mercato privato individuale o abusati da premi insostenibili, alimentando direttamente l'ammontare dei non assicurati, e facendo conseguentemente espandere il perfido fenomeno della sottoassicurazione.

Come se tutto ciò non bastasse, il continuo sforzo profuso dalle compagnie per valutare i rischi individuali, investigare approfonditamente la storia clinica dei pazienti ed erigere barriere contrattuali, ha provocato una dilatazione dei costi amministrativi e burocratici, i quali hanno cominciato ad assorbire una percentuale sempre più impattante della spesa sanitaria complessiva senza apportare alcun miglioramento alla qualità delle cure cliniche offerte.

Le soluzioni di mercato adottate per combattere la Selezione Avversa hanno perciò dimostrato come la pura mercificazione del rischio sanitario sia in grado di generare un conflitto irrisolvibile tra la sostenibilità finanziaria degli assicuratori privati e la tutela della salute pubblica.

La tendenza classica del libero mercato a disaggregare la popolazione in diverse fasce di rischio e a scaricare l'onere finanziario sugli individui più fragili, ha infatti impoverito le famiglie, aumentato la frequenza dei fallimenti personali dovuti a debiti medici, e addirittura messo in atto una contrazione dell'intero capitale umano della nazione.

È emerso con estrema chiarezza come la concorrenza di mercato, se lasciata priva di correttivi pubblicistici, tenda a competere sulla capacità di evitare i rischi peggiori, anziché sulla reale abilità di gestire la cura in modo efficiente e ovviamente economico.

In conclusione di questo secondo capitolo, l'analisi del mercato delle assicurazioni sanitarie private statunitensi ne ha svelato la natura profonda di motore finanziario e al tempo stesso di principale generatore delle inefficienze del sistema.

Attraverso l'esame delle tipologie contrattuali, dell'elevata concentrazione oligopolistica dei grandi attori sul mercato, delle opache dinamiche di *pricing* e dei rimedi privati alla Selezione Avversa, è stato possibile decodificare i meccanismi operativi che mantengono elevata la spesa sanitaria e frammentato l'accesso alle cure.

Le evidenze spiegate confermano che la gestione dell'incertezza e delle asimmetrie informative tramite strumenti esclusivamente privatistici genera esiti non ottimali, dove l'apparente efficienza a livello aziendale, si traduce in un monumentale costo sociale per la collettività.

La palese incapacità delle soluzioni spontanee di mercato, a garanzia di realizzare un'adeguata copertura e di stabilizzare l'eccessivo dinamismo dei prezzi, ha reso alla fine inevitabile l'intervento delle istituzioni federali.

Tali problematiche strutturali hanno spianato la strada all'imperativa necessità di un'intensa stagione di regolamentazione pubblica, al fine di disciplinare il comportamento delle compagnie assicurative, annullare le discriminazioni legate alle condizioni pregresse, e riorganizzare l'intero settore basandosi su nuovi obblighi e meccanismi di compensazione del rischio.

Origini e Impatto della Regolamentazione Federale negli anni

Affordable Care Act (ACA - Obamacare): Obiettivi, Strumenti e Risultati Economici

Siamo giunti alla conclusione che il mercato delle assicurazioni sanitarie, in assenza di un decisivo intervento regolatore, si dimostra essere strutturalmente inadeguato per raggiungere un equilibrio efficiente, a causa delle profonde asimmetrie informative e del conseguente fenomeno della Selezione Avversa.

Come ampiamente dimostrato dai svariati modelli teorici che si sono susseguiti nei decenni, vi è la propensione dei soggetti con un profilo di rischio superiore a monopolizzare la domanda di coperture assicurative, spingendo inesorabilmente i premi verso l'alto, ed escludendo di fatto le fasce di popolazione più sane o economicamente deboli.

È proprio in questo intricato scenario composto da fallimenti di mercato ed esasperato da secoli di inerzia legislativa, il tutto unito con un'inflazione medica fuori controllo, che si inserisce la genesi della massiccia riforma sanitaria la quale, più di tutte, ha contribuito a rivedere l'ossatura del sistema sanitario statunitense nella sua interezza.

Non è neanche lontanamente pensabile in uno studio su questo tema omettere la legge chiave, redatta appositamente, per gestire al meglio un apparato soggetto a molteplici problematiche, che lo portano a non corrispondere sempre ai cittadini una brillante organizzazione.

Firmato ufficialmente in legge dopo un complesso iter normativo nel marzo del 2010, il *Patient Protection and Affordable Care Act* (ACA), comunemente noto come *Obamacare*, seguendo il

nome del celebre Presidente Barack Obama, promotore diretto dell'iniziativa nei confronti del Congresso, rappresenta senza alcun dubbio la più vasta e ambiziosa manovra regolatoria del sistema sanitario e assicurativo negli Stati Uniti d'America dall'istituzione dei programmi pubblici federali *Medicare* e *Medicaid*, datata al 1965.

Risulta fondamentale chiarire fin dall'inizio come il fine di questo imponente impianto legislativo non era quello di sovvertire interamente il modello a dominanza privata che caratterizza gli USA fin dalla loro nascita, passando a un sistema a pagatore unico in stile europeo, bensì quello di correggere le distorsioni allocative più evidenti e che mettono fortemente a repentaglio la qualità di vita dei cittadini.

L'intento primario mirava comunque a preservare il ruolo egemonico delle grandi compagnie assicurative private, restringendo tuttavia il loro campo d'azione attraverso nuove e stringenti regole definite a livello federale.

Questa analisi affronterà la tematica sotto la lente dell'economia sanitaria, e pertanto il presente capitolo si focalizzerà prettamente sulle dinamiche puramente economiche della riforma, isolando i tentativi volti a mitigare le inefficienze strutturali fin ad ora descritte.

Gli obiettivi primari perseguiti dal Presidente attraverso l'ACA possono essere riferiti a tre macroaree d'intervento essenziali.

Il primo ambito riguarda l'estensione universale, o quanto più possibile, della copertura assicurativa, volta ad abbassare drasticamente la percentuale di persone non assicurate e ad arginare il diffuso fenomeno della sottoassicurazione, il quale conduce inevitabilmente nella bancarotta medica e nel terribile razionamento delle cure per i meno abbienti.

In secondo luogo, la riforma intendeva trasformare completamente le logiche di funzionamento del mercato individuale delle polizze, fino a quel momento frammentato e avverso all'equità, stabilendo dei valori minimi di qualità e trasparenza a tutela del consumatore finale.

Ultimo ma non secondo ordine d'importanza, l'ACA si poneva l'ambizioso traguardo di contrarre la curva della spesa sanitaria nazionale, cercando di limitare la Tirannia dei Prezzi unitari e promuovendo perciò la transizione sistemica dai modelli di rimborso basati sul volume a quelli strutturati in base al valore clinico effettivo.

Per concretizzare questi intricati obiettivi, la riforma ha messo a disposizione una serie di strumenti di politica economica magistralmente interconnessi, la cui progettazione a monte viene diffusamente paragonata in ambito teorico a uno sgabello a tre gambe, in cui la rimozione di un singolo elemento provocherebbe il fulmineo collasso dell'intero sistema.

Lo strumento cardine iniziale è costituito dal divieto assoluto per le compagnie assicurative di rifiutare le richieste riguardanti la stipulazione di una polizza, o di applicare sovrapprezzi eccessivamente discriminatori, basati sulle condizioni cliniche preesistenti del paziente in urgente bisogno d'assistenza.

Questa norma, muovendosi di pari passo col principio della tariffazione comunitaria, ha soppresso la pratica della selezione medica, troncando definitivamente la discriminazione tariffaria che per decenni è stata l'ostacolo principale per i malati cronici quando avevano necessità di accedere a coperture adeguate nel mercato privato.

Tuttavia, costringendo le assicurazioni ad accogliere gli individui ad alto rischio senza avere la facoltà di adeguare il premio proporzionalmente al pericolo assunto, il legislatore era perfettamente a conoscenza del pericolo di innescare una potenziale diffusione del fenomeno della Selezione Avversa.

Se ipoteticamente, i cittadini in perfetta salute avessero avuto la certezza matematica di poter stipulare un'assicurazione in qualsiasi momento, anche a patologia già riconosciuta, essi avrebbero agito da consumatori razionali, posticipando l'acquisto della polizza fino al momento dell'effettivo bisogno clinico, sottraendo quindi ai fondi assicurativi la liquidità necessaria per garantire la propria sopravvivenza.

Per scongiurare questa grave spirale deflazionistica del rischio, è stato introdotto il secondo perno centrale del modello, il mandato individuale.

Questo meccanismo imponeva alla quasi totalità dei cittadini statunitensi di dotarsi obbligatoriamente di una copertura sanitaria minima essenziale, pena il pagamento di una sanzione fiscale riscossa annualmente dal Governo Federale in sede di dichiarazione dei redditi.

Seguendo un'impostazione puramente teorica, il mandato individuale rappresentava l'inevitabile correttivo al fallimento di mercato descritto dagli studiosi dell'informazione asimmetrica. Imponendo ai profili demografici sani e giovani di entrare nella medesima area di rischio dei soggetti in difficoltà, si andava a forzare la nascita di quel fondamentale sovvenzionamento incrociato, in cui i premi versati da coloro che non consumano assiduamente servizi sanitari, vanno a compensare le cospicue uscite necessarie per il trattamento dei malati cronici.

Questa mossa si proponeva di stabilizzare il premio medio generale, rendendo quindi sostenibile l'impianto della riforma, e risolvendo dalle fondamenta il problema teorizzato da Rothschild e Stiglitz in merito all'impossibilità di conseguire l'equilibrio d'aggregazione in un mercato lasciato agire autonomamente.

La terza componente di questo sofisticato processo è rappresentata dall'erogazione di massicci sussidi governativi, elaborati appositamente per rendere economicamente accessibile e tollerabile l'obbligo appena descritto.

Riconoscendo che i premi assicurativi, seppur parzialmente stabilizzati, sarebbero comunque rimasti proibitivi per una grande parte della popolazione attiva, il Governo Federale ha previsto dei generosi crediti d'imposta rimborsabili, destinati agli individui e alle famiglie con un reddito compreso tra la soglia di povertà federale e il quadruplo di tale parametro.

Questi sussidi potevano essere utilizzati unicamente all'interno dei neonati *Marketplaces*, cioè piattaforme telematiche regolamentate istituite dall'ACA per consentire ai cittadini sprovvisti di coperture aziendali di confrontare in modo trasparente i vari piani offerti dalle compagnie assicurative private.

È proprio da qui che tali piani sono stati categorizzati secondo i precisi livelli metallici crescenti che già conosciamo (*Bronze, Silver, Gold e Platinum*), garantendo all'utenza finale un valore attuariale minimo e l'inclusione obbligatoria e indiscutibile di specifiche categorie di benefici sanitari considerati essenziali, riducendo nettamente le asimmetrie informative in fase di stipula.

Un ulteriore e determinante mezzo finanziario, creato col fine di centrare l'obiettivo dell'estensione comune della copertura, è stato il potenziamento strutturale del preesistente programma *Medicaid*.

Anteriormente alla riforma firmata Obama, esso era riservato unicamente a categorie limitate di individui considerati vulnerabili, tuttavia la nuova legislazione ha previsto l'espansione dei criteri di ammissibilità per far rientrare sotto la sua competenza tutti gli individui adulti con un reddito fino a determinate soglie di sussistenza, come abbiamo evidenziato nel primo capitolo analizzando le dinamiche espansive.

Concepita in origine come un'estensione coatta per tutti i cinquanta stati federati, una successiva ingerenza della giurisprudenza costituzionale ne ha reso facoltativa l'adozione pratica, creando la profonda e solida discriminazione geografica nel tessuto socioeconomico del paese.

Gli stati che l'hanno accettata, beneficiando inizialmente di una voluminosa iniezione di capitali dal Governo Federale, hanno registrato crolli statistici nei tassi di cittadini non assicurati, mentre quelli che l'hanno rifiutata hanno intenzionalmente contribuito all'emergere dei deserti sanitari e di pesanti disuguaglianze razziali che minano gravemente l'equità dell'intero sistema americano. Stimare i risultati economici dell'ACA a dovuta distanza dalla sua implementazione originale, richiede un'analisi metodologica rigorosa e bilanciata, in quanto gli esiti economici si sono rivelati tanto imprevedibili quanto frammentati.

Dal punto di vista dell'accesso alle cure e della riduzione del rischio di indigenza, il successo della riforma risulta difficilmente contestabile.

Il tasso di cittadini sprovvisto di qualsiasi forma di copertura è crollato rispetto ai picchi storici registrati prima dell'inizio dello scorso decennio, fino a toccare valori minimi assoluti, coinvolgendo milioni di nuove persone all'interno del mercato assicurativo, offrendo una vitale tutela finanziaria a coloro che sottostavano precedentemente alle invalicabili barriere esclusive imposte dal settore privato.

Questo robusto ingresso di nuovi assicurati solvibili ha generato un immediato beneficio nei flussi di cassa per le strutture ospedaliere, le quali hanno assistito a una riduzione significativa nel volume delle cure non retribuite, erogate per obbligo di legge nei pronto soccorso.

Il calo di questa specifica passività a bilancio ha in una certa misura attenuato la necessità fisiologica degli ospedali di ricorrere al meccanismo di traslazione dei costi sulle assicurazioni private, allentando, seppur provvisoriamente, le tensioni inflattive sui prezzi di listino ufficiali.

Nonostante ciò, anche riconoscendo questi incredibili traguardi dal lato dell'equità distributiva e della sussistenza, gli esiti riguardanti il contenimento reale della spesa aggregata, e il conseguimento di una duratura efficienza allocativa, si sono dimostrati ben al di sotto delle aspettative che il Presidente aveva in mente.

L'ACA, nel tentativo di non rivoluzionare l'assetto capitalistico del settore, non ha aggredito direttamente le fondamenta dell'oligopolio spartitorio creato dalle grandi compagnie assicurative, né è riuscito a incrinare il profondo potere negoziale e di determinazione dei prezzi detenuto dai monopoli ospedalieri sul territorio locale.

L'eccessiva prudenza nel colpire la struttura di questi grandi soggetti corporativi, ha ostacolato la risoluzione della centrale questione dei prezzi unitari esasperati, che continuano ad alimentare il paradosso statunitense come documentato storicamente dai vari studi.

Nelle fasi iniziali di implementazione delle nuove direttive, il mercato individuale ha inoltre subito un grado di volatilità finanziaria allarmante.

Una grande parte degli enti assicuratori, avendo erroneamente sottostimato il livello medio di incidenza dei nuovi iscritti, e operando in relazione a un mandato individuale, le cui sanzioni economiche si sono rivelate eccessivamente miti per persuadere concretamente i giovani in salute, hanno subito perdite tecniche di grandi dimensioni.

La conseguente reazione da parte dei mercati finanziari a tale instabilità si è manifestata in un rapido esodo di numerose compagnie dalle piattaforme di scambio in innumerevoli contee, unito a pesanti sovrapprezzi dei premi assicurativi mensili per tentare di risanare le esposizioni a bilancio. Questa dinamica distorsiva ha fatto gravare un peso insostenibile sulla classe lavoratrice media, travolgendo violentemente quella specifica fascia demografica i cui redditi risultavano appena superiori alle soglie massime per la concessione dei sussidi federali.

Tali cittadini si sono ritrovati pressati dall'obbligo di dover far fronte a costi fissi esorbitanti per l'acquisto delle polizze, associati alla simultanea proliferazione dei piani ad alta franchigia, volti a scaricare l'onere vivo nella sua interezza sulle tasche del paziente, generando un nuovo e complesso ciclo di razionamento delle cure preventive tra i ceti medi che aggrava pesantemente le fondamenta dell'economia sanitaria.

Per quel che attiene infine alla fondamentale propagazione dell'efficienza sistemica a lungo termine, la riforma ha senza dubbio posto le basi per l'abbandono del tradizionale e distorsivo modello *Fee-for-Service* basato unicamente sul volume delle prestazioni.

Avvalendosi della costituzione di specifici centri di innovazione governativi, operanti all'interno dell'agenzia federale CMS, sono state avviate importanti sperimentazioni su vasta scala riguardanti i modelli di pagamento alternativi, come i già esplorati pagamenti a pacchetto e i sistemi di remunerazione legati parallelamente alle performance cliniche e ai risultati tangibili per la salute dell'intera collettività.

Sebbene questi veicoli contrattuali abbiano generato modesti ma incoraggianti risparmi per le tasche erariali, inducendo al contempo un maggiore coordinamento logistico tra i vari fornitori di servizi sanitari, la loro adozione volontaria e non forzata all'interno del più redditizio settore commerciale privato procede ancora faticosamente.

Tale lentezza evolutiva è dovuta non solo dall'infinita complessità amministrativa richiesta per l'adozione tecnologica di tali modelli, ma bensì soprattutto dalle prevedibili resistenze applicate dagli attori economici dominanti, fortemente inclini a difendere le immense rendite di posizione garantite dalla mancata trasparenza del sistema.

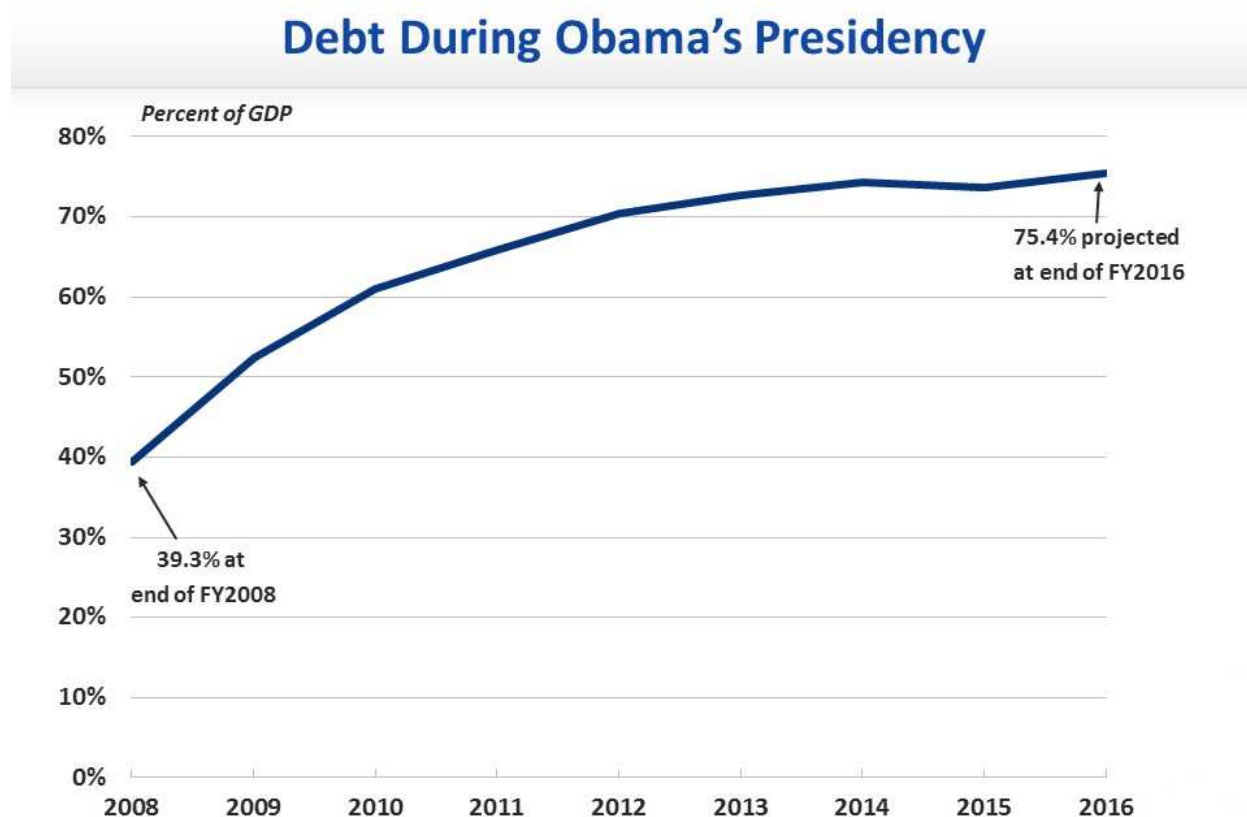
In fin dei conti, si può affermare che la riforma in questione ha profondamente riorganizzato l'infrastruttura finanziaria dell'assistenza sanitaria statunitense, correggendo le più feroci asimmetrie informative in fase contrattuale, e per lo meno riducendo l'iniquità sistemica a tutela delle fasce più indigenti e dei malati cronici.

Tuttavia, il medesimo impianto normativo ha permesso pericolosamente di lasciare immutato il cuore del nostro paradosso, ovvero l'impossibilità di bloccare la determinazione speculativa sui prezzi unitari, confermando come l'estensione burocratica della copertura assicurativa, in assenza di un intervento drastico e non mediato sulle logiche monopolistiche dell'offerta, si riveli una misura indispensabile ma al tempo stesso largamente insufficiente per tutelare la sostenibilità macroeconomica del sistema nel lungo periodo.

Rimanendo in ambito macro, non possiamo ignorare la principale critica posta al Presidente Obama in seguito all'implementazione dell'ACA, che lo ha portato a essere pesantemente attaccato anche negli anni successivi al termine della sua Presidenza: l'impatto dei programmi pubblici sul debito nazionale.

Tralasciando la propaganda politica e basandosi unicamente sui freddi numeri, è innegabile un certo grado di correlazione tra le due variabili durante gli otto anni di mandato.

Per declinare al meglio quanto avvenuto possiamo usufruire del seguente diagramma:



Fonte: Committee for a Responsible Federal Budget

Il grafico appena introdotto si pone l'obiettivo di mostrare l'evoluzione del debito sovrano in percentuale al PIL (asse delle ordinate) rispetto allo scorrere degli anni relativi alla Presidenza Obama (asse delle ascisse).

Viene subito messa in evidenza l'enorme differenza tra il valore nel 2008, anno in cui Obama vinse le elezioni, e il medesimo nel 2016, allo scadere dei termini del suo mandato.

Tenendo presente che ad oggi, il rapporto debito/PIL statunitense si aggira intorno al 122%, il differenziale tra l'inizio e la fine della figura rappresenta il più rilevante incremento mai registrato nella storia degli Stati Uniti d'America.

In valore assoluto questo è più che raddoppiato in soli otto anni.

Bisogna comunque tenere in considerazione che non è possibile attribuire l'interezza della colpa unicamente al Presidente, infatti gli scostamenti di bilancio e i programmi sanitari e fiscali sono sempre soggetti a discussione e approvazione da parte del Congresso, unico organo legislativo predisposto dalla Costituzione.

Tuttavia, l'ACA porta direttamente il nome del suo promotore, e non a caso sono proprio le sue disposizioni ad aver causato a lungo termine la più recente esplosione della spesa sanitaria.

Ovviamente l'aumento del debito nazionale è anche condizionato dalle uscite sostenute nelle precedenti amministrazioni federali, ed è giusto ricordare come i primi anni duemila sono stati caratterizzati da una serie di interventi militari che hanno chiaramente ampliato questa voce nelle determinanti del deficit.

Esattamente per questa ragione, una buona parte della crescita del debito negli anni 2008-2016 era già stata prevista tempo prima.

Specularmente però, si può parzialmente ricondurre all'implementazione dell'ACA, il continuo sviluppo negativo delle condizioni finanziarie successivo allo scadere del mandato Obama.

In conclusione dovremmo quindi aver compreso che determinate manovre finanziarie, volte a migliorare le condizioni e la qualità di vita dei cittadini, hanno dall'altra parte ripercussioni a lungo termine sulla sostenibilità dei conti pubblici, ed è perciò necessaria una preliminare e attenta fase di valutazione dei pro e contro di ogni ipotetica decisione.

L'Impatto dell'ACA sull'Estensione della Copertura e sulla Sostenibilità Assicurativa

Dopo aver definito gli obiettivi normativi e gli strumenti legislativi introdotti dall'*Affordable Care Act*, risulta ora indispensabile calare queste variabili all'interno del complesso impianto risarcitorio degli Stati Uniti d'America.

Mentre in precedenza abbiamo declinato l'ACA da un punto di vista generale, lo scopo di questa sezione è invece misurare analiticamente l'impatto pratico della riforma, valutando in che misura essa sia riuscita ad aggiustare le storiche inefficienze del mercato assicurativo, e come abbia alterato la sostenibilità finanziaria dei principali *player* del settore.

L'intervento governativo si è basato, dal punto di vista operativo, su due orientamenti paralleli ma strettamente interdipendenti, l'espansione dei programmi pubblici esistenti e la rigida regolamentazione del mercato privato individuale.

Il primo pilastro su cui si è fondata l'estensione della copertura è stata la già nota integrale riorganizzazione del *Medicaid*.

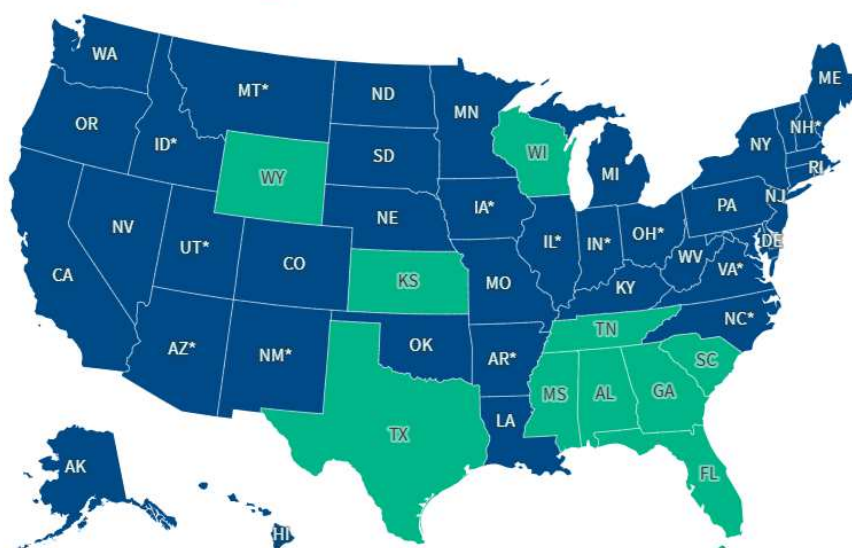
In origine concepito, come spiegato in precedenza, per tutelare categorie specifiche di soggetti in condizioni di grave indigenza economica, l'ACA aveva previsto un'espansione universale del programma a tutti i cittadini aventi un introito annuo fino al 138% del Livello di Povertà Federale (FPL), indipendentemente da altri requisiti anagrafici o familiari.

Tuttavia, l'implementazione di questa manovra ha subito un'inaspettata alterazione a seguito della sentenza della Corte Suprema del 2012 (*National Federation of Independent Business v. Sebelius*), la quale ha stabilito, secondo il principio di autonomia federale, che il Governo Centrale non potesse costringere i singoli stati ad accettare l'espansione, rendendola di fatto opzionale e a discrezione di ognuno di essi secondo criteri propri.

Sotto il profilo dell'economia sanitaria, questa frammentazione giurisdizionale ha generato una grave asimmetria allocativa sul territorio nazionale, che possiamo agilmente vedere tramite una semplice mappa a colori relativa all'anno 2026:

Status of State Action on the Medicaid Expansion Decision

■ Adopted and implemented (41 states including DC) ■ Not adopted (10 states)



Fonte: Kaiser Family Foundation

Gli stati in blu sono coloro che hanno recepito l'espansione, dove si è assistito a un crollo storico del tasso di individui non assicurati o parzialmente coperti, accompagnato inoltre da una sensibile riduzione dei costi per le cure non compensate (*uncompensated care*) a carico delle strutture ospedaliere locali.

Al contrario, negli stati in verde, che hanno rifiutato l'allargamento dei fondi federali, si è venuta a creare una drammatica anomalia economica definita *Coverage Gap*, o vuoto di copertura.

Un'enorme quantità di cittadini in età lavorativa si è infatti ritrovata in una situazione di stallo paradossale, tipica di questo sistema così peculiare.

Essi percepivano redditi troppo elevati per qualificarsi al *Medicaid* tradizionale del proprio stato, ma al tempo stesso troppo bassi, in particolare al di sotto del 100% dell'FPL, per poter accedere ai sussidi previsti per l'acquisto di polizze private sui *Marketplaces*.

Questo fenomeno ha esasperato le già esistenti disuguaglianze geografiche, confermando come l'assenza di una direttiva centrale uniforme nel sistema statunitense continui a penalizzare la forza lavoro delle fasce di reddito minori, ponendo un ostacolo all'accumulo e al mantenimento del capitale umano.

Per tutelare quella parte di popolazione non eleggibile ai programmi pubblici e priva di coperture aziendali (ESI), l'ACA ha istituito gli *Health Insurance Exchanges*, comunemente detti *Marketplaces*.

L'impatto di questi mercati regolamentati è stato decisamente utile per i vari soggetti ad essi destinati, poiché hanno introdotto per la prima volta un meccanismo di standardizzazione dell'offerta.

L'estensione della copertura in questo comparto è stata poi strutturata sull'immissione di ingenti sussidi federali, articolati in due forme fondamentali:

- ❖ *Premium Tax Credits* (PTC): crediti d'imposta versati anticipatamente dal Governo direttamente alle compagnie assicurative per abbattere il costo del premio mensile a carico del cittadino. Essi sono calcolati in modo inversamente proporzionale al reddito per la fascia tra il 100% e il 400% dell'FPL;
- ❖ *Cost-Sharing Reductions* (CSR): sussidi aggiuntivi, vincolati all'acquisto di piani *Silver*, pensati per abbattere le gravose franchigie e i costi *Out-of-Pocket*.

Dal punto di vista dell'efficienza statica, questi hanno prodotto un forte incremento della domanda di coperture sanitarie, portando il tasso nazionale di non assicurati dal 16% del 2010 a minimi storici prossimi all'8%.

Tuttavia, l'architettura dei PTC ha inizialmente generato un distorsivo effetto soglia, noto anche come *subsidy cliff*, difatti superare anche di un solo dollaro il tetto del 400% dell'FPL comportava la perdita totale del sussidio, esponendo la classe media al pagamento totale di premi spropositati, e disincentivando marginalmente la ricerca all'incremento del reddito lavorativo.

Nonostante quanto detto finora, il vero banco di prova per la sostenibilità del mercato assicurativo, in seguito all'entrata in vigore dell'ACA, si è manifestato nella gestione del rischio. Come analizzato nel precedente capitolo, in merito alle asimmetrie informative e al problema della Selezione Avversa, un mercato privato non regolamentato tende fisiologicamente a certe forme di esclusione dei soggetti più fragili.

Tenendo a mente tutto ciò, l'ACA ha vietato tassativamente alle compagnie assicurative di negare la copertura o di applicare premi maggiorati sulla base di patologie preesistenti (*Guaranteed Issue e Community Rating*).

Se applicata singolarmente al di fuori del contesto di riferimento, questa norma avrebbe causato il collasso finanziario delle assicurazioni, in quanto solo gli individui affetti da malattie croniche avrebbero acquistato le polizze, innescando la cosiddetta "spirale della morte" dei premi, con il conseguente deterioramento delle condizioni finanziarie delle società.

Per garantire quindi la sopravvivenza economica del sistema, il legislatore ha concepito un modello basato su tre pilastri chiave, definendo il cosiddetto "treppiede dell'ACA":

- ❖ *Guaranteed Issue*: divieto di discriminazione sanitaria;
- ❖ Sussidi Federali: per rendere le polizze accessibili;
- ❖ Mandato Individuale (*Individual Mandate*): l'obbligo legale per tutti i cittadini, salvo specifiche esenzioni, di dotarsi di un'assicurazione sanitaria, pena il pagamento di una sanzione fiscale (*Shared Responsibility Payment*).

Quest'ultima, come già sappiamo, rappresentava il fulcro per la sostenibilità assicurativa, infatti obbligando i giovani e i soggetti in salute ad entrare nel *risk pool*, sarebbe dovuto essere possibile bilanciare l'ingresso massiccio di pazienti precedentemente esclusi a causa dell'emergere di patologie pregresse.

L'afflusso di premi pagati dai cittadini sani doveva finanziare le cure dei malati, ristabilendo il famoso equilibrio attuariale.

Nella pratica empirica, tuttavia, la sanzione fiscale si è rivelata economicamente troppo esigua per fungere da reale deterrente a comportamenti minatori.

Molti giovani in salute hanno addirittura preferito pagare la multa piuttosto che sostenere l'esborso annuale relativo a un piano *Bronze* o *Silver*.

Questa Selezione Avversa residuale ha provocato un ulteriore problema, i *pool* di rischio dei *Marketplaces* nei primi anni di implementazione risultavano essere mediamente più anziani e più malati delle previsioni, costringendo i grandi *player* del settore ad applicare cospicui aumenti dei premi per gestire le perdite inattese.

Comunque sia, la regolamentazione federale non si è limitata a espandere la domanda, ma è inoltre intervenuta con decisione sui margini di profitto dell'oligopolio assicurativo.

La riforma ha introdotto la regola del *Medical Loss Ratio* (MLR), un parametro normativo di straordinaria importanza economica.

L'MLR impone alle compagnie di prevedere esborsi pari ad almeno l'80%, per il mercato individuale e delle piccole imprese, e dell'85% per le grandi aziende, dei premi incassati esclusivamente nel rimborso di cure mediche dirette o in attività di miglioramento della ricercata qualità clinica. Solo il restante 15/20% può essere trattenuto per coprire costi amministrativi, di *marketing* e margini di profitto netto.

Qualora una compagnia non rispetti tali percentuali, è tenuta per legge a rimborsare la differenza agli assicurati sotto forma di assegni (*rebates*).

Questa imposizione ha plasmato radicalmente il modello di *business* delle principali compagnie che abbiamo elencato.

Non potendo più incrementare i profitti semplicemente negando le cure o aumentando i tassi di rifiuto amministrativo, le *corporations* sanitarie sono state forzate a perseguire economie di scala attraverso un'importante spinta verso le fusioni orizzontali.

Inoltre, la presenza dell'MLR ha velocizzato l'integrazione verticale, spostando i profitti dall'assunzione del rischio, alla fornitura diretta dei servizi e all'acquisizione dei *Pharmacy Benefit Managers* (PBM), le società hanno aggirato le restrizioni sui margini, mantenendo la redditività all'interno del proprio perimetro aziendale.

Per stabilizzare ulteriormente le perdite delle assicurazioni nei primi anni di transizione, l'ACA ha appositamente istituito tre programmi temporanei noti come le "Tre R":

- ❖ *Risk Adjustment*: un meccanismo permanente a somma zero che trasferisce fondi dalle compagnie che hanno assicurato pazienti eccezionalmente sani, a quelle che hanno assorbito casi a elevata complessità clinica;

- ❖ *Reinsurance*: un fondo governativo per rimborsare le assicurazioni dei costi relativi a singoli pazienti con spese mediche ingenti, relative a problematiche sanitarie catastrofiche;
- ❖ *Risk Corridors*: un cuscinetto finanziario temporaneo volto a limitare sia i profitti eccessivi sia le perdite estreme rispetto agli obiettivi prefissati.

Nonostante queste tutele, la volatilità dei mercati nei primi anni ha spinto colossi, come *UnitedHealth* e *Aetna*, a ritirarsi temporaneamente da numerosi *Marketplaces* statali, dimostrando come, di fronte all'incertezza dei margini operativi, il capitale privato preferisca la ritirata strategica, lasciando però intere contee in situazioni di sostanziale monopolio locale da parte di un'unica compagnia superstite.

In conclusione, l'analisi degli esiti economici in ambito assicurativo dell'*Affordable Care Act* restituisce un quadro dalle varie sfaccettature.

Dal lato della mera estensione nominale della copertura, la legge rappresenta indubbiamente il più grande successo di politica sanitaria dai tempi della creazione dei primi programmi federali, *Medicare* e *Medicaid*.

Essa ha infatti garantito l'accesso alle cure a decine di milioni di cittadini e ha eliminato l'esclusione sociale legata alle patologie preesistenti.

Ciononostante, valutando l'impatto attraverso la metrica dell'efficienza e dell'equità finanziaria, l'ACA non è riuscita a cancellare definitivamente il problema strutturale dei prezzi unitari.

I grandi *player* non sono infatti rimasti a subire passivamente le nuove norme.

Per mantenere i premi mensili a livelli politicamente e commercialmente accettabili, le compagnie assicurative hanno reagito ampliando l'offerta di piani ad altissima franchigia (HDHP), e restringendo quanto più possibile le reti di fornitori attraverso i *Narrow Networks*.

Il risultato finale è un sistema in cui il cittadino è formalmente assicurato, ma pur sempre economicamente sensibile.

La problematica dei non assicurati è stata in gran parte debellata, ma immediatamente sostituita dalla piaga della *sottoassicurazione*.

L'ACA ha mitigato i sintomi acuti del fallimento di mercato, ma il rischio di *medical bankruptcy*, e l'inevitabile razionamento delle cure da parte dei pazienti a basso reddito, restano ancora oggi componenti intrinseche e irrisolte del Paradosso Statunitense.

Le Tentate Contro-Riforme e l'Evoluzione Post-ACA: Tendenze e Dibattiti

L'approvazione e la successiva entrata in vigore dell'*Affordable Care Act* non hanno rappresentato il capolinea del dibattito socio politico ed economico statunitense, bensì l'inizio di una nuova e complessa fase di instabilità istituzionale.

L'impianto normativo, nonostante abbia ben centrato lo storico fine di contrarre drasticamente il tasso di cittadini senza copertura, ha lasciato invariate numerose criticità strutturali che hanno fornito le basi per l'inizio di un'incessante serie di tentativi volti allo smantellamento e alla deregolamentazione, con una nuova ridefinizione degli obiettivi.

L'analisi di questa fase successiva alla riforma è fondamentale per comprendere come le forze del libero mercato, le pressioni aziendali e i dinamici obiettivi governativi, abbiano interagito con la struttura della legge, generando esiti economici spesso paradossali e totalmente imprevisi dai legislatori originari.

Il periodo successivo al consolidamento dell'ACA è stato infatti caratterizzato da una polarizzazione estrema, soprattutto in seguito all'insediamento del Presidente Donald J. Trump e della sua amministrazione, all'interno della quale si sono scontrate due visioni diametralmente opposte dell'economia sanitaria.

Da un lato, prendeva sempre più piede la spinta verso una reintroduzione massiccia dei meccanismi di selezione del rischio a tutela dei bilanci assicurativi e della libertà di scelta individuale, dall'altro, le opposizioni puntavano sulla necessità di correggere i fallimenti di mercato residui attraverso un intervento federale ancora più incisivo e centralizzato.

Il culmine della spinta deregolamentatrice si è proprio materializzato nel corso di questa amministrazione, successiva a quella che aveva promulgato la riforma, che mise in atto una serie di manovre legislative finalizzate a neutralizzare i pilastri finanziari dell'ACA, pur senza riuscire ad abrogarne formalmente l'intero testo.

Dal punto di vista strettamente economico, l'intervento di maggior impatto è stato l'eliminazione della sanzione pecuniaria legata al mandato individuale, attuata attraverso il *Tax Cuts and Jobs Act* del 2017.

Come evidenziato in precedenza, l'obbligo di dotazione assicurativa rappresentava il passaggio fondamentale per controllare l'emergere della Selezione Avversa, obbligando i soggetti sani a finanziare implicitamente le cure dei malati cronici all'interno del medesimo gruppo di rischio.

La cancellazione di questo disincentivo finanziario ha immediatamente attirato l'attenzione delle istituzioni di vigilanza, le quali temevano l'avvio di un circolo vizioso sui premi, dovuto alla prevedibile fuga degli individui a basso rischio.

Nonostante ciò, l'osservazione dei mercati ha rivelato una particolare dinamica di stabilizzazione da tutti inaspettata.

La struttura dei sussidi federali, parametrata sul reddito, ha infatti agito in veste di ammortizzatore macroeconomico.

Sebbene i premi nominali delle polizze abbiano subito incrementi significativi a causa del deterioramento del profilo di rischio aggregato, l'onere vero e proprio è rimasto invariato per i cittadini sussidiati, poiché i crediti d'imposta si sono ampliati in modo direttamente proporzionale all'aumento delle tariffe.

Questa dinamica ha sventato il rischio di collasso del mercato, ma ha parallelamente generato un'imponente externalità negativa a carico della spesa pubblica federale, e ha inoltre scaricato una pressione inflattiva insostenibile su quella fascia di ceto medio esclusa dalle agevolazioni, inasprendo ulteriormente il divario di accessibilità alle cure.

Congiuntamente all'indebolimento del mandato individuale, il tentativo di controriforma si è articolato attraverso la drastica interruzione dell'erogazione diretta dei fondi governativi destinati alle *Cost-Sharing Reductions*.

Questa manovra amministrativa, concepita per togliere liquidità alle compagnie assicurative e spingerne l'uscita dalle piattaforme pubbliche, ha invece dato origine ad uno dei fenomeni di discontinuità tra fine e risultato più affascinanti della recente storia economica sanitaria, noto come *silver loading*.

Trovandosi all'interno dell'obbligo legale di continuare a fornire piani con franchigie agevolate per i ceti meno abbienti, ma privati dei relativi rimborsi federali, le compagnie assicurative hanno strategicamente ricaricato l'intero disavanzo unicamente sui premi base dei piani di livello intermedio, gonfiandone gli esborsi.

Siccome i crediti d'imposta federali, come previsto dalla composizione originale della legge, sono agganciati proprio al costo di questi specifici piani, l'incremento artificioso delle loro tariffe ha innescato un ingente e automatico ampliamento dei sussidi erogati dal governo a favore e tutela dei consumatori.

Il risultato pratico di questa manovra è stato duplice e contrario agli intenti originali.

I costi per le finanze statunitensi sono lievitati considerevolmente, ma dall'altra parte, milioni di consumatori si sono ritrovati a disporre di sussidi così cospicui da poter acquistare piani assicurativi di fascia superiore a fronte di costi marginali nulli, dimostrando l'incredibile resilienza e adattabilità degli attori finanziari di fronte a *shock* regolatori imposti dall'esterno.

Ad alterare ulteriormente l'omogeneità del rischio aggregato, ha contribuito una decisa operazione di segmentazione del mercato, sostenuta dalle autorità esecutive tramite l'allentamento dei vincoli sulle polizze a breve termine e sui piani associativi.

Incoraggiando la diffusione di contratti assicurativi deliberatamente esenti dai mandati di copertura essenziale, e privi del divieto di discriminazione per patologie pregresse, si è ricreata, in forma equivalente, la medesima asimmetria informativa e selezione attiva dei rischi che l'ACA intendeva contrastare.

Analizzando tutto ciò sotto un profilo analitico, questi strumenti deregolamentati hanno agito come dei promotori di comportamenti opportunistici, attirando esclusivamente la popolazione giovane e in salute alla ricerca di premi irrisori, e sottraendo di fatto capitale vitale alle piattaforme istituzionali per le cure complesse e costose.

Questa frammentazione del mercato ha riaffermato una logica di mercificazione della salute in cui i prodotti a basso costo offrono un'illusione temporanea di sicurezza, per poi riversare i propri sottoscrittori nel sistema delle cure non compensate al manifestarsi di emergenze cliniche inaspettate, validando il trasferimento occulto dei costi sulle strutture ospedaliere e, in ultima istanza, sui contribuenti.

Le reazioni legislative più recenti, maturate nel mutato clima politico post-pandemico, riconducibili all'amministrazione Biden, hanno tentato di ricucire queste lacerazioni strutturali, abbandonando la retorica dell'abrogazione per costruire nuovamente un interventismo correttivo e stabilizzante.

Manifestatosi tramite l'*American Rescue Plan Act* e le successive estensioni, l'intervento del legislatore si è concentrato su uno dei difetti di progettazione economica più gravi dell'era post-ACA, l'effetto soglia dei sussidi.

Non prevedendo una soglia limite di reddito per l'eleggibilità ai crediti d'imposta, viene introdotto un meccanismo di adeguamento che impedisce al costo del premio di assimilare una percentuale troppo alta del reddito familiare.

Viene finalmente introdotta una parziale protezione finanziaria a favore di quella classe media precedentemente colpita dalla volatilità dei prezzi.

Questa manovra ha dimostrato una rinnovata consapevolezza istituzionale riguardo all'impossibilità di stabilizzare un mercato assicurativo privato, caratterizzato da prezzi unitari monopolistici, senza prevedere un'immissione permanente di fondi pubblici.

Un aspetto ancora più rilevante per le dinamiche economiche del sistema è stato il dibattito, sfociato poi in parziali provvedimenti normativi, sul controllo diretto della spesa farmaceutica.

Il superamento storico del divieto di negoziazione dei prezzi dei farmaci all'interno del programma *Medicare* ha rappresentato un cambiamento totale.

Questa evoluzione segna la prima entrata del legislatore nelle assurdità del *pricing* affrontate precedentemente.

Permettendo al maggiore acquirente globale di servizi sanitari il potere di sfruttare il proprio peso per regolamentare le tariffe di alcuni medicinali salvavita, il Governo Federale ha tentato di porre rimedio alla mancata trasparenza dei rimborsi e all'intermediazione estrattiva operata dalle grandi corporazioni della filiera distributiva.

Sebbene circoscritta ad una porzione specifica del mercato, questa inversione di tendenza istituisce un precedente economico di innegabile valore, spostando il fulcro del dibattito nazionale dalla mera redistribuzione del rischio finanziario alla necessità di contrastare le inefficienze allocative direttamente alla fonte dell'offerta.

Nonostante questi interventi volti a riequilibrare il sistema, l'evoluzione del panorama sanitario statunitense continua ad essere dominata da una tendenza silenziosa ma decisamente impattante, costituita dalla crescente e pervasiva corporativizzazione dell'assistenza governativa grazie ai piani *Medicare Advantage*.

Le statistiche degli ultimi anni evidenziano come la stragrande maggioranza dei beneficiari pubblici sia ormai gestita dalle stesse grandi società assicurative che già conosciamo.

Questa forma mista di privatizzazione ha modificato ulteriormente il contesto.

Il dibattito sociale e politico è oggi incentrato sulle pesanti distorsioni causate dalle pratiche di *upcoding* intensivo, in cui le compagnie sfruttano innovativi software appositamente ideati, per incrementare da sé i punteggi di rischio clinico dei propri iscritti, massimizzando l'ottenimento di risorse federali attraverso i pagamenti forfettari PC.

Questo fenomeno ha trasformato l'incertezza diagnostica in un'incredibile fonte di profitto aziendale, interrogandosi dettagliatamente sulla sostenibilità fiscale a lungo termine del programma e sull'effettivo ritorno in termini di salute pubblica derivante da questa assoluta esternalizzazione dei servizi.

A livello statale, la persistenza delle disuguaglianze geografiche continua a riflettere una visione miope dei diritti di cittadinanza economica.

Il dibattito sulle condizioni di idoneità per accedere ai programmi assistenziali non si è mai ridotto, infatti alcune giurisdizioni autonome mantengono tenacemente il blocco all'espansione dei fondi federali, mentre altre hanno tentato di vincolare la copertura sanitaria a rigidi requisiti lavorativi o di volontariato comunitario.

Questa impostazione quasi filosofica, che subordina il diritto alla salute alla produttività economica dell'individuo, genera disfunzioni enormi in termini di burocrazia amministrativa.

I dati empirici derivanti da questi esperimenti statali hanno largamente dimostrato come l'onere delle verifiche documentali possa provocare la perdita della copertura assicurativa anche per coloro che avrebbero pieno diritto a mantenerla, confermando come le problematiche burocratiche vengano volontariamente utilizzate per razionare le risorse e limitare la spesa pubblica locale.

Tale approccio evidenzia una falsità macroeconomica diffusa negli USA; si tenta infatti di promuovere l'occupazione negando l'assistenza medica, ignorando sistematicamente l'evidenza che un capitale umano in buono stato di salute costituisce il prerequisito fondamentale, e non il premio finale, per una costante partecipazione al mercato del lavoro.

Le dinamiche fin qui tracciate configurano uno scenario di transizione irrisolta.

L'interminabile ciclo di aggiornamenti legislativi, aggiustamenti normativi e contromisure di mercato ha dato vita ad un ecosistema in cui l'accesso alle cure non è più negato a monte, ma viene gestito e filtrato attraverso meccanismi finanziari sempre più complessi.

L'illusione di poter contrarre la curva dei costi, affidandosi esclusivamente alla competizione tra intermediari finanziari, ha lasciato il posto ad una consapevolezza più matura.

Essendo che l'economia sanitaria è ormai una diffusa materia di studio, si è compreso come, senza una riorganizzazione profonda dei modelli di erogazione e remunerazione dei fornitori, l'impianto statunitense è destinato a consumare quote crescenti del PIL offrendo in cambio rendimenti decrescenti in termini di benessere sociale.

La frammentazione dei pagatori, l'invadenza del settore corporativo e l'incapacità di dettare un listino prezzi unificato, mantengono il sistema in uno stato di costante inefficienza allocativa.

Proprio l'evidenza di queste rigidità strutturali, difficilmente attaccabili attraverso i soli strumenti del libero mercato, ha alimentato l'emergere di intensi dibattiti sulle alternative sistemiche, portando all'attenzione pubblica sia i richiami verso una transizione completa ad un modello a pagatore unico, sia l'urgente necessità di lasciarsi definitivamente alle spalle la remunerazione basata sul volume per orientarsi concretamente verso i noti paradigmi del valore.

È proprio da queste premesse insoddisfatte che diventa necessario volgere lo sguardo oltre l'attuale architettura del compromesso post-ACA, per analizzare quali strategie aziendali virtuose, e quali assetti istituzionali differenti, possano concretamente disinnescare la Tirannia dei Prezzi e curare la persistente iniquità che affligge la più costosa industria sanitaria del mondo.

Case Study e Prospettive Future: Efficienza e Modelli Alternativi

Analisi del Modello e delle Strategie di Kaizen Health Group

Lo studio condotto nei capitoli precedenti ha permesso di scomporre le complesse fondamenta del sistema sanitario statunitense, mettendo in evidenza le diffuse inefficienze strutturali derivanti dall'ostinazione nel consegnare un bene vitale alle logiche capitalistiche, tipicamente americane, di libero mercato.

Il settore è intrinsecamente vulnerabile a sistematici fallimenti di mercato, causati dalla coesistenza di incertezza, asimmetria informativa ed esternalità.

Abbiamo esaminato come l'egemonia delle grandi compagnie assicurative, e le dinamiche di *pricing* frammentate, abbiano dato vita alla cosiddetta Tirannia dei Prezzi, in cui gli esborsi esorbitanti non sono giustificati da un maggior volume di prestazioni o da esiti di salute superiori, ma bensì da prezzi unitari smisurati e inspiegabili asimmetrie di potere.

Tutto ciò sfocia in barriere economiche all'accesso alle cure e profondi disagi sociali, esasperando le disuguaglianze socioeconomiche e razziali, e alimentando piaghe endemiche come il razionamento delle cure e la *medical bankruptcy*.

A fronte di questo scenario, e dopo aver analizzato le origini e gli impatti della regolamentazione federale e dell'*Affordable Care Act*, risulta indispensabile compiere un ulteriore passo in avanti.

In questo quarto capitolo, l'attenzione si sposta dall'indagine teorica delle criticità generali verso l'esplorazione pratica di modelli operativi, *case study* aziendali, e prospettive future che si propongono di mitigare o risolvere tali distorsioni allocative.

Il fine ultimo è comprendere se e come il Paradosso Statunitense possa essere sormontato tramite approcci organizzativi alternativi.

Il panorama sanitario e assicurativo americano, per quanto dominato da *player* altamente concentrati e da logiche di profitto portate all'estremo, offre al contempo un contesto favorevole per la sperimentazione di architetture aziendali fortemente innovative.

In questo specifico contesto, l'analisi del modello e delle strategie operative di *Kaizen Health Group*, rappresenta un passaggio accademico e analitico essenziale per comprendere come sia possibile internalizzare e neutralizzare alcune delle più gravi inefficienze del mercato fin ad ora descritte, e per approfondire successivamente la coesistenza fra attori.

L'azienda, è in realtà un celebre gruppo di medie dimensioni con sede a Chicago, specializzato in tecnologie e logistica sanitaria, operante negli Stati Uniti.

Il suo *core business* riguarda la logistica funzionale ai trasporti sanitari e le prescrizioni mediche per conto di piani sanitari e strutture cliniche.

Gestisce direttamente (ma non possiede i veicoli) le corse di ambulanze, taxi, autobus e altri mezzi non di emergenza, con l'obiettivo di ridurre l'isolamento sociale e incrementare l'accesso alle cure, in modo da bilanciare questo con la vita privata e il lavoro.

Per fare tutto ciò si interfaccia con i programmi pubblici federali, gli ospedali e le singole municipalità, mantenendo un contatto privilegiato con le realtà locali e le loro esigenze.

Il nome stesso del gruppo richiama esplicitamente la filosofia organizzativa asiatica del "*Kaizen*", ovvero il concetto di miglioramento continuo e riduzione sistematica degli sprechi, detta comunemente in economia *lean management*.

Sotto il profilo strettamente economico, applicare tale filosofia all'*HealthCare System* statunitense significa innanzitutto porsi in netta contrapposizione rispetto al tradizionale e disfunzionale modello *Fee-for-Service*.

Come già sappiamo, tale approccio fallace remunera il volume delle prestazioni, incentivando sporadicamente i medici a prescrivere cure, esami o procedure non strettamente necessarie al solo fine di massimizzare il profitto, generando quel grave conflitto d'interessi noto come *Supplier-Induced Demand*.

Kaizen Health Group ha invece strutturato la propria offerta e la propria ossatura aziendale basandosi interamente sui modelli di *Value-Based Healthcare* (VBH) elaborati originariamente da Michael Porter.

L'obiettivo dichiarato di questa strategia è la transizione definitiva verso un sistema orientato sulla qualità clinica e sugli *outcomes* misurabili nel lungo termine per il paziente, ribaltando il postulato per cui ad un maggior numero di test, debba necessariamente corrispondere un maggiore ricavo a bilancio.

Per plasmare la teoria del VBH in pratica aziendale, vengono adottati sofisticati modelli contrattuali di *risk-sharing* a due vie (*two-sided risk*).

In questo modo, la remunerazione abbandona la logica transazionale per abbracciare un sistema a quota capitaria globale (*global capitation*), cioè un meccanismo di finanziamento sanitario che attribuisce le risorse in base alla presenza di cittadini in un determinato territorio, adattando i valori con specifici fattori locali, come l'età media, la mortalità e le condizioni economiche della comunità di riferimento.

Il gruppo, operando in duplice veste, assegna un *budget* prefissato, calcolato su base *Per Member Per Month* (o PMPM), seguendo quindi il valore medio di spesa o indennità per ciascun iscritto su base mensile, per la gestione complessiva della salute di un bacino di utenza.

Se i costi effettivi risultano inferiori allo stanziamento grazie ad un'efficiente prevenzione, il surplus genera un margine di profitto condiviso.

Se questi dovessero invece superare la quota, a causa di inefficienze o ricoveri evitabili, l'ente assorbe l'intero ammontare delle perdite.

Per limitare il rischio che la quota capitaria incentivi una sotto prescrizione delle cure, un fenomeno opposto alla Domanda Indotta dall'Offerta, *Kaizen* vincola la redditività al rispetto di alcune prestabilite metriche di performance clinica.

L'azienda fa ampio ricorso agli indicatori HEDIS (*Healthcare Effectiveness Data and Information Set*), valutando continuamente i tassi di riammissione ospedaliera a 30 giorni, la corretta gestione dell'emoglobina glicata nei pazienti diabetici, e l'aderenza agli screening oncologici preventivi e alle terapie per le malattie croniche.

L'ottimo rendimento di questo monitoraggio è riconducibile ad un'infrastruttura informatica centralizzata, basata su Cartelle Cliniche Elettroniche condivise, che elimina la dispersione informativa tipica del sistema USA.

I coordinatori sanitari e gli assistenti sociali utilizzano questa per pianificare i trasporti dei pazienti per visite di controllo, dimissioni o terapie ricorrenti.

Vediamo quindi, avvalendoci di una semplice tabella, il differenziale di rendimento negli indicatori (KPIs) appena visti, mettendo in evidenza l'incredibile operato del nostro attore all'interno del sistema.

Indicatore di Performance (KPI)	Kaizen Health Group (Value-Based)	Media Sistema USA (Fee-for-Service)
Tasso di Riammissione Ospedaliera a 30 giorni	11,2%	17,8%
Aderenza Screening Oncologici	84,0%	62,5%
Costi Amministrativi su Spesa Totale	6,5%	25,0%
Aderenza Terapeutica Malattie Croniche	88,0%	54,0%
Spesa Media Out-of-Pocket per Paziente	1.200 USD / anno	4.500 USD / anno

Confrontare i dati tra la media nazionale (colonna di destra), e quella dei pazienti seguiti dalla nostra impresa (colonna centrale), ci permette di far emergere i benefici diretti sulla salute della collettività di questi modelli incentrati sulla qualità.

I valori sono stati reperiti dalla National Committee for Quality Assurance (NCQA), un'organizzazione statunitense senza scopo di lucro, che ha come *mission* aziendale l'accreditamento sanitario. In altre parole, essa opera per assicurarsi che i piani sanitari rientrino entro certi livelli qualitativi minimi.

Si può agilmente notare come, l'aderenza alle terapie e agli esami oncologici sia nettamente superiore alla media generale, indicatore di come l'assistenza alla logistica sanitaria può decisamente incrementare la qualità e la speranza di vita della popolazione.

Congiuntamente a ciò, il tasso di riammissione ospedaliera si contrae, facendo quindi emergere la maggiorata qualità dei trattamenti medici e l'abbattimento della recidiva.

Da un punto di vista puramente economico invece, i costi amministrativi e la spesa *Out-of-Pocket* vengono abbattuti, quest'ultima in particolare si riduce di circa tre quarti rispetto alla media aggregata.

Questi fatti dimostrano l'importanza di superare i vecchi paradigmi in ambito medico, e di indirizzare un adeguato numero di risorse verso i cambiamenti strutturali, in modo tale da concretizzare le teorie di Porter.

Passiamo adesso a vedere una delle determinanti principali dell'efficienza allocativa di questa realtà, che si può identificare nella sua peculiare forma di integrazione verticale.

Specifichiamo subito che, sebbene sia definibile allo stesso modo, non ne viene adottato un modello classico, l'azienda infatti non possiede una flotta di veicoli (taxi, ambulanze), né impiega direttamente gli autisti.

A differenza del sistema ampiamente sparpagliato analizzato in precedenza, in cui le grandi corporazioni assicurative si scontrano con veri e propri monopoli ospedalieri locali per negoziare le singole tariffe, *Kaizen* opera contemporaneamente sia come ente assicuratore, assumendosi integralmente il rischio finanziario relativo ai trasporti della popolazione coperta, sia aiutando gli erogatori di servizi sanitari a ridurre gli oneri legati alla logistica.

Questa convergenza strategica elimina alla fonte l'asimmetria di potere e il conflitto che storicamente contrappone i pagatori ai fornitori, favorendo la cooperazione, e operando come intermediario tra chi domanda trasporti sanitari e chi è in grado di offrire i mezzi richiesti (ad esempio importanti società come Uber o Lyft, gruppi locali e corrieri medico-farmaceutici).

Nel mercato sanitario tradizionale, i costi amministrativi raggiungono livelli macroeconomici spropositati (stimati fino ad un quarto della spesa sanitaria totale) proprio a causa del complesso e logorante rapporto di fatturazione.

Il modello integrato di *Kaizen* deprime decisamente tale spreco burocratico, rendendo superflue le dispendiose procedure di autorizzazione e i contenziosi legati al rifiuto dei sinistri.

In aggiunta a ciò, avendo un ruolo attivo nell'intera filiera sanitaria, il gruppo attenua la propria dipendenza dalle dinamiche generate dai *Pharmacy Benefit Managers* (PBM).

Nel secondo capitolo abbiamo visto come l'intera concentrazione nelle mani di questi intermediari farmaceutici limiti la libertà di prescrizione dei medici per massimizzare i profitti interni tramite il trattenimento dei *rebates*, a totale discapito del consumatore.

Internalizzando la fornitura e prescrizione dei medicinali essenziali attraverso farmacie di rete, *Kaizen Health Group* evade parzialmente questa costosa stretta del libero mercato.

Sotto il profilo microeconomico, la gestione dell'incertezza e dell'Azzardo Morale assume sembianze rinnovate all'interno della strategia del gruppo.

Sappiamo che le assicurazioni canoniche cercano da sempre di combattere questi fenomeni tramite il trasferimento dell'onere finanziario sui pazienti attraverso l'uso di franchigie molto elevate, tipiche dei controversi piani HDHP.

Tuttavia, l'analisi empirica dei comportamenti di consumo sanitario ha inequivocabilmente dimostrato che gli individui non agiscono da consumatori perfettamente razionali, mettendo in atto una contrazione indiscriminata della domanda, nota come razionamento delle cure.

Qui viene capovolto largamente questo paradigma.

Trattando la salute come bene di investimento legato al capitale umano, Kaizen incentiva l'accesso proattivo all'assistenza primaria a costo zero o con co-pagamenti minimi.

L'azienda espande inoltre il proprio raggio d'azione oltre le mura cliniche, intervenendo sui cosiddetti Determinanti Sociali della Salute (*Social Determinants of Health*, SDOH).

Riconoscendo che fattori ambientali, nutrizionali e abitativi incidono pesantemente sugli esiti di salute, essa stanziava parte delle proprie disponibilità per consentire alle compagnie assicurative di integrare nei loro pacchetti programmi di supporto nutrizionale, trasporti medicali e consegna di pasti oltre che di farmaci.

Il mantenimento del benessere dell'assistito produce il margine di profitto, ricomponendo quell'equilibrio etico auspicato da Arrow.

Collegare quindi l'atto clinico con l'erogazione del servizio logistico, in stretta collaborazione con le altre entità della filiera, crea un valore aggiunto per tutta la collettività.

Dal lato dell'infrastruttura di rete, il modello si configura come una rielaborazione estremamente sofisticata dei modelli HMO, eliminando il rischio del *Balance Billing* e proteggendo i cittadini dalle fatture a sorpresa.

Tuttavia, l'analisi accademica impone una progressiva disamina rigorosa dei limiti strutturali occultati in tale costruzione.

Per prima cosa, l'impiego diretto dei medici, l'acquisto di mezzi propri e la costruzione di strutture proprietarie, richiedono ingenti investimenti e diffusi rischi di responsabilità legale per le strutture ospedaliere.

Sono infatti queste formidabili barriere all'entrata geografica che limitano la scalabilità del modello, ed è per questo motivo che ecosistemi come *Kaizen* offrono i vantaggi dell'integrazione senza dover sostenere gli oneri dell'acquisizione di *asset* fisici.

Tuttavia, bisogna dire che questi scenari si concentrano quasi esclusivamente in aree urbane o suburbane ad alta densità demografica, ignorando le aree rurali che, prive dei necessari volumi di iscritti per ammortizzare i costi fissi, si trasformano nei cronici deserti sanitari.

Aggiungiamo inoltre che in questo mercato sanitario, i colossi assicurativi e di cura stanno acquisendo progressivamente operatori di minor peso, ed è in questo scenario che piattaforme

neutrali come la nostra consentono anche alle reti ospedaliere indipendenti di coordinare tutti i servizi accessori con la stessa efficienza dei grandi attori integrati.

Secondariamente, offrendo una perfetta copertura per le patologie croniche senza sottoporre il paziente ad alte franchigie, il gruppo si espone gravemente alla Selezione Avversa.

Il modello potrebbe infatti attrarre un numero proibitivo di individui già malati o ad alto rischio (i così chiamati *heavy users* del sistema sanitario), facendo mutare il *risk pool* assicurativo, e generando una pesante pressione sulla sostenibilità finanziaria nel lungo termine, specialmente qualora i premi raccolti dagli individui sani non siano sufficienti a compensare i costi.

In sintesi, le strategie implementate da *Kaizen Health Group* forniscono una dimostrazione concreta di come la transizione verso il *Value-Based Healthcare* possa correggere parte del fallimento informativo.

Nonostante ciò, per comprendere la reale portata di queste dinamiche all'interno dell'infinito mercato statunitense, è doveroso compiere un confronto diretto con i modelli adottati dai colossi tradizionali.

Confronto tra le Due Maggiori Assicurazioni: UnitedHealth - Elevance Health Group

Avendo ben delineato le dinamiche strutturali e le logiche di *pricing* che governano l'ecosistema assicurativo statunitense, possiamo ora calare i concetti teorici nella prassi operativa dei principali attori del mercato, esaminando il loro comportamento, e i volumi finanziari dei suoi massimi rappresentanti.

Se l'oligopolio descritto nel secondo capitolo rappresenta la base di partenza da cui si muove il sistema americano, il confronto diretto tra le due corporazioni di maggior rilievo a livello nazionale, *UnitedHealth Group* (UHG) ed *Elevance Health* (già nota come *Anthem*), offre la prospettiva definitiva per comprendere a pieno come i fallimenti di mercato vengano internalizzati e trasformati in strategie di massimizzazione del profitto.

Nonostante entrambe le entità operino all'interno del medesimo contesto normativo, e debbano fronteggiare le stesse asimmetrie informative, i loro modelli di *business* presentano differenze strategiche sostanziali.

L'analisi comparata che segue si incentrerà sulle differenti architetture aziendali, sull'approccio all'integrazione verticale e orizzontale, e sulle modalità con cui queste due realtà riescono ad estrarre valore sia dal mercato commerciale, sia dai programmi governativi come *Medicare* e *Medicaid*, influenzando in ultima istanza la spesa sanitaria aggregata e l'accesso effettivo alle cure per tutti i cittadini.

È inoltre imperativo decostruire i loro bilanci per comprendere come l'accumulazione di capitale si realizzi attraverso la gestione della spesa sanitaria.

Queste due *corporation* incarnano infatti due declinazioni differenti del capitalismo sanitario contemporaneo, ma posseggono un'identica impostazione strategica finanziaria, basata sulla straordinaria capacità di creare profitto e trattenere valore all'interno dei propri confini aziendali.

Vediamo tutto ciò procedendo per ordine.

Innanzitutto, *UnitedHealth Group* non è semplicemente la più grande compagnia di assicurazioni sanitarie al mondo, bensì è, dal punto di vista dell'economia industriale, un ecosistema aziendale quasi perfettamente autosufficiente.

Per comprendere la reale mole di questa società, è sufficiente osservare i risultati dell'anno fiscale 2024: essa ha registrato ricavi totali superiori a 400 miliardi di dollari, segnando tra l'altro una crescita dell'8% rispetto all'anno precedente, indicatore di come il futuro possa riservare ulteriori espansioni.

Con oltre 350000 dipendenti su scala globale e più di 50 milioni di persone assicurate, l'azienda si colloca saldamente ai vertici della classifica *Fortune Global 500*.

La capitalizzazione di mercato, sebbene soggetta ad oscillazioni e modifiche regolatorie, si è attestata intorno ai 300 miliardi di dollari alla fine del 2025, in seguito ad aver raggiunto picchi storici superiori ai 500 miliardi negli anni precedenti.

La peculiarità economica che distacca nettamente UHG da qualsiasi altro concorrente si manifesta nella sua espansiva e visionaria strategia di integrazione verticale, concretizzatasi nella realizzazione di una struttura aziendale duale.

Da un lato vi è *UnitedHealthcare*, la divisione tradizionale deputata all'assunzione del rischio assicurativo, alla riscossione dei premi e all'erogazione delle polizze nei segmenti relativi al mercato commerciale e all'interazione con il settore pubblico.

Dall'altra parte invece, con un peso specifico nei ricavi ormai prevalente, opera *Optum*, l'organo operativo focalizzato sull'erogazione diretta dei servizi sanitari, sulla gestione dei dati e sull'intermediazione farmaceutica.

Un fatto interessante, reperibile in bilancio, è riscontrabile nella somma dei ricavi delle due divisioni, ammontante a 551 miliardi, cifra che supera nettamente il ricavo consolidato del gruppo prima definito.

Questa discrepanza contabile è la prova empirica della massiccia integrazione verticale, decine di miliardi di dollari transitano su base giornaliera internamente da una divisione all'altra.

Il premio assicurativo incassato dalla prima viene utilizzato per pagare prestazioni cliniche, farmaci e software forniti dalla seconda.

L'efficienza di questa costruzione è misurabile nei margini di profitto e nella generazione di cassa. Nell'ultimo anno registrato, gli utili operativi dell'intero gruppo si sono attestati a circa 32 miliardi di dollari, portando l'utile netto intorno ai 15 miliardi di dollari.

Ancor più rilevante è il dato sui flussi di cassa operativi, 24 miliardi (1,6 volte l'utile netto) rappresentanti una liquidità immensa, che ha permesso alla società di remunerare gli azionisti restituendo oltre 16 miliardi di dollari attraverso dividendi e massicci riacquisti di azioni proprie durante l'anno.

Sotto il profilo microeconomico, la sinergia tra le due divisioni permette all'azienda di aggirare uno dei vincoli normativi più stringenti imposti dall'*Affordable Care Act*, il *Medical Loss Ratio* (MLR).

La legislazione federale impone alle compagnie assicurative di spendere almeno l'80-85% dei premi incassati in cure mediche effettive per i pazienti, limitando il margine di profitto trattenibile per spese amministrative e dividendi.

Tuttavia, quando ad un assicurato di *UnitedHealthcare* viene erogata una prestazione presso una clinica di *OptumHealth*, o acquista un farmaco tramite *OptumRx* (il PBM di proprietà del gruppo), il costo medico registrato dalla divisione assicurativa si trasforma simultaneamente in un ricavo per la divisione servizi della medesima *holding* a monte.

Questa struttura perfettamente concepita consente a UHG di trattenere il capitale all'interno del proprio perimetro aziendale, trasformando un costo (il rimborso della prestazione) in una fonte diretta di profitto.

Optum agisce dunque da formidabile propulsore dell'efficienza allocativa interna all'azienda, ma solleva interrogativi critici sul piano dell'equità sistemica.

La concentrazione di dati clinici e finanziari, gestita da *OptumInsight*, conferisce al gruppo un vantaggio informativo incolmabile, permettendo l'utilizzo di quegli algoritmi predittivi per le *Prior Authorization*, già citati in precedenza, in grado di minimizzare gli esborsi della divisione assicurativa con una precisione chirurgica.

Diametralmente opposta, pur perseguendo logiche parallele di dominanza del mercato, è la strategia adottata da *Elevance Health*.

Se UHG punta ad avere un controllo sull'intera filiera produttiva, *Elevance* ha costruito la sua dimensione finanziaria su una continua espansione orizzontale e su uno stanziamento territoriale profondo, storicamente legato alla sua affiliazione al marchio *Blue Cross Blue Shield* (BCBS), il più grande sistema di assicurazioni sanitarie.

Elevance è il maggior licenziatario indipendente del network BCBS, operando in quattordici stati federati, tra cui mercati importantissimi come la California e New York.

Nel nostro ambito, questo marchio è strettamente legato ai concetti di fiducia e storicità, vantando un profondo radicamento nel mercato delle polizze aziendali ESI.

Questa caratteristica conferisce all'azienda un potere di mercato senza precedenti, non tanto sull'erogazione diretta delle cure, quanto più dal lato della domanda aggregata.

Nel 2024, ha generato ricavi operativi per 175 miliardi di USD, con un incremento del 3% rispetto all'esercizio precedente.

Il volume di vite gestite riflette una consolidata diramazione, la società serve oltre 40 milioni di membri e impiega più di 104000 dipendenti a livello globale.

La sua capitalizzazione di mercato, pur essendosi ridotta dai massimi storici toccati nel 2022 di circa 127 miliardi, si mantiene su livelli di assoluto rilievo, attestandosi intorno ai 67,5 miliardi di dollari alla fine del 2025.

Nei propri mercati di riferimento, sebbene meno numerosi rispetto a UHG, *Elevance* detiene quote di mercato così elevate da generare condizioni di puro monopsonio.

Mentre la prima costruisce autonomamente le proprie cliniche per controllare i costi, l'altra utilizza il suo enorme bacino di assicurati come leva coercitiva ai tavoli di negoziazione con i noti monopoli ospedalieri locali.

Una rete ospedaliera che venisse esclusa dai *Narrow Networks* di *Elevance*, in uno stato come l'Indiana o la Georgia, andrebbe incontro ad un inevitabile collasso finanziario pressoché immediato, dovuto all'impossibilità di sostituire una quota così ingente di pazienti.

Questo si traduce nella capacità di ottenere tariffe di rimborso nettamente inferiori rispetto ai listini *chargemaster*, difendendo i propri margini di redditività attraverso la pura forza contrattuale, piuttosto che tramite la fornitura diretta dei servizi.

Tuttavia, osservando attentamente le recenti mosse, che hanno portato anche al cambio di denominazione aziendale da *Anthem* a *Elevance*, si nota un tentativo della società di emulare parzialmente il modello della rivale, dividendo l'operatività in due segmenti.

La divisione *Health Benefits* è il *core business* assicurativo, mentre la creazione del marchio *Carelon* risponde all'esigenza di internalizzare alcuni servizi ad alto margine (farmacia, salute comportamentale, cure palliative).

Nonostante l'incidenza di quest'ultima divisione sui bilanci complessivi sia ancora lontana dai volumi generati da *Optum* per UHG, essa ha registrato una crescita esponenziale, raggiungendo un aumento del 12% anno su anno.

La gestione finanziaria di *Elevance* conferma la capacità del settore di generare *cash flow* continui nonostante le fluttuazioni dei costi clinici.

A fronte degli ingenti ricavi, il flusso di cassa operativo del 2024 è stato pari a 6 miliardi, un valore allineato all'utile netto.

Questa liquidità è stata immediatamente mobilitata a vantaggio della proprietà, solo nel quarto trimestre del 2024 è stata messa in atto un'importante operazione di riacquisto pari a 4,5 milioni di azioni proprie per un controvalore di circa 2 miliardi di dollari, e ha distribuito dividendi incisivi, mantenendo al contempo un'autorizzazione residua del Consiglio di Amministrazione per ulteriori riacquisti azionari pari a 9 miliardi di dollari.

Un ulteriore teatro di scontro, fondamentale per definire le traiettorie di sviluppo di queste due società, è rappresentato dalla gestione esternalizzata degli ormai consolidati programmi pubblici federali *Medicare* e *Medicaid*.

Come anticipato nei capitoli precedenti, il Governo Centrale e i singoli stati si affidano in misura sempre più crescente a enti privati per arginare l'inflazione della spesa pubblica.

Questo ha fatto sì che le grandi *corporation* prosperino in larga parte proprio grazie alla privatizzazione dell'enorme dispendio di risorse pubbliche.

È esattamente in questo contesto che il confronto tra i due attori rivela le rispettive specializzazioni complementari.

UnitedHealth Group possiede totale egemonia nel florido mercato del *Medicare Advantage*.

La gestione degli individui over 65, popolazione ad altissimo assorbimento di risorse sanitarie, richiede una capacità di *managed care* estremamente sofisticata.

Attraverso i modelli *capitation*, UHG riscuote un corrispettivo fisso mensile dal governo per ogni anziano che rientra sotto la sua competenza.

Grazie alla sua rete *Optum*, è in grado di indirizzare questi pazienti verso i propri medici dipendenti, i quali sono istruiti a documentare ogni singola patologia cronica con estremo rigore,

al fine di massimizzare i correttivi di rischio e aumentare i pagamenti federali, mantenendo al tempo stesso i tassi di ospedalizzazione più bassi possibili.

L'efficienza dinamica di questo processo garantisce margini di profitto che il sistema *Fee-for-Service* governativo non potrebbe mai generare.

Elevance Health, diversamente, pur essendo presente anch'essa nel mercato *Medicare*, ha costruito una solida *leadership* nell'amministrazione del *Medicaid*, cioè i programmi per i cittadini a basso reddito.

La gestione di quest'ultimo richiede competenze specifiche nella gestione delle popolazioni estremamente vulnerabili, spesso affette da determinanti sociali della salute (SDOH) sfavorevoli, quali instabilità abitativa o insicurezza alimentare.

L'azienda ha infatti sviluppato modelli predittivi e reti di assistenza sociale a livello locale che le permettono di contenere le spese d'emergenza, usufruendo di premi statali e dimostrando una notevole efficienza statica nell'allocazione delle risorse per le fasce indigenti.

Negli ultimi anni tuttavia, si sono manifestate flessioni cicliche nei ricavi legati alla perdita di iscritti *Medicaid*, avvenuta in seguito alle rideterminazioni governative dell'eleggibilità.

Trovare una soluzione per ogni complicazione non è mai facile, ma alla fine si è stati in grado di arginare l'ostacolo, controbilanciando il problema con l'aumento dei rendimenti dei premi assicurativi (*premium yields*) nel segmento commerciale, e con la crescita dei ricavi della divisione farmaceutica *CarelonRx*.

Il parametro fondamentale per valutare la reale efficienza allocativa di queste realtà è il *Benefit Expense Ratio*, strettamente correlato all'MLR imposto dalla regolamentazione federale.

Nell'anno 2024, *Elevance* ha riportato un *benefit expense ratio* dell'88,5%, in aumento rispetto a quello precedente a causa dei crescenti costi medici legati alla clientela del *Medicaid*.

Apparentemente, spendere questa percentuale dei premi in cure mediche lascerebbe un margine ridicolo per l'assicuratore, ma è proprio qui che la progettazione dimensionale e la struttura societaria rivelano il loro scopo economico.

La società è riuscita a generare un utile operativo aggiustato (*adjusted operating gain*) di 6 miliardi nel comparto *Health Benefits*, e di 3 miliardi in *Carelon* nel medesimo anno.

Specularmente, la rivale vanta una struttura straordinariamente efficiente, riuscendo ad avere una grande capacità di contrazione degli sprechi.

Quando questi colossi "pagano" le cure mediche per soddisfare i requisiti di legge in ambito MLR, di fatto stanno in gran parte pagando le loro stesse sussidiarie, trasformando un costo imposto dal legislatore in un ricavo per la *holding* capogruppo.

Entrambi i soggetti promuovono intensamente l'adozione degli *Alternative Payment Models* e della *Value-Based Healthcare*, ma con sfumature dettate dalla loro singolare struttura.

UHG implementa i modelli di valore internamente, vincolando i medici di *Optum* a parametri di risultato (*outcomes*) da essa stessa definiti e misurati.

Nel corso del 2024, i soli pazienti gestiti tramite questi, sono cresciuti di 600000 unità, testimoniando un controllo sempre più pervasivo sull'erogazione diretta della salute.

Elevance stipula invece accordi di *value-based contracting* con reti ospedaliere esterne, offrendo bonus finanziari, o *shared savings*, ai fornitori che riescono a mantenere i costi complessivi dei pazienti al di sotto di determinate soglie pattuite anticipatamente, delegando di fatto il rischio clinico all'operatore sanitario esterno.

I dati esposti in questo paragrafo, come i mastodontici ricavi combinati in un singolo anno solare, certificano un accentramento di capitale che altera profondamente l'economia sanitaria degli Stati Uniti.

Dal punto di vista dell'economia del benessere, le risorse restituite agli azionisti da UHG, e quelle spese in un solo trimestre da *Elevance* per il riacquisto di azioni, rappresentano uno sperpero di liquidità che viene sottratta al finanziamento diretto della salute pubblica.

Si realizza, nei fatti, uno spiazzamento sistemico in cui i fondi generati dalle asimmetrie informative e dall'oligopolio vengono assorbiti dai mercati finanziari, piuttosto che portare una riduzione dei costi o una diffusione ulteriore delle coperture.

La spinta alla crescita dimensionale obbliga queste imprese a una continua campagna di acquisizioni strategiche per mantenere intatti i propri confini.

Nel corso degli ultimi anni, le espansioni sono state trainate non solo dalla crescita in sé, ma soprattutto da precise acquisizioni aziendali e dall'incremento delle capacità assuntive di rischi.

L'analisi puntuale di queste multinazionali sanitarie permette di ricavare conclusioni inequivocabili sull'origine e sulle attuali ragioni del Paradosso Statunitense.

Nessuna delle due realtà che stiamo analizzando opera con l'obiettivo macroeconomico di abbattere la spesa sanitaria aggregata in senso assoluto.

Al contrario, la loro sopravvivenza finanziaria e l'apprezzamento dei loro titoli azionari dipendono dall'intermediazione di un volume di spesa e di premi sempre maggiore.

Le efficienze che entrambe le compagnie riescono innegabilmente a generare, sia per mezzo dell'integrazione della filiera di UHG, sia tramite la leva contrattuale della rivale, si traducono molto di rado in una riduzione dei premi mensili o delle franchigie per il consumatore finale.

I risparmi generati dalle economie di scala e dalle pratiche di contenimento dei costi, inclusi i rigetti automatizzati delle coperture, vengono rielaborati sotto forma di rendite oligopolistiche, distribuite agli azionisti o reinvestite in ulteriori acquisizioni per rafforzare ulteriormente la posizione dominante.

Alla luce di quanto visto fino ad ora, è evidente come il mercato assicurativo non agisca da correttivo delle inefficienze del sistema, ma ne sia anzi l'amplificatore per eccellenza.

La sanità statunitense si trova così stretta in una morsa, da un lato il consolidamento orizzontale di *Elevance*, che impone barriere all'entrata insormontabili per gli attori di minor dimensioni a livello statale, dall'altro l'ossatura verticale di *UnitedHealth*, che riduce ulteriormente la trasparenza delle definizioni relative ai confini tra chi finanzia la cura e chi la eroga.

Finché i *policy makers* non metteranno in atto delle disposizioni sull'architettura strutturale di queste entità, imponendo per esempio una netta separazione tra le sezioni assicurative e quelle cliniche/farmaceutiche, oppure regolamentando le tariffe dei *network* in regime di quasi monopolio, le dinamiche di *cost-shifting* e il costante razionamento delle cure per via economica

continueranno a svalutare il capitale umano del paese, accentuando le disuguaglianze già ampiamente descritte.

L'evoluzione di queste due corporazioni fa quindi emergere un serio interrogativo sull'efficacia delle regolamentazioni *antitrust* contemporanee.

La loro grandezza e importanza le rende assimilabili all'erroneo concetto del *Too Big To Fail* (troppo grandi per fallire) all'interno dell'economia americana, trasformando il dibattito su future riforme non più in una questione di semplice controllo dei prezzi, ma in una complessa diatriba sulla natura stessa del potere di mercato nei decenni a venire.

Per comprendere se esistano alternative concrete a questa deriva di privatizzazione estrema, l'elaborato volgerà ora lo sguardo dall'altro lato dell'Oceano, confrontando queste dinamiche oligopolistiche con l'approccio radicalmente opposto dei sistemi a pagatore unico europei.

Confronto con i Sistemi a Pagatore Unico (Single-Payer) Europei

Avendo ampiamente ricostruito le dinamiche aziendali, le strategie di integrazione verticale e le logiche di massimizzazione del profitto che guidano le grandi assicurazioni, risulta ora imperativo ampliare l'orizzonte d'indagine andando oltre gli Stati Uniti.

Per comprendere a pieno la portata delle inefficienze strutturali che caratterizzano il Paradosso Statunitense analizzato all'inizio dell'elaborato, l'analisi economica non può tralasciare un confronto analitico e diretto con un paradigma diametralmente opposto.

Stiamo parlando dei sistemi a pagatore unico, o *single-payer*, tipicamente adottati e sviluppati nel panorama Europeo.

Questo approfondimento ci consente di cambiare prospettiva, dalla complessa gestione dell'oligopolio privato, verso un modello in cui il fallimento del mercato viene affrontato alla radice tramite una forte e imprescindibile regolamentazione statale.

Tale impostazione trasforma la salute da un comune bene di consumo soggetto alle spietate leggi del *pricing*, a diritto inalienabile e universale garantito dalle istituzioni, e finanziato dalla fiscalità generale o da contributi sociali obbligatori.

In ambito macroeconomico, la differenza fondamentale tra l'impalcatura statunitense e i modelli europei risiede nella gestione, allocazione e mutualizzazione del rischio.

È bene specificare che quest'ultimi non sono tutti uguali, ma sono riconducibili a due forme:

- ❖ Derivazione Beveridgiana: puramente basati sulla fiscalità generale, come nel Regno Unito, nei paesi scandinavi o in Italia;
- ❖ Matrice Bismarckiana: fondati su casse mutue pubbliche a base occupazionale, come in Germania o Francia.

Come abbiamo già visto nel corso dei capitoli precedenti, il mercato americano suddivide il rischio attraverso migliaia di *risk pool* separati, legando fortemente la copertura assicurativa alla condizione lavorativa (tramite ESI) o al reddito, innescando una costante battaglia contrattuale contro la Selezione Avversa.

Al contrario, i sistemi a pagatore unico europei operano una mutualizzazione del rischio su scala nazionale o macroregionale.

Inserendo l'intera cittadinanza in un unico e immenso bacino assicurativo, l'incertezza fisiologica della domanda sanitaria viene spalmata in modo omogeneo sull'intero tessuto sociale.

Dal punto di vista prettamente attuariale e dell'economia sanitaria, questa conformazione annulla matematicamente il problema della Selezione Avversa, non essendovi alcuna possibilità di rinuncia volontaria o di esclusione forzata per condizioni cliniche preesistenti, il sistema incassa in modo proporzionale e redistributivo da tutti gli individui sani durante l'arco della loro vita, per finanziare l'assistenza e le cure dei malati cronici o acuti nel momento del reale bisogno.

Questa forte centralizzazione del rischio e della provvista finanziaria conferisce allo stato un potere di mercato che altera profondamente l'equilibrio teorico tra domanda e offerta.

Se negli Stati Uniti abbiamo osservato l'emergere di un dualismo conflittuale e frammentato tra monopoli ospedalieri locali (sempre più concentrati) e monopsoni assicurativi territoriali, che si autoalimenta generando una spinta inflattiva inarrestabile sui prezzi, in questi sistemi alternativi lo stato assume formalmente il ruolo di monopsonista puro a livello nazionale.

Essendo l'unico acquirente, o in alcuni contesti, il padrone indiscusso delle tariffe di rimborso di prestazioni sanitarie, attrezzature e tecnologie, il Governo Centrale detiene un potere contrattuale asimmetrico e schiacciante nei confronti delle case farmaceutiche e dei fornitori di dispositivi medici, con i quali emergono necessariamente rapporti.

L'esito pratico di tale configurazione di mercato è un'immensa riduzione dei prezzi unitari, vera piaga del sistema d'oltreoceano.

Per spiegare adeguatamente questo meccanismo, risulta obbligatorio citare e analizzare le pratiche operative di *Health Technology Assessment* (HTA), ampiamente ed efficientemente utilizzate in Europa.

Enti governativi specializzati e scientificamente indipendenti (come il prestigioso NICE nel Regno Unito o l'AIFA in Italia) valutano in anticipo il rapporto costo/efficacia di ogni nuovo farmaco o trattamento, prima di autorizzarne l'immissione nel mercato.

Utilizzando metriche rigorose e oggettive come il QALY (*Quality-Adjusted Life Year*), queste istituzioni stabiliscono una precisa soglia massima di spesa accettabile per ogni anno di vita in buona salute guadagnato dal paziente.

Qualora una nuova cura, per quanto clinicamente innovativa, presenti un costo marginale sproporzionato rispetto al reale beneficio clinico incrementale, essa non viene inserita negli elenchi pubblici dei medicinali accettati, oppure viene sottoposta a negoziazioni al ribasso estremamente costose e vincolanti per l'azienda madre.

Tale meccanismo rappresenta l'opposto geometrico rispetto alla scarsa trasparenza del sistema statunitense, e alle contorte logiche di mercato applicate dai PBM, sostituendo l'illusione degli sconti commerciali privati con un rigoroso razionamento e prezzamento basato sul valore reale ed effettivo della terapia fornita.

Un'ulteriore declinazione fondamentale del confronto risiede nell'efficienza amministrativa e gestionale, variabile che ha chiare ripercussioni sull'accesso alle cure.

L'economia generale dimostra che i costi di transazione all'interno di un sistema rappresentano una dispersione di risorse, ovvero una perdita totale che non genera in alcun modo utilità diretta per il malato, né migliora i risultati in termini di salute.

Negli Stati Uniti, la complessa e ostile coesistenza di innumerevoli piani tariffari privati, di reti mediche diversificate, franchigie variabili da individuo a individuo, e costanti dispute legali di fatturazione, genera un onere burocratico spaventoso.

Quest'ultimo assorbe una quota drammatica della spesa sanitaria totale, stimata frequentemente intorno al 25-30%, tutte risorse sottratte al miglioramento dell'accessibilità.

I fornitori di servizi sanitari, come medici liberi professionisti e grandi strutture ospedaliere, sono praticamente costretti a mantenere interi reparti operativi e amministrativi composti da personale non clinico, esclusivamente dedicato al recupero crediti, alla registrazione delle diagnosi per massimizzare i rimborsi, e alla gravosa gestione delle richieste di autorizzazione preventiva per conto delle compagnie assicurative.

I sistemi europei, al contrario, non prevedendo alla base la frammentazione dei pagatori e la concorrenza amministrativa, riescono a limitare autonomamente i costi di transazione.

L'attore sanitario europeo ha tendenzialmente rapporti con un unico interlocutore istituzionale pubblico, seguendo precise procedure di fatturazione.

Ciò limita profondamente i rallentamenti gestionali, non avendo necessità di intermediari burocratici e liberando ingenti e preziose risorse finanziarie che possono essere prontamente dirottate verso l'assistenza clinica diretta.

Questa diffusa efficienza strutturale spiega, genericamente e a livello matematico, come e perché le nazioni europee riescano a garantire la copertura sanitaria universale a tutti i propri residenti, pur spendendo annualmente percentuali di PIL complessivo enormemente inferiori rispetto ai valori mostruosi toccati negli Stati Uniti.

Tuttavia, nonostante la palese e dimostrata superiorità in termini di equità, accessibilità e rigido controllo della spesa, l'approccio analitico e imparziale su cui si basa questa trattazione richiede di non esentare i sistemi europei da una critica oggettiva, specialmente per quanto concerne il delicato *trade-off* economico riguardante le modalità di razionamento delle cure.

È già stato ampiamente dimostrato come nessun sistema sanitario al mondo disponga di risorse infinite o illimitate, e di conseguenza ogni nazione si trova costretta a decidere come allocare e razionare un bene caratterizzato da scarsità.

Se il mercato privato statunitense raziona prevalentemente le cure attraverso la leva economica esplicita del prezzo, spingendo verso la dolorosa rinuncia alle cure tutti coloro che non dispongono di un'adeguata copertura o che non possono affrontare gli altissimi costi o le pesanti franchigie, il modello base europeo compie lo stesso lavoro attraverso la diversa e ben nota variabile del tempo.

Infatti, in assenza di barriere all'entrata di natura monetaria al momento dell'utilizzo, la domanda di servizi medici da parte della cittadinanza tende fisiologicamente a superare l'offerta rigidamente pianificata e contingentata dallo Stato, generando il famoso fenomeno delle liste d'attesa, che in Italia conosciamo bene.

Analizzando questo dal punto di vista della teoria microeconomica, le liste d'attesa non vanno classificate come un semplice disservizio gestionale o un imprevisto organizzativo, bensì devono essere considerate come un preciso e talvolta deliberato strumento allocativo implicito.

Esse contraggono e regolano la domanda eccessiva, costringendo il paziente ad affrontare un costo non monetario e intangibile, il tempo, l'ansia e il disagio fisico derivante dalla posticipazione dell'intervento o della visita specialistica.

Se da un lato questa metodologia mantiene l'equità formale e morale della società, trattando teoricamente tutti i cittadini allo stesso identico modo e dando priorità esclusivamente in base all'effettiva urgenza clinica indipendentemente dalle condizioni economiche o dallo status sociale, dall'altro lato genera inevitabilmente delle inefficienze allocative misurabili in termini di mancata produttività.

Ad esempio, un lavoratore attivo che si vede costretto ad attendere svariati mesi per un intervento chirurgico ortopedico, non urgente ma invalidante, subisce un grave deterioramento temporaneo del proprio capitale umano, con ricadute negative e indirette sull'intero impianto produttivo del paese.

Inoltre è doveroso segnalare come, in tempi recenti, l'exasperazione cronica delle tempistiche di attesa stia progressivamente incentivando, persino all'interno delle storiche roccaforti del *single-payer* europeo, il ricorso sempre più diffuso a forme di sanità privata pagate *Out-of-Pocket*, e allo sviluppo di un forte mercato di assicurazioni integrative.

Tale dinamica sta suscitando pericolosi fenomeni di spiazzamento inverso, e rischia di erodere il principio egualitario basilare, ricreando gradualmente un sistema sanitario a doppio binario (*two-tier healthcare system*) che finisce inevitabilmente per favorire ancora una volta le classi sociali più abbienti, le uniche in grado di "saltare la fila" acquistando privatamente la prestazione dai fornitori privati.

A completamento strutturale di questa complessa dinamica, si rende infine indispensabile riprendere e declinare definitivamente l'eterno bilanciamento tra l'efficienza statica e dinamica, un concetto cruciale che avevamo marginalmente introdotto e sfiorato nel corso del primo capitolo, e che proprio in questa sede trova la sua massima ed emblematica espressione applicata. I sistemi a pagatore unico, grazie al loro immenso potere contrattuale e alla visione centralizzata, si dimostrano indiscutibilmente i campioni globali nell'efficienza statica, ottimizzando con criterio l'uso delle scarse risorse esistenti per massimizzare il benessere collettivo e diffuso della popolazione, eradicando a monte le asimmetrie contrattuali, azzerando le bancarotte per debiti medici e garantendo indicatori di *output* di salute pubblica estremamente solidi (come un'elevata aspettativa di vita e tassi di mortalità infantile e curabile tenuti costantemente sotto stretto controllo).

Nonostante ciò, questa rigida impostazione governativa, unita a necessari limiti di spesa, rischia talvolta di limitare eccessivamente o perfino sopprimere gli incentivi finanziari e imprenditoriali che sono strettamente richiesti per garantire un certo livello di efficienza dinamica, quali ad esempio l'innovazione tecnologica, la ricerca e lo sviluppo farmacologico di lungo periodo.

Da questo specifico punto di vista gli Stati Uniti con i loro prezzi unitari fuori da ogni controllo istituzionale, e con gli ampi margini di profitto che vengono tacitamente garantiti e difesi per le aziende farmaceutiche, sono l'emblema storico e oggettivo di un vero e proprio motore di ricerca e sviluppo di cui gode l'intero pianeta.

Molti influenti economisti sanitari e teorici dell'organizzazione industriale sostengono, a tal proposito, un'interessantissima tesi che può risultare sgradevole ma ha chiari fondi di verità.

Seconda questa, il resto del mondo sviluppato, compresa l'Europa solidale, agisce di fatto (seppur parzialmente) da *free-rider* sull'incredibile innovazione clinica che viene massicciamente finanziata dai premi e dagli esborsi sproporzionati dei pazienti e dei datori di lavoro in area americana.

Le imposizioni e regolamentazioni europee comprimono enormemente i potenziali profitti aziendali, disincentivando di conseguenza le corporazioni dall'allocazione di grandi capitali privati in investimenti ad altissimo rischio per la scoperta e la sperimentazione di terapie all'avanguardia o cure genetiche.

Se gli Stati Uniti, in un ipotetico e improbabile scenario futuro, dovessero improvvisamente e drasticamente implementare un modello a pagatore unico universale, stabilendo per legge le tariffe al livello della media europea per contenere la spesa, si assisterebbe quasi certamente, nei decenni seguenti, ad un profondo e pericoloso rallentamento globale nei flussi di nuovi farmaci e tecnologie mediche.

Questo ci porta a riconoscere una scomoda verità economica.

L'ecosistema americano, pur essendo radicalmente iniquo, socialmente lacerante e tremendamente inefficiente nell'allocazione delle cure di base, sovvenziona in maniera massiccia il progresso clinico futuro dell'intera umanità, attirando costantemente verso di sé ingenti capitali privati, sotto forma di *Venture Capital* e *Private Equity*, chiaramente attratti dalla prospettiva di ritorni economici esorbitanti senza alcun eguale.

Per concludere questa parte, affermiamo pure che il meticoloso confronto con i modelli europei fornisce una chiave di lettura inequivocabile e preziosa per interpretare le limitazioni croniche e le difficili prospettive future dell'infinito mercato d'oltreoceano.

Il sistema *single-payer* dimostra scientificamente, e con decenni di solida applicazione, che i fallimenti di mercato fin ad oggi teorizzati, strettamente legati all'asimmetria informativa e all'incertezza, non costituiscono assolutamente degli ostacoli insuperabili, bensì possono essere gestiti efficacemente regolamentando le dinamiche di copertura del rischio e unificando la domanda pubblica.

Abbiamo però compreso come la semplice trasposizione dell'architettura europea all'interno dell'articolato contesto politico, sociale ed economico statunitense appare, allo stato attuale, come una pura e irrealizzabile utopia, bloccata dalla struttura legislativa e da influenti *lobby* industriali.

Smantellare in via definitiva l'attuale infrastruttura privata, che sorregge colossi oligopolistici totalmente integrati orizzontalmente e verticalmente, e che fornisce uno stabile sostentamento lavorativo e reddituale a milioni di professionisti legati alle diverse aree specialistiche, quali

amministrazione, *brokeraggio* assicurativo o fatturazione medica, scatenerrebbe inevitabilmente enormi problematiche difficilmente gestibili.

Di conseguenza, pur dovendo onestamente riconoscere la palese superiorità strutturale ed etica del pagatore unico nel riuscire a garantire la tanto ricercata equità sociale, unitamente ad una concreta efficienza allocativa di sistema, le raccomandazioni di politica economica per eventuali riforme del mercato americano devono, in modo pragmatico e realista, convergere necessariamente verso soluzioni ibride e scalabili.

Queste, che verranno specificamente affrontate e proposte nei paragrafi conclusivi di questo capitolo, dovranno per forza avere il fine di correggere le peggiori inefficienze tariffarie e di implementare concretamente veri e solidi modelli di *Value-Based Healthcare*, cercando, per quanto possibile, di personalizzare le logiche di contenimento dei costi e le rigorose valutazioni di stampo europeo, direttamente all'interno del preesistente impianto a dominanza privatistica.

Modelli di Value-Based Healthcare come Potenziale Soluzione alle Inefficienze

In questo paragrafo vediamo finalmente nel dettaglio una delle principali proposte di riforma economica e gestionale nel settore sanitario, che secondo svariati celebri studiosi, potrebbe rappresentare un efficace correttivo di lungo termine per tutti i tipi di inefficienze qui presenti.

Questo è particolarmente rilevante per il sistema sanitario degli Stati Uniti, noto per la sua elevata spesa, le significative problematiche correlate al tradizionale modello di rimborso e il sistema assicurativo.

In netta contrapposizione con tutto ciò, il *Value-Based Healthcare* fissa l'obiettivo di spostare l'attenzione dal volume di servizi erogati (e pagati) al valore che l'assistenza sanitaria fornisce al paziente in termini di risultati e costi complessivi.

Teorizzato originariamente dall'economista statunitense Michael Porter, professore presso la prestigiosa *Harvard University*, con il contributo della collega Elizabeth Olmsted Teisberg, il VBH propone un cambio di paradigma totale rispetto al sistema adottato attualmente.

Esso non prevede un taglio diretto delle spese sanitarie a carico dei pazienti, ma stabilisce come caposaldo indissolubile la massimizzazione del valore, determinata dal rapporto tra gli *outcomes* di salute ottenuti e i costi totali sostenuti lungo l'intero processo.

Il numeratore, nello specifico può riguardare due misure differenti ma ugualmente importanti, seguendo il principio del *Patient-Reported Outcome Measures* (PROMs), gli esiti considerati rilevanti per l'utenza.

Essi possono infatti essere clinici o funzionali, secondo le metriche coperte.

La prima tipologia si occupa dei tassi di complicanze, infezioni e riammissioni ospedaliere non previste, mentre l'altra concerne il livello di dolore, la capacità di svolgere attività quotidiane e soprattutto la qualità di vita in seguito all'erogazione della terapia.

Le persone vengono quindi poste al centro del percorso di cura e delle dinamiche ospedaliere, assimilando la loro prospettiva.

I fornitori dall'altro lato verranno rimborsati unicamente in base alla qualità dei trattamenti, all'efficienza e ai risultati in termini di salute che riescono a generare per i loro pazienti.

Viene totalmente esclusa qualsiasi tecnica di retribuzione quantitativa, incentrata sul mero ammontare dei servizi erogati.

Risulta fondamentale promuovere un approccio trasversale, in cui l'empatia e l'umanità siano variabili centrali, l'interazione tra medici e assistiti deve infatti plasmarsi e conseguentemente evolversi in un dialogo paritario fondato sulla fiducia reciproca.

La prestazione clinica in sé non è più sufficiente, l'eccellenza medica deve abbracciare l'intera esperienza dell'individuo, rendendolo partecipe e consapevole delle scelte terapeutiche più adatte alle proprie necessità.

Da questo punto di vista un servizio sanitario di qualità è quello che risponde tempestivamente alle aspettative della persona impiegando le migliori evidenze scientifiche, e ottimizzando, per quanto limitati possano essere, i mezzi a disposizione.

Sebbene stravolgere un apparato complesso come il sistema sanitario statunitense possa apparire un'impresa pressoché impossibile, posizionare l'individuo al centro del percorso rappresenta la giusta strategia per alleviare le storiche criticità.

Una sanità pensata su misura del cittadino permette infatti di rimuovere gran parte dei disservizi organizzativi e i difetti di comunicazione interni alle grandi strutture.

Inoltre, predisporre un ambiente accogliente favorisce una visione globale delle necessità della persona. I professionisti non si limitano unicamente a trattare il sintomo fisico, ma considerano e gestiscono anche la sfera emotiva e sociale del soggetto.

A tal proposito, nel 2010 Porter ha delineato un approccio strategico eretto su sei fondamentali elementi, al fine di costruire un vero sistema sanitario orientato al valore:

- ❖ Creazione di Unità di Pratica Integrata (IPU): team multidisciplinari seguono il malato lungo l'intero iter clinico, gestendo anche le relative complicità.
Si abbandona la vecchia logica a compartimenti specifici per adottare un metodo focalizzato sull'individuo. I medici e gli infermieri non lavorano più isolati nei propri reparti fisici, ma si uniscono per approfondire una specifica patologia e seguire tutto il percorso;
- ❖ Valutazione di risultati e spese: monitorare costantemente il rapporto tra i benefici di salute ottenuti e le risorse economiche impiegate.
Lo scopo è incrementare la competenza degli standard di cura contraendo parallelamente le inefficienze.
Le strutture devono tenere traccia dei risultati clinici che contano maggiormente per chi si cura (ad esempio la capacità di ritornare alle attività quotidiane oppure la soglia di dolore) e calcolare precisamente i costi associati all'intero ciclo di trattamento;
- ❖ Nuovi modelli di finanziamento: superare il classico rimborso a singola prestazione, favorendo coperture finanziarie basate sull'intero ciclo terapeutico.
Si stabilisce un *budget* unico e predefinito che copre l'intero percorso di cura di una determinata patologia, spingendo il *team* medico a collaborare e ad evitare errori.
Questo incentiva l'efficienza gestionale sia per le patologie acute che per la cronicità;

- ❖ Armonizzazione delle strutture: raggruppare fisicamente i luoghi di cura per ottimizzare i trattamenti ed evitare pericolose sovrapposizioni o frammentazioni dei servizi.
Le attività dei vari presidi devono essere strettamente coordinate fra loro;
- ❖ Ampliamento territoriale: fare in modo che le eccellenze sanitarie superino i confini prettamente locali dei monopoli ospedalieri.
Reti cliniche estese permettono di assistere in modo ottimale anche pazienti geograficamente lontani.
I centri medici che ottengono i risultati migliori e più efficienti devono replicare i loro modelli e aprire filiali in più aree, raggiungendo più persone;
- ❖ Digitalizzazione condivisa: implementare un ecosistema informatico trasversale e avanzato, strumento indispensabile per monitorare il percorso dell'utente e sincronizzare il lavoro di tutto il personale coinvolto.
Le cartelle cliniche elettroniche devono essere integrate e incentrate sulla patologia, consentendo a tutti gli specialisti di consultare i dati del paziente in tempo reale.

Adottare questo modello rappresenta il veicolo principale per restituire umanità ai luoghi di cura ed eleggere il paziente al ruolo di protagonista dell'intera filiera.

Ovviamente il salto culturale, pur essendo un traguardo imprescindibile per dare il via ad un vero cambiamento, costituisce soltanto il punto di partenza.

La vera trasformazione infatti, diventerà realtà solo quando le istituzioni e i grandi *player* del settore condivideranno pienamente i medesimi obiettivi strategici ed economici, ponendo il benessere finale al centro di qualunque pianificazione.

Il VBH prevede inoltre, per ovvie ragioni, la sostituzione del sistema *Fee-for-Service*, a favore dei meccanismi che legano il rimborso al risultato.

Vi sono diversi strumenti utilizzabili per mettere in atto questo approccio, tra i quali emergono i Pagamenti a Pacchetto (*Bundled Payments*), in cui la remunerazione prevede una tariffa esaustiva per l'intero iter terapeutico di un evento clinico anziché per le singole prestazioni, stimolando ulteriormente l'efficienza e il coordinamento tra i professionisti.

Un altro utile elemento è fornito dalle Organizzazioni Responsabili della Salute (*Accountable Care Organizations*, ACO), ossia reti di strutture con relativo personale medico, che assumono la responsabilità clinica ed economica per un bacino definito di pazienti, condividendo i risparmi secondo il concetto di *shared savings* con l'ente assicurativo se i costi rimangono entro il *budget* senza cali di qualità, ma facendosi carico anche di eventuali perdite.

Infine, abbiamo la cosiddetta Quota Capitaria, che consente di stabilire un corrispettivo fisso per ogni paziente preso in carico, non influenzato dal volume dei servizi erogati, incentivando fortemente la medicina preventiva e la gestione attiva delle patologie croniche.

Il nostro lavoro si concentrerà adesso sull'implementazione di questi modelli negli Stati Uniti, dando particolare attenzione al rapporto con i programmi *Medicare* e *Medicaid*.

Per garantire un'adeguata linearità dei concetti teorici, sfrutteremo le basi erette dai lavori dell'*Institute For Strategy And Competitiveness* dell'università di *Harvard*.

Il fine ultimo è rispondere a tre interrogativi fondamentali.

In primis valutare se la sostenibilità economica della VBH generi una reale contrazione della spesa sanitaria aggregata nel lungo periodo, e quindi esprimere giudizi precisi in termini di efficienza del sistema.

Proseguendo, è necessario fornire un giudizio di stima sulla qualità e sugli esiti, verificando se vi sia un reale miglioramento degli *outcomes* e della *patient experience*.

Infine, considereremo le barriere implementative, comprendendo quali ostacoli di natura culturale, legale e tecnologica frenino l'abbandono definitivo del vecchio modello.

Negli Stati Uniti, i programmi pubblici *Medicare* e *Medicaid*, operanti sotto la lente del CMS, rappresentano i principali acquirenti globali di servizi sanitari, e sono quindi proprio loro ad avere maggiore potenzialità per concretizzare i principi teorici della VBH.

Il CMS persegue l'obiettivo strategico di inserire la totalità degli assistiti *Medicare* in programmi basati sul valore, superando gradualmente il *Fee-for-Service*.

Trattandosi di un programma federale omogeneo, *Medicare* rappresenta la fucina ideale per l'implementazione dei nuovi strumenti.

Tale fenomeno si manifesta attraverso l'integrazione dei principi teorici all'interno del tradizionale ambito di applicazione.

Innanzitutto, le reti di cura ACO si stanno evolvendo rapidamente verso un modello a "rischio finanziario bilaterale" (*two-sided risk*), dove i fornitori ottengono incentivi per l'efficienza ma subiscono penalizzazioni se superano certe soglie o offrono cure di bassa qualità.

Congiuntamente, tramite l'erogazione di un *budget* unico strumentale ai *Bundled Payments* per interventi complessi, obbliga il personale medico ad una necessaria collaborazione, concretizzando il modello delle IPU teorizzato da Porter.

Viene inoltre messa in atto la riforma delle remunerazioni, legando i compensi medici a specifiche metriche di performance.

Ad esempio, il compenso aumenta se si riesce a prevenire l'accesso al pronto soccorso per pazienti con patologie croniche come il diabete.

A differenza della sua controparte, il *Medicaid* presenta un'adozione della VBH più frammentata a livello geografico, essendo finanziato sia dal Governo Federale che dai singoli stati, ma comunque in forte espansione grazie alle *Managed Care Organizations* (MCO).

Queste sono società assicurative private o convenzionate, che gestiscono l'erogazione dei servizi sanitari all'interno del nostro programma.

I vari attori statali firmano autonomamente dei contratti con loro per garantire la fornitura di cure mediche ai cittadini a basso reddito in cambio di un pagamento fisso mensile per ogni beneficiario iscritto.

Questo processo è definito *Value-Based Purchasing*, con il quale gli stati impongono alle MCO clausole contrattuali che trasferiscono un reale rischio finanziario legato agli esiti di salute.

I modelli *Medicaid* tendono anche ad unificare il trattamento delle patologie fisiche con il supporto psicologico, data la frequente coesistenza di queste fragilità nei pazienti, spesso presenti congiuntamente con l'abuso di sostanze.

Infine, un ruolo centrale è dato dai Determinanti Sociali della Salute (SDOH).

Viene infatti riconosciuto e premiato l'impegno delle strutture sanitarie che supportano i pazienti anche nelle necessità primarie (come l'accesso a cibo sano o la stabilità abitativa), nella consapevolezza che la salute si determina in gran parte al di fuori del contesto clinico.

Concludiamo questa parte inserendo una breve tabella riepilogativa delle diverse modalità con le quali i due programmi mettono in atto l'avvicinamento ai modelli di VBH:

Caratteristica	Medicare (VBH)	Medicaid (VBH)
Target di riferimento	Anziani (over 65) e disabili	Persone e famiglie a basso reddito
Uniformità	Nazionale, regole uguali in ogni parte del paese	Statale (varia da Stato a Stato)
Strumento principale	Reti ACO e modelli di pagamento a pacchetto	Contratti di acquisto basati sul valore (VBP) tramite MCO
Focus dei Risultati	Riduzione delle ospedalizzazioni ripetute e gestione della cronicità	Integrazione della salute mentale e supporto sociale

Questa rappresentazione mette in atto una rapida ma efficace descrizione sommaria di come i due programmi federali si sono evoluti per adeguarsi ai nuovi paradigmi sanitari.

Giungendo al termine di questa profonda disamina relativa ai modelli di VBH, risulta imperativo operare una sintesi critica che non si limiti ad accogliere unicamente le promesse teoriche, ma che le inserisca nel complesso, e spesso distopico, ecosistema sanitario statunitense.

Come abbiamo avuto modo di analizzare, la transizione sostenuta a livello federale dal CMS si pone l'ambizioso obiettivo di smantellare le fondamenta del sistema *Fee-for-Service*. Quest'ultimo, remunerando il mero volume delle prestazioni cliniche, ha storicamente generato quel nocivo conflitto d'interessi alla base della Domanda Indotta dall'Offerta, portando a una frammentazione delle cure e ad un'inefficienza allocativa senza eguali.

Tuttavia, analizzando l'implementazione dei nuovi modelli dal punto di vista dell'economia sanitaria, emerge chiaramente come questo mutamento di paradigma non possa, da solo, rappresentare la soluzione perfetta per la totalità delle criticità strutturali che alimentano il Paradosso Statunitense.

Il primo e più gravoso ostacolo all'efficacia assoluta del VBH risiede nell'inevitabile collisione con la Tirannia dei Prezzi.

Già sappiamo che l'eccezionale spesa non deriva da un ampio utilizzo dei servizi, bensì da prezzi unitari straordinariamente incrementati, frutto di un mercato dove il potere contrattuale regna sovrano. Sebbene schemi come la *Capitation* o i *Bundled Payments* riescano effettivamente a trasferire il rischio finanziario sull'erogatore, incentivando la medicina preventiva e il coordinamento clinico, essi continuano a poggiare su una base tariffaria (il *chargemaster* e le *negotiated rates*) di partenza che risulta essere intrinsecamente distorta e sovradimensionata rispetto ai reali costi di produzione dei servizi medici.

In assenza di un intervento legislativo capace di fungere da calmiera sui prezzi all'origine, meccanismo tipico dei sistemi a pagatore unico europei esaminati in precedenza, il VBH rischia di limitarsi a ottimizzare l'efficienza di un sistema che rimane, di base, iniquo e finanziariamente insostenibile.

In secondo luogo, è fondamentale calare questi modelli alternativi all'interno dell'assetto oligopolistico che domina il mercato assicurativo privato.

Le cosiddette "*Big Five*" hanno dimostrato una spiccata capacità di metabolizzare le riforme governative, trasformandole in ulteriori leve per la massimizzazione del profitto.

Esiste un rischio macroeconomico tangibile che le grandi corporazioni sanitarie possano usufruire della retorica del valore per giustificare un inasprimento dei *Narrow Networks* ed una selezione ancora più stretta dei fornitori.

Tramite le pratiche di *Prior Authorization* gestite da algoritmi di intelligenza artificiale, le assicurazioni possiedono già il potere di erigere barriere insormontabili tra il paziente e le cure, operando rifiuti sistematici in frazioni di secondo senza una reale ponderazione del quadro clinico. Il pericolo intrinseco è che i parametri di qualità imposti dai modelli VBH vengano dettati unicamente dal potere di monopsonio delle assicurazioni, trasformando questi strumenti in un'ulteriore asimmetria contrattuale ai danni dei monopoli ospedalieri locali, senza che il sovraprofitto economico generato venga effettivamente traslato sul consumatore finale sotto forma di premi ridotti.

Spostando il focus, e guardando la tematica dagli occhi dei singoli cittadini, l'impatto dei modelli orientati al valore sulle reali barriere all'accesso appare ancora tristemente marginale.

Questo impianto contrattuale si concentra quasi esclusivamente sul rapporto B2B (*Business-to-Business*) tra l'ente pagatore, che sia il CMS o un'assicurazione privata, e la struttura clinica. Esso non affronta, se non in maniera del tutto accessoria, la grave afflizione della sottoassicurazione (*underinsurance*) e il conseguente deprezzamento del capitale umano.

Anche qualora un ospedale riuscisse ad ottimizzare un intero ciclo di cure, riducendo le infezioni post-operatorie e coordinando le risorse in modo impeccabile, il paziente con un piano HDHP si

troverebbe comunque esposto a franchigie insostenibili e a pesanti meccanismi di *coinsurance*. Finché l'architettura dei rimborsi obbligherà l'assicurato a far fronte a ingenti spese *Out-of-Pocket* prima ancora dell'intervento della copertura, il fenomeno del razionamento delle cure e l'incubo della *medical bankruptcy* continueranno a persistere.

Come abbiamo detto più volte, un cittadino costretto a rinunciare alla prevenzione di base per preservare la propria liquidità di breve periodo, vanifica all'origine qualsiasi tentativo di calcolare e premiare il valore a lungo termine della salute.

A ciò si aggiunge l'allarmante impatto sulle disuguaglianze sociali, etniche e geografiche.

I modelli basati sul valore rischiano, paradossalmente, di inasprire i deserti sanitari.

Ospedali rurali o cliniche situate in aree urbane degradate, spesso carenti di infrastrutture tecnologiche avanzate o di capitale umano sufficiente, potrebbero non avere le risorse necessarie per implementare i sofisticati sistemi di tracciamento dei dati, richiesti per dimostrare il raggiungimento degli obiettivi clinici, e operare il livello di cooperazione previsto.

Conseguentemente, queste strutture verrebbero penalizzate da un punto di vista economico, generando uno spiazzamento delle risorse professionali verso realtà già consolidate, e lasciando le fasce di popolazione più fragili ancor più prive di assistenza.

Alla luce di quanto spiegato, appare evidente che la dottrina del *Value-Based Healthcare*, delineata da Porter e attivamente spinta dalle agenzie federali, pur rappresentando un correttivo indispensabile e un traguardo clinico moralmente superiore rispetto al perverso incentivo della prestazione singola, si dimostra di fatto un'evoluzione incompiuta.

Le inefficienze del modello statunitense non sono solamente il risultato di un errore organizzativo nei pagamenti clinici, ma la conseguenza economica, e largamente prevedibile, della mercificazione estrema di un bene affetto da grave asimmetria informativa e rigidità della domanda, il tutto unito alle assurde dinamiche del mondo assicurativo.

Per trasformarsi in una reale soluzione e non in una semplice riorganizzazione contabile, i modelli VBH necessitano di essere accompagnati da riforme strutturali ben più coraggiose.

Diventa indispensabile affiancare a questi paradigmi un ampio intervento dell'autorità *antitrust* per contrastare l'integrazione verticale delle grandi compagnie e dei gestori di benefici farmaceutici (PBM), nonché una regolamentazione diretta che stabilisca un limite alla crescita incontrollata dei prezzi di listino.

Solo attraverso una ricalibrazione del *trade-off* tra equità ed efficienza, che riporti l'obiettivo della salute collettiva al di sopra delle logiche aziendali di generazione di dividendi per gli azionisti, il sistema sanitario degli Stati Uniti potrà sperare di ridurre quel differenziale prestazionale che oggi lo separa dal resto del mondo industrializzato.

Sarà compito delle raccomandazioni di politica economica, che verranno affrontate nel prossimo ed ultimo paragrafo, delineare come un nuovo patto sociale possa concretamente arginare questo fallimento di mercato.

Raccomandazioni di Politica Economica: Sostenibilità e Riforme Future

Alla luce delle criticità strutturali, delle asimmetrie informative, e delle dinamiche oligopolistiche ampiamente delineate nei capitoli precedenti, è del tutto evidente che l'architettura del sistema sanitario statunitense necessita di un integrale ripensamento.

L'osservazione empirica ha dimostrato come l'iniezione di capitali fine a sé stessa, in un mercato distorto, non si traduca in un incremento proporzionale degli esiti di salute, ma tenda piuttosto ad alimentare le inefficienze allocative e a consolidare le rendite di posizione dei grandi attori.

Per contrarre il rischio di collasso finanziario dei programmi pubblici e arrestare il progressivo deprezzamento del capitale umano nazionale, le istituzioni federali e statali devono abbandonare un approccio regolatorio passivo, elaborando riforme strutturali ben più coraggiose.

L'obiettivo ultimo di tali raccomandazioni di politica economica non è rappresentato dall'utopia, e comunque non auspicabile, cancellazione del settore privato, da sempre radicato nel tessuto socioculturale americano, bensì nella sua severa riorganizzazione, al fine di allinearne le logiche di profitto con l'imprescindibile necessità di massimizzare il benessere collettivo.

Un primo e indispensabile fronte di intervento riguarda il ripristino di un'effettiva pressione concorrenziale attraverso un drastico inasprimento delle normative *antitrust*.

Come precedentemente esplicitato, l'estremizzazione dell'integrazione verticale tra le assicurazioni, i gestori di benefici farmaceutici, e i fornitori diretti di cure, ha dato vita ad imponenti barriere all'entrata, neutralizzando i benefici teorici del libero mercato.

Le autorità di vigilanza presso il Dipartimento di Giustizia, dovrebbero iniziare a prevedere nuovi metodi di valutazione per le fusioni aziendali, oltrepassando la tradizionale visione esclusivamente concentrata sull'impatto a breve termine sui premi.

Risulta di fondamentale importanza predisporre una nuova giurisprudenza che imponga la separazione societaria tra i portatori di rischio finanziario e gli intermediari della filiera logistica.

In particolar modo, la divisione forzata dei *Pharmacy Benefit Managers* dalle società assicurative si dimostra una manovra necessaria per abbattere le pratiche scorrette dei rimborsi retroattivi, riportando una minima quantità di trasparenza alla determinazione del prezzo dei farmaci, e ripristinando un certo livello minimo di equità per le farmacie indipendenti e i consumatori finali.

Strettamente connessa a tale questione, vi è la diffusa esigenza di riformare integralmente i meccanismi di determinazione dei prezzi ospedalieri.

Le attuali direttive sulla *Price Transparency* si sono rivelate deboli e facilmente arginabili tramite l'occultamento informatico e l'uso di codici di fatturazione incomprensibili per l'utente medio. La raccomandazione economica in questo caso prevede l'istituzione a livello federale di un unico *database* centralizzato e accessibile, consultabile in qualunque momento.

Un simile strumento obbligherebbe tutte le entità erogatrici a standardizzare non solo i listini teorici, ma anche i prezzi reali.

Tuttavia, la sola trasparenza non è sufficiente in un mercato dove il consumatore non possiede l'elasticità di domanda necessaria per compiere scelte razionali in situazioni d'urgenza.

Per ovviare a questo fallimento, gli Stati Uniti dovrebbero guardare con estrema attenzione a modelli di regolamentazione tariffaria globale, ispirandosi all'esperimento già in atto nello stato del Maryland, noto come *All-Payer Rate Setting*.

Con questo paradigma, un'autorità statale indipendente stabilisce tariffe uniformi per i servizi ospedalieri, identiche sia per i programmi pubblici che per le assicurazioni private.

L'adozione di un simile modello su larga scala eliminerebbe alla radice l'incentivo al *cost shifting*, ridurrebbe drasticamente le spese amministrative generate dalle infinite negoziazioni bilaterali e conterrebbe l'inflazione medica, garantendo al tempo stesso ai fornitori un flusso di ricavi stabile e prevedibile, non strettamente vincolato al potere contrattuale delle singole compagnie.

Procedendo in direzione dell'analisi dei piani assicurativi e della traslazione del rischio sui cittadini, è innegabile come l'attuale andamento dei piani ad alta franchigia stia generando un drammatico fenomeno di razionamento delle cure.

Per proteggere l'efficienza statica e dinamica della forza lavoro, la politica economica deve promuovere la transizione verso il *Value-Based Insurance Design* (VBID).

Questo moderno approccio assicurativo rappresenta l'alternativa principale alla logica punitiva delle franchigie orizzontali.

In un sistema di questo tipo, la partecipazione alla spesa da parte del paziente non è calcolata in base al costo nominale della prestazione, ma bensì al suo reale valore clinico.

Di conseguenza, farmaci essenziali per il controllo delle patologie croniche, terapie preventive altamente efficaci e diagnosi tempestive, verrebbero distribuiti a costo zero per il consumatore, indipendentemente dal raggiungimento della franchigia.

Al contrario, il sistema prevederebbe pagamenti molto elevati unicamente per quelle procedure mediche a basso valore aggiunto o ridondanti dal punto di vista clinico.

Avviare un processo legislativo in materia di obbligatorietà per i principi del VBID all'interno dei *Marketplaces* governativi e nei piani aziendali, permetterebbe di abbattere l'Azzardo Morale senza però compromettere l'aderenza terapeutica, trasformando l'assicurazione da semplice soggetto finanziario a concreto promotore della salute generale.

Un'ulteriore revisione istituzionale, fondamentale per la sostenibilità a lungo termine, è rappresentata dall'implementazione definitiva dei modelli di rimborso alternativi per i fornitori.

Nonostante i tentativi di superamento del pagamento a singola prestazione, la quasi totalità dei contratti stipulati si basa ancora su modelli di rischio tradizionali, in cui i medici ricevono maggiorazioni di salario se riescono a risparmiare, ma non subiscono perdite se le spese eccedono le stime.

Il CMS dovrebbe forzare la mano dell'intero mercato, imponendo l'adozione generalizzata di contratti a rischio bilaterale (*downside risk*).

Il trasferimento parziale ma tangibile del rischio di impresa sulle reti di fornitori impone a questi ultimi di riorganizzare i propri processi produttivi interni, eliminando la mentalità dei volumi. Soltanto forzando conseguenze finanziarie dirette per gli esiti clinici scadenti e per le riammissioni ospedaliere ingiustificate, si potrà infatti consolidare quel salto di qualità verso la

creazione di valore in ambito sanitario, spingendo gli ospedali ad investire preventivamente sul territorio piuttosto che attendere l'aggravamento delle patologie nei reparti di emergenza.

Affrontando invece il punto critico della spesa farmaceutica, i recenti interventi legislativi hanno alimentato una spirale che deve essere necessariamente ampliata.

Consentire la facoltà di negoziare direttamente il prezzo di un dato numero di farmaci salvavita al *Medicare* rappresenta un iniziale passo verso l'allineamento con le nazioni europee.

La raccomandazione economica strategica consiste nell'espandere l'applicabilità di tali prezzi negoziati anche al mercato assicurativo commerciale.

Consentire alle compagnie di accedere ai prezzi definiti dalle istituzioni porrebbe fine al monopolio garantito dai brevetti farmaceutici prolungati in modo abusivo, restituendo potere d'acquisto ai datori di lavoro e riducendo la pressione sui salari.

Parallelamente, risulta necessario l'utilizzo di un sistema di *reference pricing* internazionale per le nuove invenzioni, agganciando il prezzo massimo applicabile negli USA ad un indice ponderato dei costi sostenuti dalle altre economie industrializzate.

Spostando lo sguardo dalla prospettiva individuale del singolo a quella aggregata della copertura sanitaria, la profonda polarizzazione politica rende attualmente irrealistica una conversione totale verso un sistema a pagatore unico in stile europeo.

Nonostante ciò, la continua presenza della sottoassicurazione richiede un intervento correttivo immediato per il quale il mercato si è dimostrato inefficace.

La soluzione più praticabile e strategicamente sensata dal punto di vista economico è la predisposizione di un'opzione pubblica robusta e competitiva all'interno degli scambi assicurativi previsti dall'*Obamacare*.

Un piano sanitario gestito a livello federale, sguarnito dell'obbligo di generare dividendi per gli azionisti e capace di remunerare i fornitori a tariffe intermedie tra quelle di *Medicare* e quelle di mercato, fungerebbe da decisivo correttore competitivo.

La presenza di un simile concorrente istituzionale costringerebbe i grandi *player* privati, per la prima volta nella storia recente, a competere realmente sull'efficienza amministrativa e sulla compressione dei margini di profitto per non perdere le proprie quote di mercato.

L'opzione pubblica rappresenta l'anello di congiunzione ideale tra la necessità di preservare la libertà di scelta, tipica del pensiero liberale statunitense, e il dovere morale di fornire una rete di cure universali.

Da ultimo, qualsiasi manovra di politica economica sanitaria risulterebbe essenzialmente iniqua qualora continuasse ad ignorare l'impatto dei determinanti sociali della salute.

La persistenza di disuguaglianze etniche-geografiche, documentate in questa tesi, dimostra che la spesa medica tradizionale agisce prevalentemente sulle conseguenze di problemi strutturali già presenti da svariato tempo.

Riformare la sostenibilità del sistema richiede una redistribuzione strategica dei fondi federali, indirizzando i capitali dai rimborsi per acuti verso investimenti in edilizia abitativa, sicurezza alimentare e reti di trasporto nelle aree urbane fatiscenti e nei deserti sanitari presenti in territori rurali.

Inoltre, studiando l'attuale contesto, risulta doverosa una maggior attenzione alle dinamiche di salute mentale e contrasto alle dipendenze, che deve per forza di cosa essere prevista in qualunque impianto legislativo in tema di SDOH.

I programmi *Medicaid* statali dovrebbero ricevere incentivi economici maggiorati per integrare queste variabili non propriamente cliniche all'interno delle proprie coperture, plasmando il sistema da passivo riparatore di danni ad attivo custode della stabilità comunitaria.

Per terminare, possiamo inequivocabilmente affermare che il mantenimento dello status quo contemporaneo non costituisca più un'opzione percorribile.

Le anomalie e le contraddizioni del sistema sanitario statunitense hanno superato la soglia di tolleranza, trasformandosi in un fardello consolidato, che drena inesorabilmente risorse destinate all'innovazione, all'istruzione e alle infrastrutture.

Le raccomandazioni qui elencate illustrano l'inizio di un possibile processo di adeguamento, che abbandona l'illusione teorica dell'autoregolamentazione del mercato in un settore dominato da noti fallimenti diffusi.

Implementare meccanismi di trasparenza forzata, ammodernare le coperture assicurative, ponendo il valore clinico al centro del sistema, e introdurre un'onesta ma decisa concorrenza pubblica, rappresentano i passi indispensabili per evitare una potenziale *escalation* economica e sociale.

Solo prevedendo una precisa revisione istituzionale e normativa, gli Stati Uniti potranno finalmente far coesistere la potenza dei propri investimenti innovativi con l'effettivo benessere della cittadinanza, restituendo all'assistenza sanitaria il suo vero scopo di tutela e potenziamento del capitale umano della nazione.

Conclusioni

Giunti alla conclusione di questo articolato percorso di indagine, il Paradosso Statunitense si mostra in tutta la sua caoticità, confermando indubbiamente la tesi di fondo alla base dell'intera trattazione.

L'applicazione indiscriminata e ostinata delle logiche di libero mercato ad un settore strutturalmente dominato da connaturati fallimenti genera inefficienze allocative ed economiche di proporzioni insostenibili per la collettività.

La sanità, come ampiamente dimostrato attraverso l'approccio legato all'economia sanitaria e i fondamenti teorici tracciati da Kenneth Arrow, non risponde alle tradizionali regole che governano l'incontro tra la domanda e l'offerta per i beni di consumo che tutti conosciamo.

L'asimmetria informativa tra medico e paziente, l'incertezza intrinseca legata all'insorgere delle patologie, e le esternalità negative generate da una popolazione non in salute, costituiscono problematiche caratteristiche di questo sistema, e non semplici anomalie temporanee o marginali fenomeni di mercato.

Esse rappresentano le caratteristiche fondanti e ineliminabili del bene salute, le quali richiedono un delicato, sapiente e costante bilanciamento tra la forza innovativa del settore privato ed una robusta e capillare regolamentazione da parte delle istituzioni pubbliche.

Nel peculiare contesto statunitense, la storicamente marcata dominanza delle dinamiche di libero mercato, unita all'estrema finanziarizzazione e mercificazione dell'assistenza medica, ha progressivamente distorto la natura stessa dell'intera struttura.

La gestione della salute è stata drammaticamente trasformata, passando dall'essere considerata un cruciale investimento strategico per la tutela e lo sviluppo del capitale umano, a divenire un potenziale e gravoso fattore di vulnerabilità finanziaria per la cittadinanza.

L'analisi condotta nella prima parte dell'elaborato ha destrutturato le determinanti di una spesa sanitaria nazionale che non trova eguali nella storia dell'umanità e nel panorama delle nazioni industrializzate, assorbendo una quota a dir poco spropositata del Prodotto Interno Lordo.

Si è evidenziato come tale eccezionale dispendio di risorse non sia affatto controbilanciato da un consumo eccessivo di servizi medici da parte della popolazione, né tantomeno dalla garanzia di una qualità clinica universalmente accessibile e superiore.

Al contrario, esso è la diretta e rovinosa conseguenza di una vera e propria Tirannia dei Prezzi unitari, in perfetta linea con i postulati di Gerard F. Anderson.

Le tariffe esorbitanti imposte dal sistema sono il risultato di un mercato profondamente viziato, in cui la spinta verso la concentrazione monopolistica delle reti ospedaliere si scontra, alimentandosi a vicenda, con l'esagerato potere di un ecosistema assicurativo ferocemente oligopolistico.

Esplorando le tortuosità operative di questo complesso impianto, è emerso con chiarezza come il mercato delle assicurazioni sanitarie private, originariamente concepito dalla teoria economica per intermediare e mitigare razionalmente il rischio, si sia in realtà mutato nel vero arbitro e padrone indiscusso del sistema.

I grandi *player* del settore, entità aziendali dalle dimensioni patrimoniali schiaccianti, non si limitano più a svolgere il tradizionale ruolo di passivi garanti finanziari.

Attraverso spregiudicate e sistematiche strategie di integrazione verticale, esemplificate dalla pervasiva acquisizione dei *Pharmacy Benefit Managers* (PBM) e dal controllo diretto delle reti di fornitura, queste *corporation* si sono elette ad architetti onnipotenti del mercato.

Esse dettano unilateralmente le regole d'ingaggio, influenzando e stringendo in una morsa sia l'offerta dei fornitori, tramite meccanismi di autorizzazione preventiva sempre più automatizzati e guidati da rigidi algoritmi, sia la domanda dei pazienti, indirizzata coattivamente all'interno di *Narrow Networks*.

Tale frenetico accentramento del potere contrattuale, invece di tradursi in economie di scala a beneficio dell'utente finale, ha invece progressivamente istituzionalizzato le disuguaglianze e massimizzato le rendite di posizione di certi soggetti.

L'industria assicurativa ha deliberatamente scelto di scaricare la parte più gravosa del rischio finanziario direttamente sulle spalle delle fasce più fragili della popolazione.

L'implementazione aggressiva dei piani ad alta franchigia (HDHP) e l'incessante ascesa dei costi *Out-of-Pocket* hanno sistematicamente tradito la promessa teorica di creare un consumatore razionale, attento ai costi e promotore della giusta concorrenza.

Al contrario, hanno innescato un diffuso e pericoloso fenomeno di razionamento delle cure.

Il cittadino, per preservare la propria liquidità di breve periodo, si trova costretto a rinunciare alla prevenzione e a posticipare esami diagnostici cruciali.

Questo comportamento, del tutto comprensibile tenendo conto della pressione economica, deprime preventivamente lo stato di salute generale e favorisce la degenerazione delle patologie croniche, alimentando infine quel triste e tipicamente americano fenomeno della *medical bankruptcy* e minando le fondamenta stesse dell'equità sociale.

Le novità istituzionali e le riforme normative susseguitesi nel corso degli anni, seppur imponenti e intrinseche di cambiamento, si sono rivelate essere inefficaci per regolamentare il sistema nella sua interezza.

La costruzione dei programmi pubblici federali, prima di tutti *Medicare* e *Medicaid*, ha fornito un'indispensabile supporto per un grande numero di individui, tutelando quelle categorie demografiche che il mercato privato, seguendo la logica della Selezione Avversa, aveva prontamente escluso.

Anche l'ambizioso e trasformativo tentativo dell'*Affordable Care Act* ha indubbiamente arginato le discriminazioni più spietate basate sulle patologie pregresse, estendendo precisamente la platea degli assicurati tramite sussidi e piattaforme governative.

Tuttavia, l'impianto legislativo ha dovuto costantemente scendere a severi compromessi con i formidabili interessi corporativi e politici.

Esso non è riuscito a incidere alla radice sul meccanismo opaco di determinazione dei prezzi e ha lasciato ampiamente irrisolto il dramma della sottoassicurazione.

I costanti effetti di spiazzamento finanziario, uniti alla continua stagnazione dei salari reali (sistematicamente sacrificati dai datori di lavoro in vista dei crescenti premi per le coperture aziendali), dimostrano come un intervento pubblico limitato alla sola espansione della copertura, senza un concomitante e severo regolamento *antitrust* per spezzare le inefficienze allocative private, rischi di alimentare ulteriormente l'inflazione medica anziché contenerla.

Volgendo lo sguardo verso le prospettive future e valutando l'efficacia dei modelli alternativi trattati, l'urgenza di un radicale e sistemico cambio di paradigma appare oggi un imperativo non più rimandabile.

Il puntuale confronto competitivo e l'analisi dei *case study* aziendali hanno messo in luce i severi limiti di sostenibilità a lungo termine del modello attuale.

Guardando dall'altro lato dell'oceano, il paragone con i sistemi a pagatore unico di matrice europea, ha evidenziato come la centralizzazione del potere negoziale e il principio dell'universalismo dell'accesso alle cure, riescano a garantire risultati di salute pubblica ben visibili e largamente superiori, il tutto a fronte di uno spreco di risorse finanziarie nettamente inferiore per singolo abitante.

Sebbene una transizione improvvisa, totale e immediata verso un modello *Single-Payer* puro sembri essere politicamente e culturalmente contrastata nell'ampio panorama istituzionale americano, la via maestra per la sopravvivenza economica del sistema risiede indiscutibilmente nell'abbandono definitivo e irrevocabile delle obsolete logiche del pagamento a prestazione (*Fee-for-Service*).

L'ancoraggio della remunerazione medica e ospedaliera al solo volume delle procedure erogate ha da sempre sovvenzionato le criticità del settore.

Tale meccanismo ha sistematicamente incoraggiato la frammentazione disordinata delle cure, incentivando pericolosamente la già nota Domanda Indotta dall'Offerta, e premiando la quantità a totale discapito della reale efficacia e utilità clinica.

In totale antitesi a tutto ciò, l'implementazione su larga scala e la spinta istituzionale verso i modelli di *Value-Based Healthcare*, emergono non in veste di semplice e affascinante opzione teorica, ma come la più credibile, solida e pragmatica via d'uscita per correggere le inefficienze strutturali fin qui elencate.

Riconfigurare gli incentivi economici per premiare il valore clinico ed economico effettivamente generato per il paziente, misurato in termini tangibili di esiti positivi a lungo termine, prevenzione delle ricadute e ottimizzazione del percorso terapeutico, rappresenta il cruciale punto di svolta per allineare definitivamente gli interessi finanziari dei fornitori con i bisogni reali della collettività.

Le realtà aziendali, i gruppi assicurativi e le istituzioni pubbliche come il CMS, che saranno in grado di anticipare e guidare questa complessa transizione, scommettendo coraggiosamente sull'integrazione proattiva dei dati clinici, sulla cura olistica delle patologie croniche e sull'assunzione del rischio legata alla qualità dei risultati, saranno gli unici soggetti in grado di prosperare nel nuovo mondo.

In un futuro in cui l'insostenibilità finanziaria e l'exasperazione sociale costringeranno inevitabilmente il legislatore, supportato dalla crescente e doverosa attenzione investigativa di agenzie governative come la FTC, a interventi regolatori molto più restrittivi, la sopravvivenza del settore privato dipenderà dalla sua effettiva capacità di smettere di estrarre valore a danno del malato, iniziando invece a crearlo per l'intera comunità su basi di reciproca fiducia.

A questo punto risulta evidente come l'analisi condotta in questa tesi restituisca una verità economica indiscutibile: la salute umana non può e non deve in alcun modo essere derubricata a mero bene di consumo ordinario, subordinato alle folli leggi della massimizzazione del profitto aziendale di breve termine.

Essa costituisce, diversamente da quanto possa sembrare osservando gli Stati Uniti, la variabile primaria e imprescindibile su cui poggia l'integrità, la produttività e lo sviluppo dell'intero capitale umano di una nazione.

Finché perdurerà, il Paradosso Statunitense continuerà a far tollerare l'erronea coesistenza di un'innovazione tecnologica e farmacologica di primissimo ordine mondiale, con barriere finanziarie all'accesso fuori da ogni possibilità per la stragrande maggioranza della popolazione.

La sanità americana, se non dovesse riuscire a contrastare tutto ciò, sarà destinata inesorabilmente a rimanere un'enorme generatrice di inefficienza.

Si potrebbe confermare inoltre come un severo freno strutturale per la crescita economica potenziale ed un diffusore implacabile di inaccettabili ingiustizie sociali.

Affinché questo formidabile comparto possa finalmente affrancarsi dalle proprie contraddizioni ed evolvere da fattore di rischio macroeconomico a vero e solido motore di benessere condiviso, sarà indispensabile una coraggiosa, lucida e determinata sintesi di politica economica.

Una visione strategica in grado di restituire allo Stato la sua inderogabile vocazione di arbitro forte e inflessibile, capace di gestire le aggressive asimmetrie di mercato, di smantellare le rendite di posizione oligopolistiche e di riaffermare, in via definitiva e assoluta, il primato della salute pubblica collettiva sulle assurde logiche dell'estrazione di valore.

Solamente attraverso un'integrale rivisitazione del patto sociale, che lega cittadini, imprese e istituzioni, gli Stati Uniti potranno sperare di sanare il loro più grande e oneroso paradosso, garantendo alle generazioni future un sistema in cui l'eccellenza medica sia finalmente sinonimo di equità e sostenibilità universale.

Bibliografia

Arrow, Kenneth J. “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care” (1963).

Medicare.gov. “Qualifying for Medicaid” (2026).

USA.gov. “Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)” (2026).

Mountain Family Health Centers. “Comprendere l’idoneità a Medicaid” (2024).

Eurostat. “Healthcare expenditure statistics - overview” (2023).

KaiserFamilyFoundation (KFF) Health System Tracker. “How has US Spending on Healthcare changed over time?” (2026).

KaiserFamilyFoundation (KFF) Health System Tracker. “How does Health Spending in the US Compare to Other Countries?” (2026).

Anderson, Gerard F. “It's The Prices, Stupid: Why The United States Is So Different From Other Countries” (2003).

OECD.org “Health at a Glance 2025: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris” (2025).

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). “National Center for Health Statistics. Maternal Mortality Rates in the United States, 2022. NCHS Health E-Stat.” (2024).

Hoyert Donna L. cdc.gov. “Maternal Mortality Rates in the United States, 2023” (2025).

Hill Latoya, Rao Alisha, Artiga Samantha, Ranji Usha. “Racial Disparities in Maternal and Infant Health: Current Status and Key Issues” (2025).

KaiserFamilyFoundation (KFF) Employer Health Benefits Annual Survey (2024).

HealthCare.gov. “How to pick a Health Insurance Plan” (2026).

U.S. Department of Labor. “Health Plans & Benefits: Employee Retirement Income Security Act (ERISA)” (2026).

U.S. Department of Labor. “COBRA Continuation Coverage” (2026).

Internal Revenue Service (IRS). “Health Savings Accounts and Other Tax-Favored Health Plans” (2026).

Glied, Sherry A. “Managed Care - Handbook of Health Economics” (2000).

American Medical Association (AMA). "Competition in Health Insurance: A Comprehensive Study of U.S. Markets" (2025).

KaiserFamilyFoundation (KFF). "Medicare Advantage: Enrollment Update and Key Trends" (2026).

Kaiser Family Foundation (KFF). "What We Know About Provider Consolidation" (2025).

Drug Channels Institute. "The Top Pharmacy Benefit Managers of 2025: Market Share and Trends" (2026).

National Association of Insurance Commissioners (NAIC). "Health Insurance Industry Analysis Report" (2025).

American Medical Association (AMA). "Policy Research Perspectives: Physician Practice Characteristics in 2024" (2025).

American Medical Association (AMA). "Prior Authorization Physician Survey" (2025).

Federal Trade Commission (FTC). "Pharmacy Benefit Managers: The Powerful Middlemen Inflating Drug Costs and Squeezing Main Street Pharmacies" (2024).

U.S. Department of Justice (DOJ) & Federal Trade Commission (FTC). "2023 Merger Guidelines" (2023).

Akerlof, George A. “The Market for 'Lemons': Quality Uncertainty and the Market Mechanism” (1970).

Rothschild, Michael - Joseph E. Stiglitz. “Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information” (1976).

Committee for a Responsible Federal Budget (CRFB). “Has President Obama Doubled the National Debt?” (2016).

KaiserFamilyFoundation (KFF). "Status of State Medicaid Expansion Decisions" (2026).

Blumenthal, David e Collins, Sara R. “Health Care Coverage under the Affordable Care Act - A Progress Report” (2014).

Gruber, Jonathan. “The Impacts of the Affordable Care Act: How Reasonable Are the Projections?” (2011).

Harrington, Scott E. “U.S. Health Care Reform: The Affordable Care Act and Insurance Market Regulation” (2013).

Sommers, Benjamin D., Maylone, Blayne, Blendon, Robert J., Orav, E. John e Epstein, Arnold M. “Three-Year Outcomes of State Health Insurance Expansions for Low-Income Adults” (2017).

Porter, M. E., Teisberg, E. O. “Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Harvard Business Press” (2006).

Porter, M. E. "What Is Value in Health Care? The New England Journal of Medicine” (2010).

Folland, S., Goodman, A. C., Stano, M. “The Economics of Health and Health Care (8th ed.)” (2017).

National Committee for Quality Assurance (NCQA). “HEDIS and Performance Measurement” (2023).

Braveman, P., Gottlieb, L. "The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes"(2014).

Milliman. “Medical Loss Ratio Requirements: Challenges Posed by Vertical Integration” (2026).