



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA**

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE E AZIENDALI  
"MARCO FANNO"**

**CORSO DI LAUREA IN ECONOMIA**

**PROVA FINALE**

**"L'ABOLIZIONE DEL PATIENT PROTECTION AND AFFORDABLE  
CARE ACT"**

**RELATORE:**

**CH.MO PROF. LUCIANO GIOVANNI GRECO**

**LAUREANDO: MASSIMO CANELLA**

**MATRICOLA N. 1090001**

**ANNO ACCADEMICO 2017-2018**

*“L'onestà politica non è altro che la  
capacità politica”  
(Benedetto Croce)*

<b>Indice</b>	
<b>INTRODUZIONE</b>	<b>5</b>
<b>1. IL SISTEMA SANITARIO DEGLI STATI UNITI D'AMERICA</b>	<b>7</b>
<i>1.1. La sanità privata negli U.S.A.</i>	7
<i>1.2. L'intervento del governo federale nella sanità</i>	8
<i>1.2.1. Medicare</i>	8
<i>1.2.2. Medicaid</i>	10
<i>1.3. I costi del sistema sanitario americano</i>	11
<i>1.3.1. L'asimmetria informativa</i>	13
<i>1.3.2. Il costo dei medici</i>	14
<i>1.3.3. Lo stile di vita americano</i>	14
<b>2. LA RIFORMA SANITARIA DI BARACK OBAMA</b>	<b>16</b>
<i>2.1. I tentativi di riforma dei precedenti Presidenti degli Stati Uniti</i>	16
<i>2.2. Dati sulla qualità della sanità americana</i>	17
<i>2.3. Perché era necessaria una riforma del sistema sanitario negli Stati Uniti</i>	18
<i>2.4. I pilastri e i successi della riforma Obama</i>	18
<i>2.4.1. L'accesso alle cure</i>	19
<i>2.4.2. Il miglioramento dei servizi</i>	20
<i>2.4.3. La riduzione dei costi della sanità</i>	21
<i>2.5. L'impatto e gli obiettivi economici</i>	22
<b>3. LA PRESIDENZA DI DONALD J. TRUMP E I TENTATIVI DI ABOLIZIONE DELL'ACA</b>	<b>24</b>
<i>3.1. I problemi dell'Obamacare</i>	24
<i>3.1.1. L'incostituzionalità</i>	25
<i>3.1.2. Il cambio forzato dei piani assicurativi</i>	25
<i>3.1.3. I servizi fuori rete e i lunghi tempi d'attesa</i>	25
<i>3.1.4. L'uscita dal mercato delle compagnie assicurative e l'aumento dei prezzi</i>	27
<i>3.2. Il primo tentativo di riforma fallito</i>	28
<i>3.3. Il secondo tentativo di riforma: l'American Health Care Act</i>	29
<i>3.3.1. L'approvazione alla Camera</i>	29
<i>3.3.2. I contenuti dell'American Health Care Act e le "high-risk pools"</i>	29

3.3.3. <i>Il fallimento al Senato</i>	31
3.3.3.1. <i>Sarebbe stato possibile evitare questo fallimento?</i>	32
<b>3.4. Il terzo tentativo: la riforma Graham-Cassidy</b>	32
3.4.1. <i>L'ennesimo fallimento e le conseguenze nel partito</i>	34
<b>CONCLUSIONI</b>	35
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	36

## INTRODUZIONE

Sono stati alcuni principi ispiratori peculiari ad aver portato la sanità degli Stati Uniti e quella del vecchio continente, l'Europa, a divergere in maniera così sostanziale nel tempo.

Mentre in Europa chiunque può avere accesso alle cure necessarie per la propria salute, a prescindere dal ceto sociale o dal reddito, in America non è possibile accedere alle cure se sprovvisti di assicurazione sanitaria oppure del denaro sufficiente per far fronte ai costi delle cure.

Per oltre un secolo le varie amministrazioni hanno provato a riformare il sistema sanitario americano, cercando di attuare quello che sarebbe possibile definire un effettivo avvicinamento al sistema Europeo, ma, come verrà ampiamente discusso in questo elaborato, senza di fatto riuscirci. Questo fu particolarmente evidente fino al 2010, anno in cui venne approvato *Affordable Care Act* (ACA) o *Obamacare* (fortemente voluto dal Presidente allora in carica Barack Obama, dal quale prende in prestito il nome) con il quale la possibilità di accesso alle cure fu garantita a molte persone le quali ne erano fino a quel momento sprovviste. Il successo che ha riscosso dal punto di vista del consenso dell'opinione pubblica, e non solo di quella degli americani, è stato enorme, dal momento che questa riforma veniva percepita più come un atto di rafforzamento dei diritti umani che non come una manovra economica o politica fine a sé stessa.

L'attuale Presidente invece, Donald Trump, sembra avere tutte le intenzioni di promuovere con stoica determinazione l'abolizione della riforma di Obama, essendo stato questo uno dei punti chiave della campagna elettorale del Repubblicano. Pertanto, come si può ben immaginare, se prima l'opinione comune aveva acclamato Obama e la sua riforma, ora sta individuando in Trump una figura che persegue la "disuguaglianza sociale" (come d'altronde si confà ai principi più conservatori connaturati nello spettro politico americano, che difficilmente accettano idee di "uguaglianza" per costruzione) che per interessi economici è disposto a ledere i diritti umani, e soprattutto quelli dei ceti più bassi.

In questo contesto, l'obiettivo dell'elaborato è quello di cercare di spiegare le motivazioni che hanno portato all'attuazione dell'ACA e ai più recenti tentativi di abolizione perseguiti dal partito dei Repubblicani, con un linguaggio quanto più apolitico e neutrale nell'analisi, mostrando in quali casi i nobili valori della giustizia e dell'equità sociale riescono ad andare

di pari passo con le spese a cui sono collegati, e ricordando come, soprattutto nel contesto pubblico, le risorse finanziarie siano il carburante necessario ad attuare qualunque progetto.

Composto da tre capitoli, nel primo l'elaborato cercherà di delineare brevemente la struttura del sistema sanitario americano, mettendo in evidenza i modi in cui lo Stato riesce ad operare in parallelo alle assicurazioni private intervenendo con i suoi programmi; successivamente, verranno mostrate le motivazioni che stanno alla base degli alti costi legati al sistema sanitario.

Nel secondo capitolo si presenteranno i tentativi di riforma dei predecessori di Obama e verranno proposte al lettore delle situazioni di inefficacia e inefficienza che hanno caratterizzato gli Stati Uniti nell'ultimo decennio. Esse evidenziano come fosse percepito come necessario intervenire con una riforma del sistema sanitario giungendo così alla proposta e successivamente all'entrata in vigore dell'ACA, di cui saranno analizzate sia le modifiche attuate nella sanità, sia l'impatto economico previsto ed effettivo.

Infine, nel terzo ed ultimo capitolo si parlerà dell'amministrazione di Donald Trump, dei problemi lasciati in eredità da *Obamacare* e dalle riforme che sono state tentate per cercare di risolverli. Concludendo, verranno evidenziati alcuni scenari possibili per il futuro della sanità americana.

## **CAPITOLO 1.**

### **IL SISTEMA SANITARIO DEGLI STATI UNITI D'AMERICA**

Il sistema sanitario americano è estremamente lontano dalla realtà sanitaria presente in Italia, come anche da molti altri Paesi civilizzati, dove l'accesso alle cure è garantito ad ogni cittadino. Negli Stati Uniti se non si è in possesso di una assicurazione che può coprire le spese non c'è modo con il quale si possa avere accesso alle cure di cui si ha bisogno. Nel 2010, prima dell'entrata in vigore della riforma Obama, erano circa 43 milioni i cittadini americani sprovvisti di una copertura sanitaria; grazie alla riforma il numero è sceso a 28 milioni. Lo scrivente ritiene opportuno iniziare la stesura di questo elaborato descrivendo brevemente qual è la composizione del sistema sanitario statunitense, analizzando, quando opportuno, le cifre che lo caratterizzano, agevolando così la lettura e comprensione delle sezioni seguenti.

#### ***1.1. La sanità privata negli U.S.A.***

Il sistema sanitario nazionale americano è prevalentemente caratterizzato da una componente di tipo privatistico: l'accesso alle cure è subordinato alla stipulazione di un'assicurazione la quale, al fronte del pagamento di un premio periodico, dovrebbe garantire il pagamento delle cure di cui l'assicurato ha bisogno. Volontariamente è stato usato il termine “dovrebbe” dato che nel caso in cui la propria assicurazione non abbia una copertura abbastanza ampia si dovrà, analogamente a chi non ha stipulato un'assicurazione sanitaria, far fronte personalmente a tutte le spese, che spesso e raggiungono somme non accessibili alla maggior parte dei cittadini americani.

Le compagnie assicurative vengono definite *Managed Care Organization*, e da quando sono state istituite negli anni '80 hanno iniziato a ricoprire un importantissimo ruolo nello scenario finanziario americano: sono quotate in borsa e sono dei veri e propri colossi da milioni di clienti.

La maggior parte della popolazione è assicurata grazie ad un'assicurazione privata, nel 60% dei casi fornita direttamente dal proprio datore di lavoro. Tra le assicurazioni private (MCOs) possiamo individuare tre macro categorie:

- 1 *Health Maintenance Organisations (HMOs)*: in questa categoria l'organizzazione indica dei medici candidati come medico di famiglia tra cui scegliere, e permette di rivolgersi solo a delle strutture convenzionate;
- 2 *Point of Service Plan (POS plan)*: anche con questo piano assicurativo viene fornita una scelta per il proprio medico, ed è possibile servirsi sia dei provider dell'organizzazione, sia di soluzioni esterne ad essa, ma solo tramite il medico di famiglia;
- 3 *Preferred Provider Organisations (PPOs)*: categoria più costosa rispetto alle precedenti, che contempla una maggior libertà nella scelta della struttura e del medico di famiglia.

## ***1.2. L'intervento del governo federale nella sanità***

Sono presenti due grandi programmi pubblici in America, sotto il piano della sanità pubblica: *Medicare* e *Medicaid*. Sono stati introdotti per cercare di garantire assistenza sanitaria al più vasto numero di persone possibile, dato che molti cittadini non hanno modo di permettersi un'assicurazione privata. Con la loro introduzione, circa a metà degli anni '60, il numero di non assicurati è diminuito considerevolmente, ma nel 2008 erano ancora circa 50 milioni le persone non assicurate. Questa costituisce indubbiamente una delle motivazioni che ha spinto il legislatore alla proposizione di un nuovo sistema, quale l'*Obamacare*, che verrà ampiamente discusso nel capitolo successivo.

### ***1.2.1. Medicare***

*Medicare* è un programma del governo federale degli Stati Uniti che ha come obiettivo quello di garantire la copertura sanitaria a quelle persone che rientrano in una fascia meno protetta della popolazione, oppure che sono ad alto rischio sanitario e incapaci di pagarsi un'assicurazione privata.

Questo programma viene dunque esteso a:

- Tutti i cittadini americani con almeno 65 anni che hanno pagato per 10 anni le quote di contributo al programma;
- I cittadini under-65 portatori di disabilità;
- I cittadini affetti da malattie renali terminali;
- I cittadini affetti da Sclerosi laterale amiotrofica (SLA);



Il programma viene erogato in quattro parti:

*Medicare* parte A è la parte del programma che contribuisce al pagamento delle spese per la degenza in ospedale o in una struttura riabilitativa (dopo la dimissione dall'ospedale). Gli assistiti hanno la possibilità di scegliere il medico e/o la struttura a cui affidarsi. La Parte A paga anche alcune spese per l'assistenza domiciliare e in una struttura per malati terminali. I providers vengono direttamente pagati da *Medicare*.

*Medicare* parte B prevede invece un premio mensile di circa 100 dollari; è un programma volontario e supplementare aperto a tutti i beneficiari della parte A. Concorre alla paga delle parcelle dei medici e di altri operatori sanitari, l'assistenza ambulatoriale, l'assistenza domiciliare, le apparecchiature mediche durevoli e al pagamento di servizi di prevenzione come le vaccinazioni.

Le parti C e D invece agiscono passando per una assicurazione privata, dove gli iscritti a *Medicare* stipulano un'assicurazione con una agenzia privata ed è il programma federale a versare la quota mensile: in questo modo i cittadini beneficiano del piano originale con la possibilità di ricevere prestazioni a condizioni vantaggiose. *Medicare* parte C si occupa dell'erogazione dei servizi A e B, mentre *Medicare* parte D è un'assicurazione facoltativa che copre le prescrizioni farmaceutiche totalmente o in parte.

I finanziamenti per questo programma provengono per la maggior parte dai contributi obbligatori delle imprese e dei dipendenti; le altre fonti sono la fiscalità generale, le polizze pagate dai beneficiari e la partecipazione alla spesa dei pazienti.

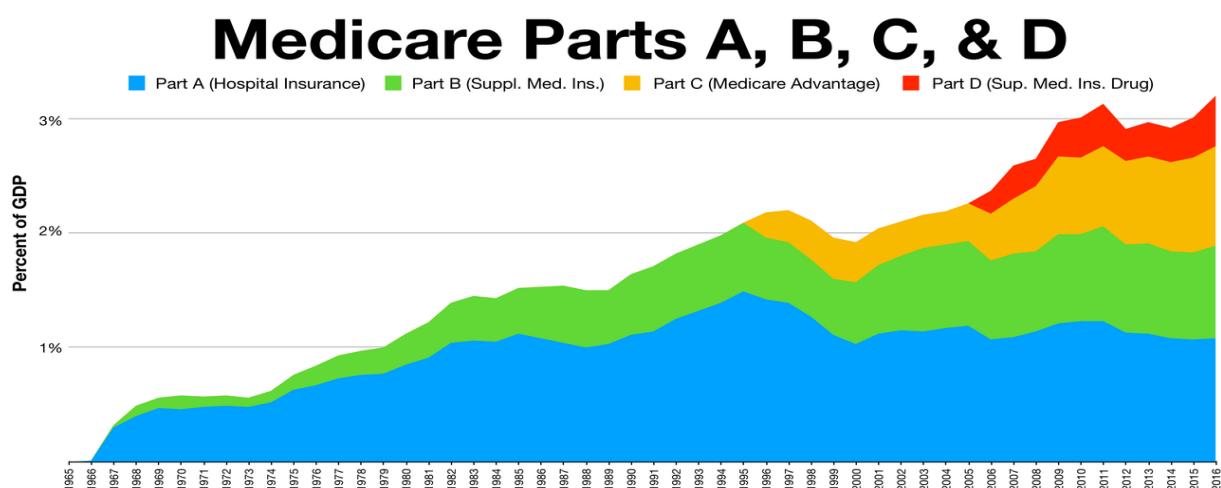


Figura 1: L'impatto di Medicare sul Pil Statunitense

La *Figura 1*, oltre a renderci consapevoli dell'evoluzione nel tempo della composizione di *Medicare*, ci illustra il suo impatto nel Pil nazionale. Negli ultimi anni precedenti alla riforma di Barack Obama l'impatto era intorno a 432 miliardi di dollari, ovvero il 2,8% del Pil.

### 1.2.2. *Medicaid*

*Medicaid* è il secondo programma con cui il governo federale assiste i suoi cittadini in ambito di sanità. A differenza di *Medicare*, *Medicaid* non è del tutto federale. Per quanto riguarda *Medicare*, che invece lo è totalmente, i programmi di accesso sono i medesimi in tutto il territorio degli U.S.A., mentre i criteri per avere accesso a *Medicaid* cambiano da Stato a Stato in quanto ognuno di essi ha autonomia propria nella definizione di questi criteri. Essendo *Medicaid* un programma in parte statale e in parte federale, viene definito come programma misto.

Come organo di identificazione di tali criteri è stato istituito il *Centers for Medicare and Medicaid Service (CMS)*, organo federale che si occupa dell'amministrazione del programma *Medicare* che, inoltre, collabora con ogni singolo Stato per controllare l'erogazione e la qualità dei servizi *Medicaid* offerti. Sono stati infatti stipulati dei servizi che devono essere obbligatoriamente offerti attraverso *Medicaid*, e altri invece che sono erogabili a discrezione dei singoli Stati.

Gli scopi di *Medicaid* sono riassumibili in due principali punti: il primo è quello di garantire assistenza alle fasce di popolazione con un reddito basso, e quindi incapaci di pagare una assistenza privata; il secondo invece è quello di intervenire in caso di urgenti e notevoli casi specifici, come ad esempio durante un'emergenza o una calamità naturale. Questo programma è intervenuto ad esempio durante l'attentato dell'11 settembre 2001 e dopo l'uragano Katrina.

Fra i servizi obbligatoriamente coperti da *Medicaid* troviamo:

- Vaccinazioni;
- Esami di laboratorio (come esami del sangue e delle urine);
- Esami diagnostici (come gli esami radiografici);
- Visite mediche presso lo studio;
- Struttura di assistenza specializzata;
- Cure ospedaliere;
- Assistenza domiciliare.

Fra quelli a discrezione degli stati troviamo ad esempio:

- Assistenza farmaceutica;
- Assistenza riabilitativa;
- Servizi di oncologia;
- Servizi odontoiatrici.

L'impatto economico che *Medicaid* aveva prima della riforma Obama era di circa 330 miliardi di dollari annui, di cui circa un 40% a carico del governo dei singoli stati e il restante 60% a carico del governo federale degli Stati Uniti.

I costi inizialmente vengono sostenuti totalmente dai singoli Stati, ma vengono poi in parte rimborsati dal governo federale basandosi sulla *Federal Medical Assistance Percentage*, ovvero una percentuale di rimborso che viene determinata annualmente sulla base del reddito pro-capite dei cittadini del singolo Stato: secondo questo sistema, gli Stati più in difficoltà economica sono soggetti ad un'aliquota maggiore rispetto a quelli più ricchi, ma per legge la *FMAP* garantisce, in ogni caso, un rimborso compreso tra il 50% e l'83% della spesa sostenuta.

### 1.3. I costi del sistema sanitario americano

Fra i sistemi sanitari dei Paesi industrializzati quello degli Stati Uniti d'America è quello che registra la più alta spesa al mondo, sia considerando la percentuale del Pil statunitense sia considerando la spesa pro-capite dei cittadini.

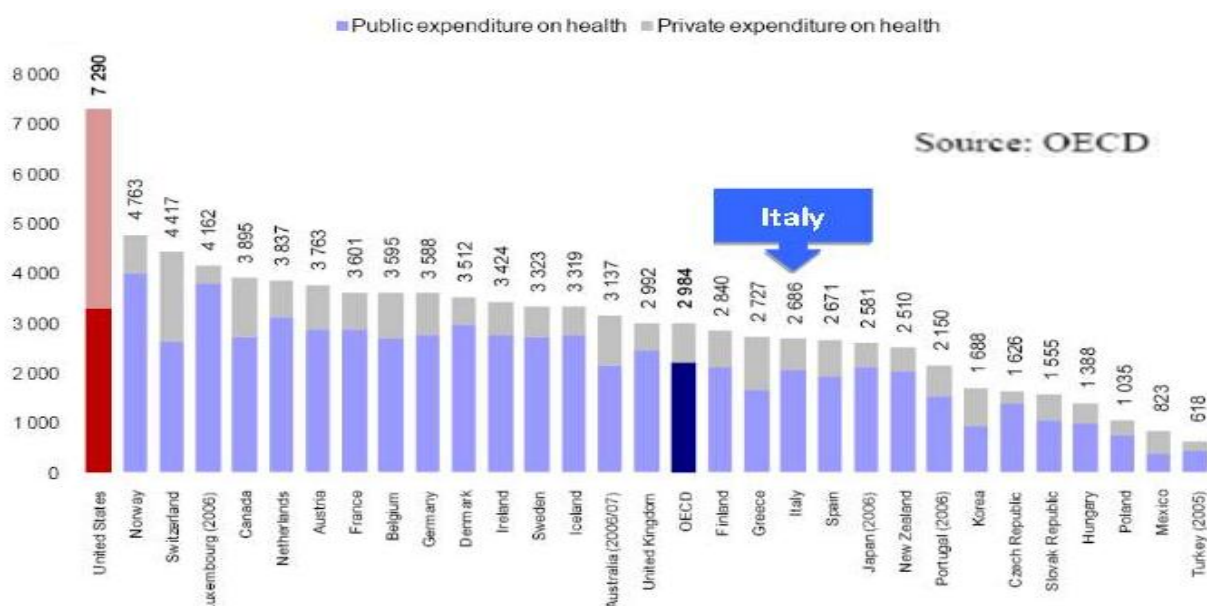


Figura 2: Spesa sanitaria pro-capite, pubblica e privata. Paesi OCSE 2009

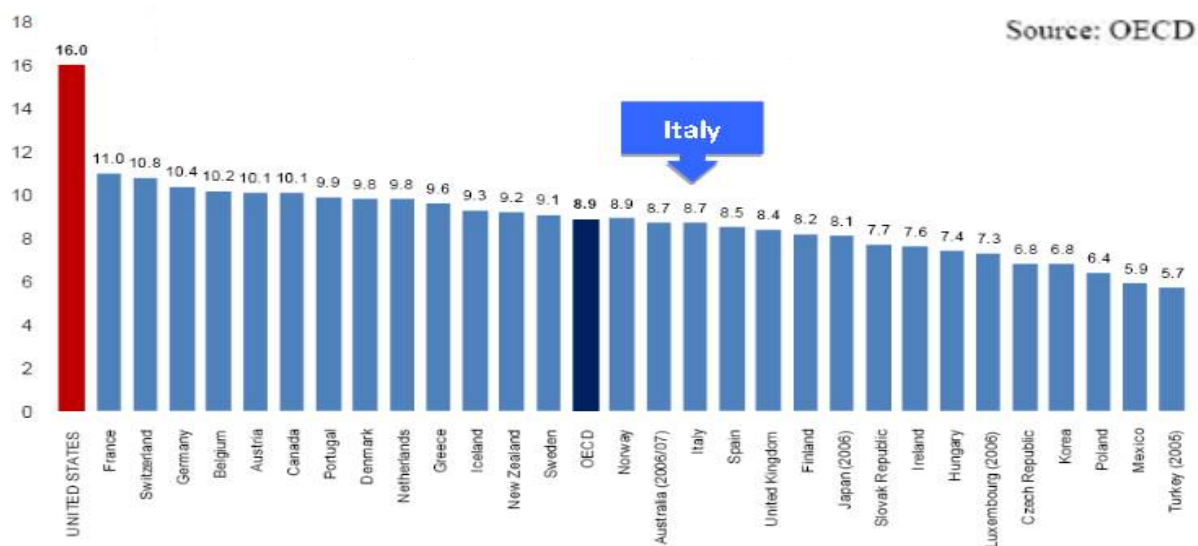


Figura 3: Spesa sanitaria in percentuale del Pil. Paesi OCSE 2009

Confrontando le *Figure 2 e 3*, le quali raffigurano la spesa per la sanità precedenti alla riforma Obama, con la *Figura 4* (JAMA, 2018), rappresentante la spesa successiva alla riforma, notiamo come vi sia un aumento in entrambe le categorie: la spesa pro-capite e la spesa in percentuale al PIL.

Total spending on health, % of total national GDP	US 17.8	CHE 12.4	Sweden 11.9	Germany 11.3	France 11	Japan 10.9	Denmark 10.8	NLD 10.5	Canada 10.3	UK 9.7	Australia 9.6
Public spending on health, % of total national GDP	Sweden 10	NLD 9.5	Denmark 9.2	Germany 8.7	France 8.7	Japan 8.6	US 8.3	CHE 7.7	UK 7.6	Canada 7.4	Australia 6.3
Mean spending on health per capita, US \$	US 9403	Sweden 6808	CHE 6787	Denmark 6463	NLD 5202	Germany 5182	Canada 4641	Australia 4357	Japan 3727	France 3661	UK 3377

Figura 4: Spesa sanitaria come % del Pil e pro-capite, 2015.

Il sistema sanitario degli Stati Uniti è quello che registra i più alti costi fra tutti i Paesi industrializzati e paradossalmente è anche quello caratterizzato dalle peggiori performance in quanto a qualità dei servizi sanitari offerti.

Le motivazioni che vanno a spiegare il perché di queste cifre così alte sono di natura sia economica che strutturale, sia sociale che culturale.

### 1.3.1. L'asimmetria informativa

Una prima causa degli elevati costi del sistema sanitario americano risiede nel fatto che non vi sia perfetta condivisione delle informazioni fra assicurato e assicuratore. L'*asimmetria informativa* ha come conseguenza il verificarsi di *selezione avversa* e *azzardo morale*.

La *selezione avversa* si verifica quando la compagnia assicurativa non è in grado di distinguere le diverse classi a rischio fra i cittadini, e quindi fissa un premio medio per tutti gli utenti. In questa situazione i soggetti a basso rischio non trovano conveniente assicurarsi, perché la somma che dovrebbero pagare è molto alta relazionata al loro rischio di non essere in salute. Dunque, questi individui non sottoscriveranno l'assicurazione.

Viceversa, per i soggetti ad alto rischio il premio medio è altamente conveniente, e troveranno vantaggioso stipulare il contratto d'assicurazione. Dunque, se gli assicurati sono solo gli individui ad alto rischio i costi per l'assicurazione aumenteranno, e inevitabilmente questo condurrà ad un ulteriore incremento dei premi.

L'*azzardo morale* si verifica quando l'assicuratore non può controllare il comportamento degli assicurati una volta che essi hanno stipulato il contratto, e il fatto di avere una assicurazione sanitaria può indurre l'individuo a ridurre le attività di prevenzione, aumentando i rischi e i costi per la compagnia.

L'*asimmetria informativa* è dunque una minaccia per le compagnie assicurative; non a caso quindi quest'ultime, principalmente negli Stati Uniti, tentano di ottenere quante più informazioni possibili prima della stipula di un contratto.

Spesso però le assicurazioni ricorrono ad un procedimento denominato come *risk selection*: una pratica che consente di incentivare solo gli individui a basso rischio a stipulare le loro polizze fornendo nei contratti ad esempio un numero limitato di visite specialistiche, o escludendo determinati tipi di farmaci comunemente richiesti da individui ad alto rischio, i quali costringerebbero l'organizzazione a incorrere in spese molto elevate. Alcune compagnie ricorrono a scelte al limite della legalità rifiutandosi di assicurare individui con situazioni di malattia pre-esistenti, oppure rifiutando il rinnovo dell'assicurazione ad una persona già malata, o ancora imponendo limiti all'età.

Con la riforma attuata, l'ex Presidente Obama ha imposto un divieto alle compagnie di assicurazione privata di non stipulare un contratto per condizioni pre-esistenti.

### 1.3.2. *Il costo dei medici*

Il guadagno dei lavoratori autonomi e dei lavoratori dipendenti non si distingue molto, in America, da quello degli altri Paesi sviluppati. Non si può affermare lo stesso invece per quanto riguarda i professionisti e i medici, la cui differenza fra States e resto del mondo è a dir poco rilevante. Citando anche gli alti costi amministrativi e burocratici, troviamo dunque un'ulteriore motivazione della spesa così elevata della sanità negli Stati Uniti: il costo del personale medico. Di media un medico negli U.S.A. si trova a guadagnare circa 260.000 dollari l'anno, contro ad esempio i 75.000 dollari (circa 65.000 euro) guadagnati in media da un medico in Italia.

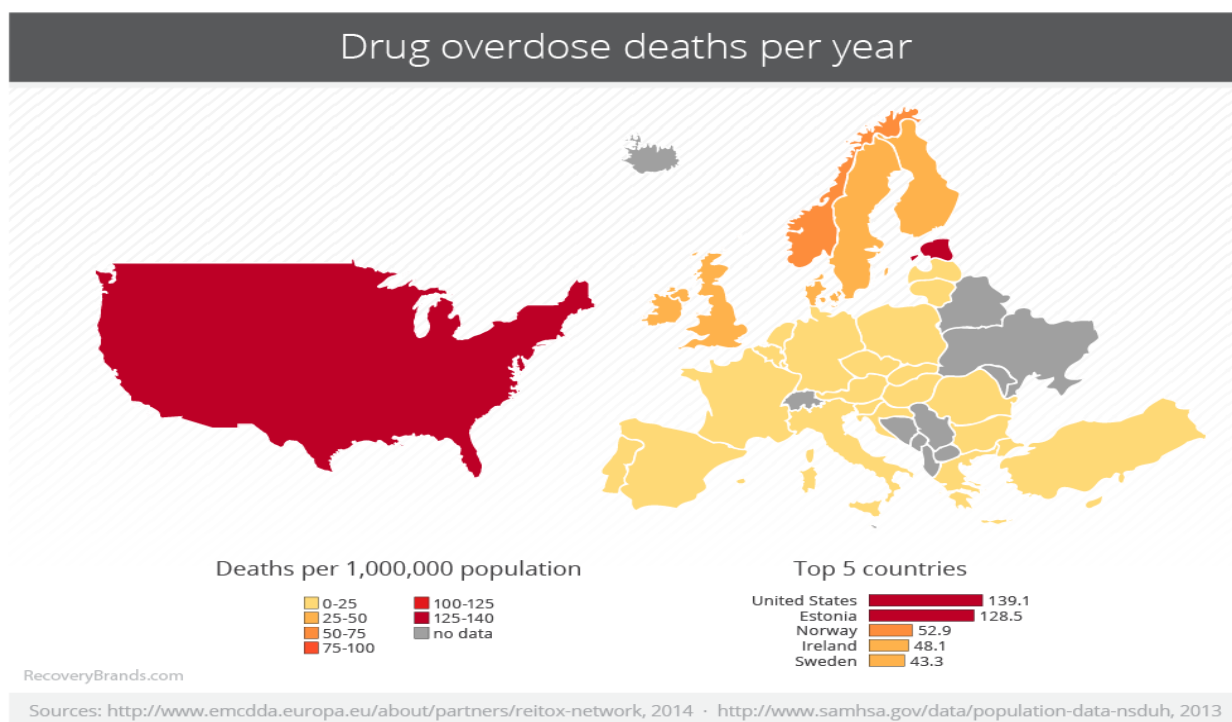
L'economista Dean Baker, uno dei fondatori del *Center for Economic and Policy Research* di Washington, D.C., ha definito la medicina in America come un "cartello" (cioè un'istituzione dove i fornitori di un bene hanno il totale controllo sulla fornitura), situazione che può permettere un maggiore controllo sulla qualità dell'offerta ma anche un grande controllo sui prezzi. L'affermazione dell'economista viene avvalorata dalla presenza, negli Stati Uniti, del cosiddetto *Accreditation Council for Graduate Medical Education*, ovvero un'organizzazione gestita da medici che ha il potere di decidere da un lato il numero di posti per l'accesso alle lauree in medicina, e dall'altro il numero di medici tirocinanti nel territorio, eseguendo così un controllo legale sull'offerta di personale medico. Ne consegue che i medici hanno la possibilità di chiedere compensi più alti per le loro prestazioni visto il controllo sulla concorrenza.

Per fare dunque fronte alle alte spese che si troveranno ad affrontare, le assicurazioni chiederanno premi più elevati ai loro iscritti, in funzione anche del salario dei medici. La stima, stando sempre allo studio di Dean Baker, è che ogni cittadino partecipa al contributo per il salario dei medici per 700 dollari all'anno. Baker la definisce come una *tassa dei medici*, che grava sui cittadini statunitensi.

### 1.3.3. *Lo stile di vita americano*

Un'ulteriore causa dei costi così elevati del sistema sanitario americano, questa volta non di natura economica, ma piuttosto socio-culturale, è lo stile di vita adottato da molti cittadini degli Stati Uniti. Le stime sulle percentuali delle persone in stato di obesità sul totale della popolazione, qui di seguito riportate, inducono a pensare (e non a torto) che siano molti gli individui ad avere necessità di cure ed interventi medici, e con frequenza più elevata rispetto ad altri Paesi industrializzati. Gli U.S.A. sono il terzo paese al mondo con la più alta percentuale di persone che soffrono di obesità: secondo la classifica dell'OMS il 66,7% della popolazione

è in sovrappeso, e circa il 35% soffre di obesità. In aggiunta, negli Stati Uniti è preoccupante anche la percentuale di ricorso inappropriato ai farmaci e di dipendenza da sostanze illecite, entrambe ben più alte degli altri Paesi OCSE; in particolare l'uso di oppioidi ogni mille abitanti è più alto al mondo con 61 utilizzatori ogni mille abitanti; al secondo posto troviamo la Repubblica Ceca con 27. Gli Stati Uniti sono anche il Paese dove si registra il livello più alto di morte per overdose causata dall'utilizzo improprio di sostanze illecite.



*Figura 5: Morte all'anno per overdose*

## CAPITOLO 2.

### LA RIFORMA SANITARIA DI BARACK OBAMA

L'ACA presentato da Obama non aveva l'obiettivo di abbattere e ricostruire il sistema sanitario americano, ma si poneva degli obiettivi che una volta raggiunti avrebbero avvicinato gli Stati Uniti agli altri Paesi civilizzati (dal punto di vista sanitario) e ridotto l'inefficienza data dallo spreco di risorse.

La sanità americana infatti, dopo l'entrata in vigore di *Obamacare* avvenuta il 23 marzo del 2010, ha continuato e continua tutt'ora ad essere fondata sull'assicurazione privata più che su quella pubblica, ma con sostanziali differenze rispetto a com'era in precedenza.

#### *2.1. I tentativi di riforma dei precedenti Presidenti degli Stati Uniti*

Quella voluta da Obama è sicuramente la più importante riforma sanitaria della storia del sistema sanitario degli Stati Uniti, ma non è certamente la prima ad essere stata proposta. Per oltre un secolo molti dei vari Presidenti che si sono succeduti alla Casa Bianca hanno provato a riformare il sistema cercando di renderlo più “*socialized*”, ma di fatto senza riuscirci.

La causa dei fallimenti è spesso riconducibile all'opposizione eseguita dall'AMA (*American Medical Association*) fondata nel 1847 durante la presidenza di James Knox Polk. Essa puntava a mantenere uno Stato liberale, il quale non avrebbe dovuto intervenire nell'assistenza sanitaria.

Theodore Roosevelt nel 1912 fu il primo a proporre l'idea dell'assistenza sanitaria universale e obbligatoria sul modello introdotto in Germania nel 1883, il cosiddetto *Modello Bismark*, che prevedeva l'assicurazione obbligatoria contro le malattie, contro gli infortuni sul lavoro, ed infine una legge sull'invalidità e la vecchiaia. Con l'opposizione dell'AMA solo una parte delle proposte di Roosevelt riuscì a passare: ovvero, il *Social Security Act* contenente le leggi sull'idoneità di disoccupazione e le pensioni di vecchiaia.

Il successivo Presidente che provò a rendere la sanità universale fu Harry Truman, nel 1949; il suo progetto prevedeva che con soli 3 centesimi di dollaro a settimana per cittadino americano sarebbe stato possibile mantenere medici di famiglia, personale infermieristico, nutrizionisti e dipartimenti della salute regionali; ma anche allora l'opposizione dell'AMA si fece sentire, e la proposta non fu promossa.



Il primo Presidente ad aver avuto successo fu Lyndon B. Johnson, conosciuto come "il Presidente dei diritti civili", della "guerra alla povertà" e della cosiddetta *Great Society* (grande società). Il miglioramento delle condizioni di vita delle fasce di popolazioni più deboli ed emarginate degli Stati Uniti era alla base del suo programma, e fu proprio sotto la sua presidenza che vennero istituiti i programmi *Medicaid* e *Medicare*.

Johnson riuscì, in definitiva, a concludere ciò che il suo predecessore John Fitzgerald Kennedy aveva iniziato.

Sotto la presidenza Clinton, l'*Health Security Act* fu l'ultimo tentativo, prima della presidenza di Barack Obama, di rendere la copertura sanitaria degli Stati Uniti universale, almeno per quello che riguardava una serie di servizi essenziali. Esso venne presentato al Congresso nel settembre 1993.

L'*Health Security Act* prevedeva inoltre che in ogni Stato venisse costituita un'agenzia per l'acquisto dei servizi sanitari: il loro insieme venne denominato *Health Alliance*. Queste, contrattando con le *HMOs*, avrebbero fornito i piani di assistenza per la popolazione.

L'impatto sull'opinione pubblica fu inizialmente estremamente favorevole, ma una rigorosa opposizione da parte dei conservatori, dell'AMA e delle compagnie assicurative ne hanno impedito la realizzazione, avvalendosi di una campagna mediatica da 300 milioni di dollari tramite stampa e televisione.

## **2.2. Dati sulla qualità della sanità americana**

Come anticipato sopra, l'ingente spesa degli States sotto la voce sanità non si rispecchia in un altrettanto elevata qualità dell'offerta del sistema sanitario nazionale. Infatti, secondo i dati forniti dall'OCSE, nel 2006 gli Stati Uniti hanno speso 7.290 dollari *pro capite* per l'assistenza sanitaria, contro ad esempio i 2.686 dell'Italia. Il personale impiegato nell'assistenza sanitaria e sociale è pari al 12,5% del totale dei lavoratori, dove la media OCSE è del 9,9%. Negli Stati Uniti si fanno mediamente più del doppio delle risonanze magnetiche o delle TAC della media OCSE. Nonostante ciò, l'aspettativa di vita media alla nascita non solo è inferiore alla media OCSE, ma è addirittura inferiore a quella di Paesi come la Corea del Sud. La mortalità infantile registrata nel 2007 era del 6,7 per mille, contro la media OCSE del 3,9 per mille. Un altro dato rilevante è quello dei bambini nati con problemi di peso: l'8,3% dei bambini statunitensi nasce sotto peso, a confronto del 6,8% della media OCSE, sempre nel 2006.

Essendo passato quasi un decennio dall'entrata in vigore dell'*Obamacare* è possibile osservare i dati sulle performance sanitarie raccolti in questo periodo e confrontarli con quelli

appena citati. Oltre alle analisi sul raggiungimento degli obiettivi prefissati dalla riforma, che vedremo in seguito, si cita che il tasso di mortalità infantile si è ridotto dallo 6,7 per mille nel 2010 al 6 per mille nel 2017.

### ***2.3. Perché era necessaria una riforma del sistema sanitario negli Stati Uniti***

Ci sono alcuni fattori chiave, riassunti qui di seguito, che data la loro criticità evidenziano la necessità di riformare il SSA:

- Se fosse un Paese, il sistema sanitario degli Stati Uniti sarebbe la sesta economia più grande del pianeta;
- La crescita della spesa media a persona negli States per un'assistenza sanitaria è stata enorme. Essa è passata da essere di 147 dollari nel 1960 ad essere di 9.523 dollari nel 2014;
- Il governo, date le inefficienze proprie e connaturate nel suo sistema di funzionamento, non è in grado di regolare in maniera consistente il costo dell'assistenza sanitaria;
- Uno studio dell'*American Journal of Medicine* del 2007 ha mostrato che nel 62% dei casi di fallimenti personali fossero correlati a spese mediche. Il 78% di questi erano causati da lacune nelle coperture dei soggetti. In molti si sono trovati a perdere il lavoro e dunque la loro assicurazione sanitaria a causa dell'insorgenza di gravi situazioni di salute. Questo studio non considerava altri debiti al momento del fallimento;
- Il tasso di aumento dei costi dei premi dell'assicurazione sanitaria sta registrando un aumento vertiginoso. Nonostante l'ACA questo fenomeno non si è arrestato;
- Nel 2008, oltre venticinque aziende hanno registrato più di un miliardo di profitto grazie alla prescrizione di farmaci, per la quale nel 2014 sono stati spesi quasi 300 miliardi di dollari americani.

### ***2.4. I pilastri e i successi della riforma Obama***

Fin dal primo momento in cui è stato proposto, *Obamacare* ha dovuto scontrarsi con le forti ostilità e l'acceso ostruzionismo nei propri confronti da parte degli Stati a maggioranza Repubblicana; arrivò ad essere due volte presentato davanti alla Corte Suprema Americana, ma ottenne in entrambi i casi un respingimento.

Quello di rendere la sanità accessibile a più cittadini possibile era l'obiettivo principale della riforma, ed è stato sicuramente il suo più grande successo, dato che grazie ad essa sono stati circa 15 milioni i nuovi cittadini ad averne finalmente ottenuto l'accesso.

Oltre ad altri obiettivi sostantivi, come il principale, atti a rendere più vasta e qualitativa la copertura sanitaria, l'ACA si poneva anche degli obiettivi sistemici per innovare la governante sanitaria.

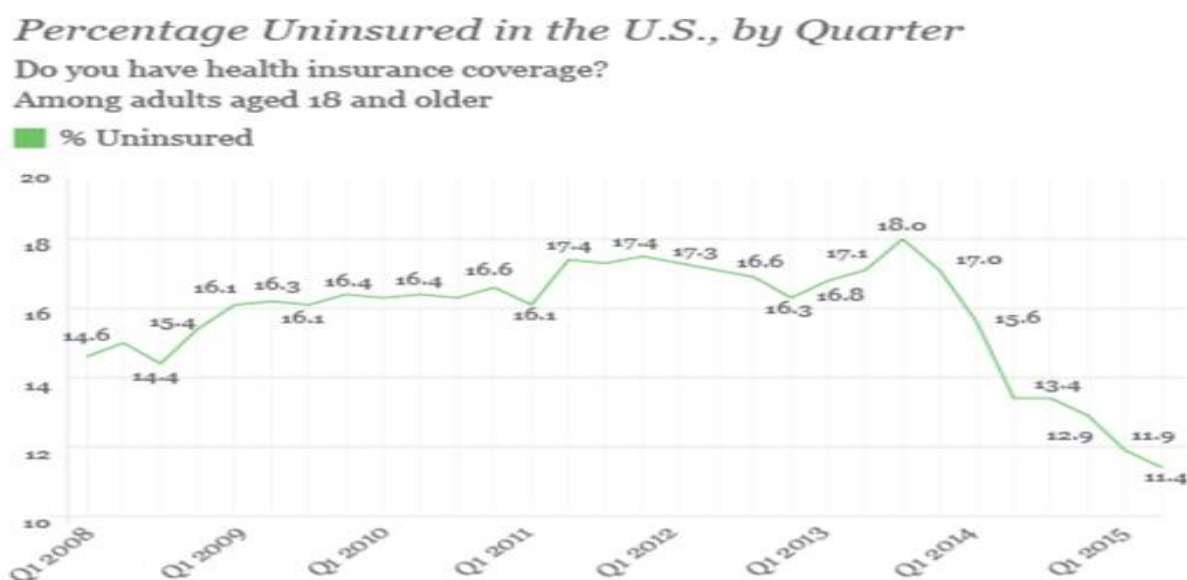


Figura 6: Percentuale di cittadini con almeno 18 anni non assicurati per trimestre.

#### 2.4.1. L'accesso alle cure

L'accessibilità alle cure si manifesta su tre dimensioni:

L'*accesso fisico*, cioè la possibilità di raggiungere il luogo dove ricevere la prestazione sanitaria di cui si necessita in un tempo ragionevole per la propria esigenza, con orari di apertura e sistemi di prenotazione che permettano di ottenere il servizio quando effettivamente necessario.

La *sostenibilità finanziaria*, che comprende le eventuali difficoltà economiche che insorgono nel pagare la prestazione sanitaria di cui si ha usufruito o si ha necessità di usufruire, prendendo anche in considerazione, oltre al prezzo della prestazione, anche il costo indiretto ed il costo opportunità, come ad esempio le spese per raggiungere il punto di cura o il tempo sottratto al lavoro.

L'*accettabilità*, ossia la volontà del soggetto di ottenere quel determinato servizio sanitario di cui necessita; è da ritenersi bassa quando il paziente percepisce come inefficace un servizio o qualora fattori diversi lo scoraggino dall'usufruire di quella determinata prestazione sanitaria.

L'*Affordable Care Act* ha istituito quattro meccanismi per raggiungere una maggior accessibilità al sistema sanitario nazionale.

Il primo è stato la creazione di un mercato online di polizze assicurative: *l'health insurance marketplace*. Sono circa 12 milioni gli americani che fino ad oggi hanno usato questo portale online; qui le famiglie con redditi annuali inferiori a 90 mila dollari hanno la possibilità di ottenere detrazioni fiscali crescenti al diminuire del loro reddito.

Il secondo meccanismo è stata l'espansione di *Medicaid* a tutte le famiglie a basso reddito: la soglia per una famiglia di 4 persone è stata fissata a 28.000 dollari, con un relativo aumento dei fondi federali per questo programma.

Questo, insieme ad altri due meccanismi che sono stati rispettivamente la possibilità di mantenere la polizza dei genitori fino a 26 anni e il divieto imposto alle assicurazioni di negare l'acquisto di una polizza persone in situazione di malattia preesistente, ha permesso che il numero di cittadini non assicurati diminuisse di circa 11 milioni.

Sono anche state introdotte delle meccaniche per le imprese, le quali se hanno almeno 50 dipendenti avranno l'obbligo di assicurare i loro dipendenti, pena una multa per ogni dipendente fuori copertura. Affinché questa misura fosse più sostenibile sono state anche previste delle agevolazioni fiscali alle piccole imprese che assicurano i propri dipendenti.

#### 2.4.2. *Il miglioramento dei servizi*

Per alzare il livello qualitativo della sanità offerta furono introdotti incentivi per ridurre i casi di re-ammissione in ospedale per cause acquisite durante il ricovero o nel breve tempo successivo, e come si può vedere nella *Figura 7* (NCBI 2015) la manovra ha avuto successo visto che in generale i casi di condizioni acquisite nel ricovero si sono ridotti del 17% dal 2010 al 2013.

Al fine di supportare il paziente del servizio post-ospedaliero, promuovendo così l'integrazione e la coordinazione fra il territorio e il servizio ospedaliero, sono state istituite le *Accountable Care Organizations*, organizzazioni rivolte ai pazienti iscritti a *Medicare*.

Sono stati inoltre istituiti con l'ACA una varietà di programmi per migliorare l'offerta delle cure primarie. Tra questi il principale è il *Comprehensive Primary Care Initiative*, che ha come fondamenti la gestione innovativa delle malattie croniche e l'accesso facilitato alle cure primarie.

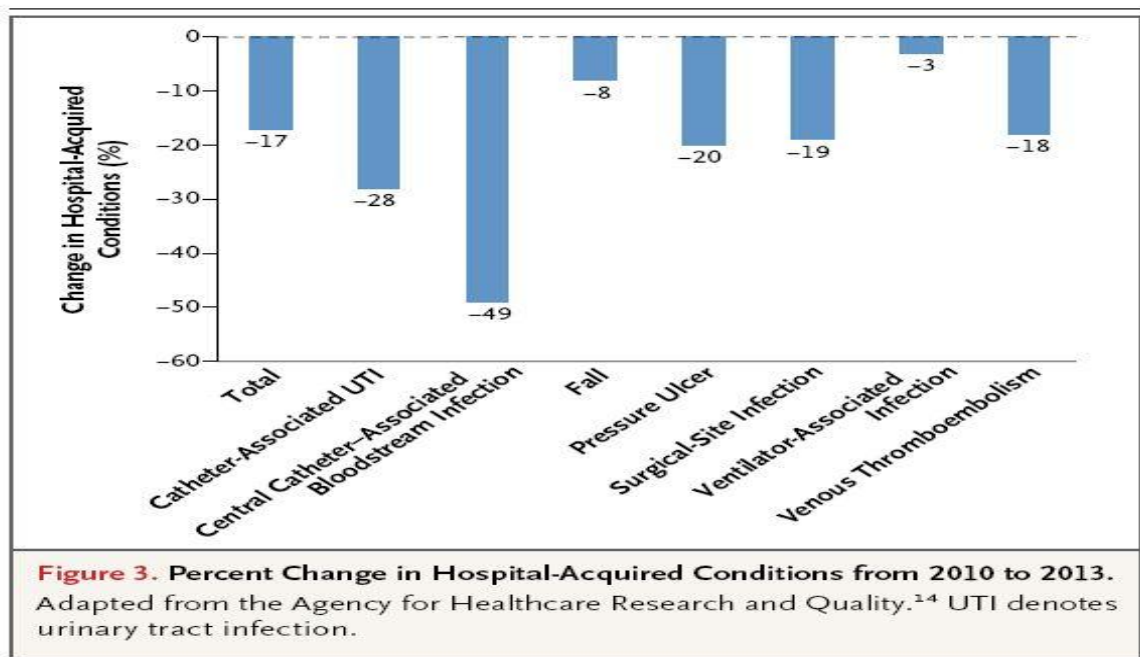


Figura7: Percentuale di riduzione delle condizioni acquisite in ospedale. 2010-2013.

#### 2.4.3. La riduzione dei costi della sanità

La manovra si era posta come obiettivo quello di estinguere gli sprechi della sanità, e in particolare quelli causati dalla burocrazia, dalla duplicazione di procedure cliniche e analisi e dall'eccessivo ricorso dei medici alla medicina difensiva.

Come abbiamo visto nel capitolo precedente, dal 2009 al 2015 si è assistito ad un incremento della spesa sanitaria USA, sia pro-capite che in percentuale al PIL, ma a differenza dell'aumento annuo del 5,6% registrato dal 2000 al 2009, in questo periodo l'aumento è stato "solamente" del 3,2%. Non tutto il successo del contenimento della spesa è attribuito alla riforma; molte fonti sostengono in parte derivi anche dalla forte recessione iniziata con la crisi dei *subprime* del 2008.

Come abbiamo potuto vedere la riforma è intervenuta con gradualità non alterando in maniera eccessiva il modo di essere del sistema sanitario americano, che resta ancora fortemente centrato sull'assicurazione sanitaria e sui servizi che essa prevede. I cambiamenti effettuati hanno lo scopo di salvaguardare la popolazione americana, sia da un punto di vista sanitario sia da un punto di vista finanziario. Con questo sistema, l'assicurazione sanitaria è resa più accessibile offrendo sgravi fiscali alla classe media, la più numerosa nel paese, riducendo i costi delle polizze sanitarie per svariati milioni di famiglie.

## 2.5. L'impatto e gli obiettivi economici

Quali fossero le risorse da utilizzare per sostenere l'*Affordable Care Act* è stato senza dubbio il primo e più pesante problema affrontato dal legislatore; infatti già nel 2007 fu stanziato dal Parlamento americano un fondo di 1 miliardo di dollari per la ricerca in questo ambito.

Le prime stime informavano che nel decennio 2010-2019 sarebbero stati necessari circa 1.000 miliardi di dollari per sostenere la riforma, ma che in cambio la situazione finale avrebbe visto il 95% dei cittadini assicurati, con un definitivo aumento degli assicurati rispetto al 2010 di 32 milioni. Il 5 % della popolazione sarebbe rimasta ancora senza copertura sanitaria, pari circa a 22 milioni di persone.

Obiettivo che Obama si è posto nel lungo periodo è quello di eliminare gradualmente il deficit dello stato federale. Stando ad una prima analisi del CBO, la riduzione entro il 2020 dovrebbe essere di circa 138 miliardi di dollari.

Secondo però Douglas W. Elmendorf, direttore del *Congressional Budget Office* sino a marzo 2015, questa stima incorpora alcune manomissioni contabili, le quali avrebbero storpiato quello che sarebbe il reale impatto economico di *Obamacare*; secondo Elmendorf, nonostante le stime sino al 2020 siano positive, gli effetti sino al 2050 potrebbero essere estremamente negativi. Nella sua dichiarazione, Elmendorf sostiene che il debito federale continuerà a crescere più velocemente dell'economia americana nel lungo periodo, e che l'aumento dei costi federali insieme all'invecchiamento della popolazione porteranno un aumento del debito in ogni scenario plausibile date le attuali leggi.

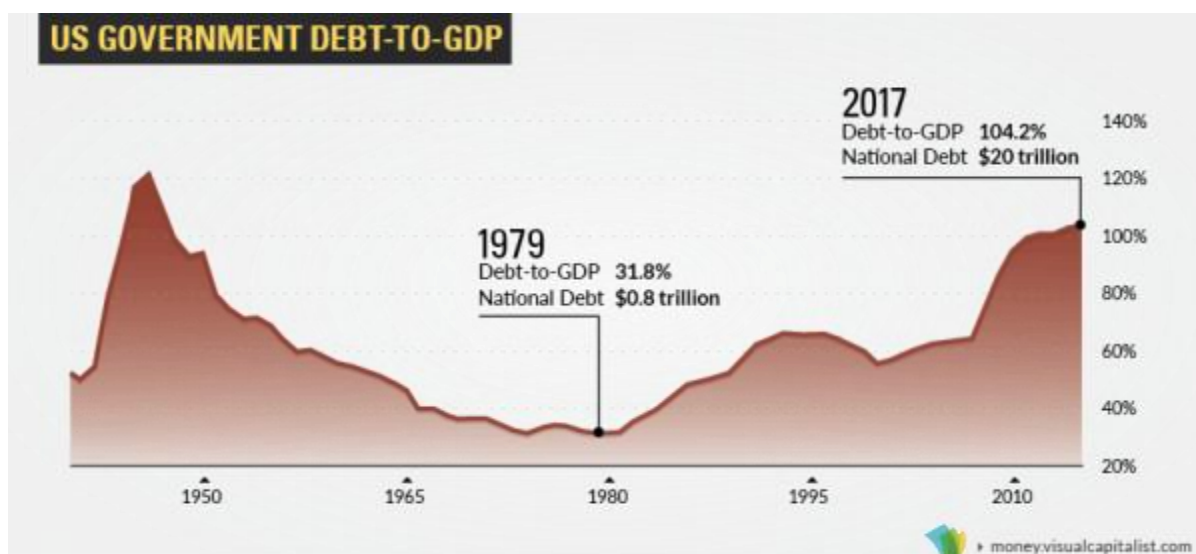


Figura 8: La crescita del debito americano

Alla luce del tempo trascorso, la realtà dei fatti è più vicina a quella proposta da Elmendorf: infatti il debito pubblico americano ha raggiunto la cifra di 19.976 miliardi di dollari, a un soffio da quota 20.000 miliardi (dati 2016). E da quando il Presidente Barack Obama ha ottenuto la carica (gennaio 2009), la crescita è stata di 9.370 miliardi, facendo diventare così Obama il Presidente che più ha contribuito alla crescita del debito pubblico americano nella storia degli Stati Uniti d'America.

## CAPITOLO 3.

# LA PRESIDENZA DI DONALD J. TRUMP E I TENTATIVI DI ABOLIZIONE DELL'ACA

Sin dall'inizio della sua campagna elettorale l'attuale Presidente degli Stati Uniti d'America ha fatto della riforma alla sanità uno dei suoi cavalli di battaglia.

Oltre alle grandi modifiche in ambito di politica estera, politica interna, immigrazione, ambiente ed economia, Donald Trump aveva come obiettivo quello di abolire l'*Obamacare*; allo stato attuale, invece, sembra che le intenzioni siano virate sul mantenerne delle parti e modificarne solo certe altre.

Ma per quali motivazioni Trump vorrebbe abolire o modificare una riforma che ha garantito una copertura sanitaria a svariate famiglie americane che non erano in grado di potersela permettere?

### *3.1. I problemi dell'Obamacare*

È innegabile che l'*Obamacare* abbia lasciato in eredità un certo numero di problematiche, sia per i singoli Stati federali, sotto un punto di vista economico, sia per le compagnie assicurative private presenti nel mercato. Infatti, anche la contendente nella corsa alla Casa Bianca, Hilary Clinton, aveva incluso nel proprio programma elettorale l'obiettivo di risolvere alcune delle criticità causate dalla riforma dell'ex Presidente Obama agendo però in maniera molto lontana dalla politica scelta da Trump; la sua proposta era di creare in generale maggiore concorrenza tra lo Stato e gli assicuratori privati istituendo una *public option*, ovvero un assicuratore statale in grado di confezionare polizze più controllate.

L'attuale Presidente nel suo programma prometteva di chiedere già nel suo primo giorno di mandato l'abolizione della riforma di Obama. Intendeva aumentare la competizione fra le compagnie assicurative, ampliando la loro portata a livello di vendite a tutto il territorio U.S.A. e non solo ad un singolo Stato, causando così una diminuzione del prezzo delle polizze sanitarie e rendendole al contempo deducibili dalle tasse e accessibili anche alle fasce di popolazione con redditi bassi.



### *3.1.1. L'incostituzionalità*

Uno dei primi problemi che vennero riscontrati, al momento dell'entrata in vigore della manovra, fu quello dell'eventuale incostituzionalità della riforma; questa tesi si concentrava particolarmente sull'*individual mandate*, la norma che obbligava ogni cittadino ad acquistare un'assicurazione sanitaria, pena il pagamento di una multa; l'obbligo di acquisto imposto dal governo U.S.A. ai cittadini veniva ritenuto, dagli esponenti Repubblicani, di natura incostituzionale.

La Corte Suprema americana nel 2012 ha invece confermato il contenuto della legge, convertendo però la multa in un pagamento di una tassa. La Corte ha invece bocciato una norma che prevedeva il taglio dei fondi da parte del governo federale per il programma *Medicaid* agli Stati che si rifiutano di espanderlo secondo quanto indicato dal *Patient Protection and Affordable Care Act*.

### *3.1.2. Il cambio forzato dei piani assicurativi*

Con la stipulazione di livelli minimi assicurativi, molti soggetti furono costretti a sostituire i loro piani di copertura assicurativa, giudicati al di sotto dello standard consentito dalla riforma, con piani più ampi ma anche più costosi, a volte fin troppo per alcune categorie di lavoratori; questo nonostante il precedente Presidente Barack Obama avesse dichiarato, rassicurando molti cittadini, che nessuno sarebbe stato obbligato a cambiare il proprio piano di assicurazione sanitaria se avesse voluto mantenere quello di cui era già in possesso.

Ad esempio, molti lavoratori di catene di fast-food, essendo di media perlopiù giovani, avevano stipulato nel periodo precedente alla riforma delle coperture assicurative che coprivano solo le cure primarie, essendo in buona sostanza le uniche che ritenevano necessarie. Questi lavoratori sono stati costretti a stipulare contratti con copertura assicurativa quasi globale e con franchigie molto alte, per rientrare negli standard della riforma; questa situazione vedeva i giovani obbligati a pagare le cure primarie di tasca propria, e a trovarsi invece coperti per situazioni pressoché inverificabili per il loro livello di rischio.

### *3.1.3. I servizi fuori programma e i lunghi tempi d'attesa*

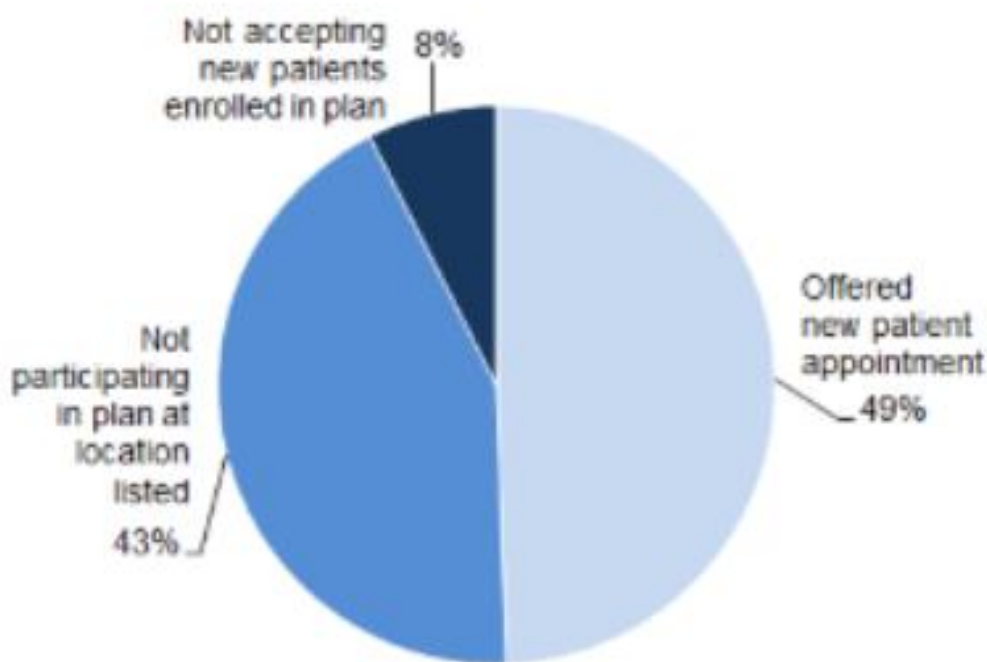
Fra i problemi di natura non finanziaria è necessario menzionare quelli causati dalla corsa assicurativa verso il basso. Molto spesso nell'offerta proposta da *Medicaid* i medici più competenti e le strutture di cura più efficaci erano pressoché assenti.

In un'analisi sviluppata da *Avalere* e sponsorizzata dall'*American Heart Association*, nel settembre 2014 venne rilevata una quasi totale assenza di cardiologi nelle reti delle assicurazioni a basso costo offerte a Los Angeles e di radiologi in quelle offerte a Chicago. In queste circostanze, in caso di necessità, il paziente, nonostante l'assicurazione, era obbligato a pagare il 100% dei costi fuori programma.

Un'ulteriore analisi condotta nel 2014 dal *Department of Health and Human Services* ha rivelato che fra coloro che ottenevano l'assicurazione attraverso *Medicaid*, nel 51% dei casi gli individui non erano in grado di ottenere l'appuntamento con il medico inserito nel programma.

Nel dettaglio il 49% dei medici elencati era disponibile a visitare i nuovi pazienti, il 43% non riceveva nel luogo indicato e il restante 8% non era disponibile ad accettare i nuovi pazienti inseriti nel piano.

**Figure 1: Availability of Providers, 2013**

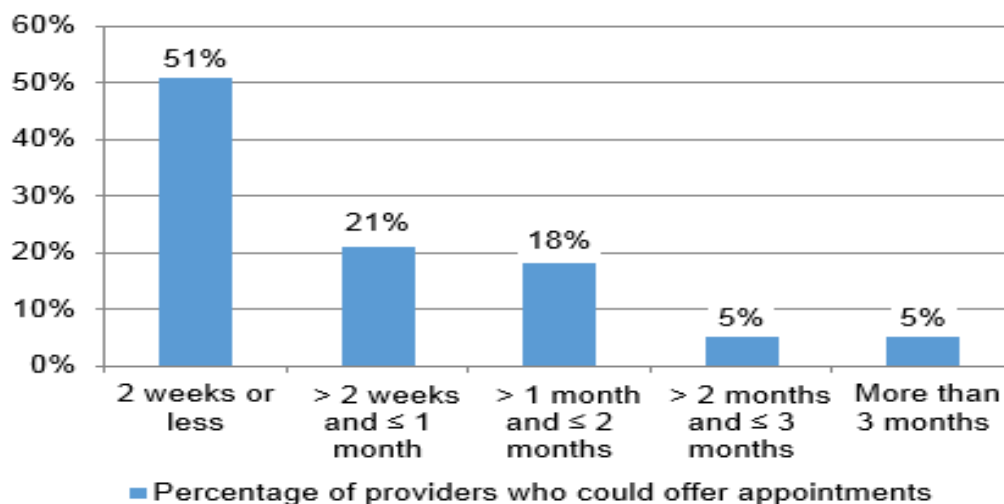


Source: OIG assessment of provider availability, 2014.

*Figura 9: Disponibilità dei medici*

In quel 49% composto dai medici che erano disponibili a ricevere nuovi pazienti, in media i tempi di attesa erano particolarmente lunghi, come evidenziato dal grafico successivo.

**Figure 2: Wait Times for Routine Appointments for Enrollees**



Source: OIG assessment of provider availability, 2014.

*Figura 10: Tempo d'attesa per gli iscritti al programma*

Si può agevolmente vedere come il tempo medio di attesa fosse di due settimane circa, in alcuni casi addirittura maggiore di tre mesi.

#### *3.1.4. L'uscita dal mercato delle compagnie assicurative e l'aumento dei prezzi*

Quando posti di fronte al bivio decisionale che vedeva da un lato la scelta di assicurarsi e dall'altro quella di rimanere senza assicurazione e pagare la relativa tassa, moltissimi cittadini americani, perlopiù quelli in buona salute, scelsero di non assicurarsi.

I dati confermano che con la riforma di Obama il numero di assicurati è di gran lunga aumentato, quindi si può desumere che la maggior parte dei nuovi cittadini assicurati fossero coloro che prima della riforma erano già malati ma non inseriti nel sistema.

Il mix di questi due fattori, cioè un notevole numero di persone sane che hanno scelto di non assicurarsi e un grande crescita del numero di persone malate nel sistema, ha causato un aumento generale del prezzo delle assicurazioni e ha fatto ritirare, totalmente o in parte, dal mercato alcune compagnie assicurative, tra cui due colossi del settore come *UnitedHealth Group* e *Aetna*.

Il 25 ottobre 2016 si poteva leggere nel *Times* di uno studio condotto dalla *Kaiser Family Foundation* che, analizzando i dati di *Healthcare.gov*, ha dato prova dell'aumento medio del prezzo dei premi assicurativi del 22% dal 2016 al 2017, mettendo in luce grandi differenze in

tutto il territorio statunitense, dal +145% a Phoenix in Arizona al -14% a Indianapolis, Indiana.

### 3.2. Il primo tentativo di riforma fallito

Il tentativo da parte di Donald Trump di tenere fede alla sua promessa non è tardato ad arrivare. Venerdì 24 marzo 2017 si sarebbe dovuto votare, prima alla Camera e poi al Senato, l'approvazione della riforma sanitaria proposta dai Repubblicani; ma, ironia della sorte, la proposta di legge non ha fatto in tempo a giungere alla Camera perché ritirata sotto richiesta del Presidente stesso, il quale aveva saputo dal Presidente della Camera dei rappresentanti Paul Ryan che non vi erano i voti fra i Repubblicani necessari per far passare la legge.

I punti chiave della riforma erano sostanzialmente cinque:

1. L'abolizione dell'obbligo dei cittadini di avere una copertura sanitaria, quindi di non dover pagare nessuna tassa in sua assenza. Questo punto era condiviso da tutti i Repubblicani e, verosimilmente, anche da moltissimi cittadini americani;
2. Detrazioni sulle tasse in sostituzione ai sussidi federali, fino ad un massimo annuo di 4.000 dollari a persona;
3. Utilizzare l'età come criterio per l'assegnazione delle detrazioni, in alternativa al criterio utilizzato nella riforma Obama (ossia il reddito);
4. Libertà per gli Stati di decidere i pacchetti dei servizi sanitari essenziali, creando i presupposti per una grande differenza tra piani dello stesso livello offerti da diversi Stati;
5. Limitazione del *Medicaid* che, combinata con il punto 1, avrebbe comportato stando ad uno studio del *Congressional Budget Office* (marzo 2017), ad un ritorno al numero di cittadini non assicurati pressoché uguale a quello precedente all'entrata in vigore della ACA nell'arco di 10 anni (*Figura 11*).

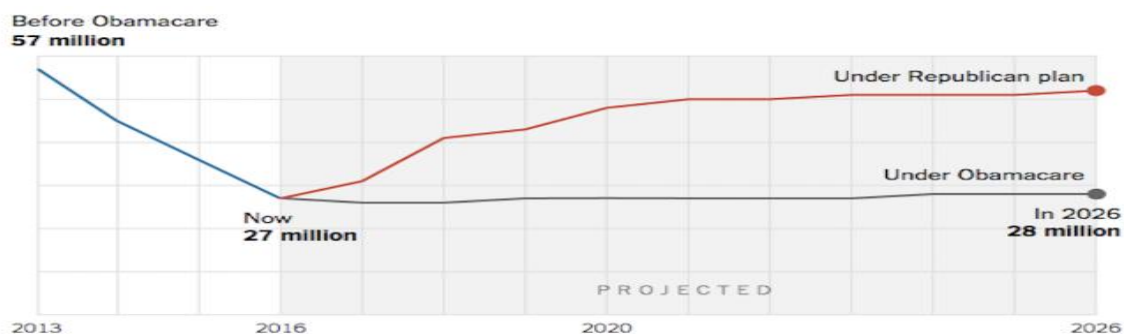


Figura 11: Previsioni del CBO, marzo 2017

Sin da quando è stata presentata, il 6 marzo dello stesso anno, la proposta di legge non ha riscosso successo né tra i Democratici, come ci si poteva aspettare, né tra i Repubblicani. Nell'ala Repubblicana la contrarietà era sostenuta da due motivazioni: i Repubblicani più intransigenti sostenevano che questa proposta era "troppo simile" ad Obamacare, e non era una vera variazione sul tema, mentre i Repubblicani più moderati temevano una grossa perdita di consensi (data principalmente dalla combinazione dei punti 2 e 3 sopra indicati) a causa della quantità di persone che avrebbe subito un cambio drastico della propria copertura sanitaria.

### ***3.3. Il secondo tentativo di riforma: l'American Health Care Act***

Il 4 maggio 2017 dopo la grande sconfitta di appena due mesi prima, Trump propose l'*American Health Care Act*, una nuova proposta di riforma che mirava a sostituire quella vigente emanata sotto il governo del suo predecessore alla Casa Bianca.

#### *3.3.1. L'approvazione alla Camera*

Questa volta però le cose vanno decisamente meglio per il nuovo inquilino alla Casa Bianca, e il nuovo progetto viene votato e promosso con 217 voti favorevoli e 213 voti contrari.

Ciò che ha fatto la differenza rispetto al primo tentativo è stato l'inserimento di un emendamento stanziante miliardi di dollari per le persone con condizioni mediche pre-esistenti; con ciò la fascia moderata di Repubblicani si è convinta a votare a favore della legge del Presidente Trump, non temendo più la grande perdita di consensi che si aspettavano con la precedente proposta. Tra i voti contrari, 20 venivano dai Repubblicani. La totalità dell'ala dei Democratici, naturalmente, votò contro l'*American Health Care Act*.

#### *3.3.2. I contenuti dell'American Health Care Act e le "high-risk pools"*

La differenza principale con la prima versione, che non raggiunse nemmeno la Camera, è stata la negazione di molte garanzie per i cittadini che al momento della stipula dell'assicurazione erano già malati e l'inserimento di un emendamento a favore proprio di questa tipologia di persone citate in precedenza.

In questo modo si cercò di ottenere consensi in entrambe le componenti dei Repubblicani che non avrebbero mai votato a favore il 25 marzo.

La componente più radicale, con l'abolizione di queste garanzie, vide un netto allontanamento dalla politica istituita da Obama, mentre la componente più moderata identificò nel fondo istituito la possibilità di non perdere i consensi di quei sostenitori che si trovavano ora in una situazione molto simile a quella precedente all'entrata in vigore di *Obamacare*.

Con l'*American Health Care Act* le compagnie assicurative potranno rifiutarsi, dipendentemente dallo Stato in cui si trovano, di stipulare un contratto con cittadini con malattie pre-esistenti oppure chiedere loro premi più elevati, azioni non possibili con l'*Obamacare* ancora in vigore.

Stando alle prime stime, in questo modo circa cinque milioni di Americani perderebbero la loro copertura assicurativa; una soluzione a questo punto, proposta dai Repubblicani, sono state le *high-risk pools*.

Le *high-risk pools* sono un programma che il governo può utilizzare per sovvenzionare ai pazienti con malattie gravi, come ad esempio l'emofilia, il cancro o il diabete, l'assistenza sanitaria, in modo tale da evitare un aumento dei prezzi delle assicurazioni e offrire comunque l'aiuto necessario ai pazienti gravemente malati.

Il fondo istituito dal governo federale da cui i singoli Stati potranno trarre per istituire le *high-risk pool* è di 115 miliardi di dollari.

Vi è un importante precisazione da fare: la legge non obbliga gli Stati ad istituirle, bensì lascia loro liberi di poter utilizzare le risorse nei seguenti modi:

1. Istituire le *high-risk pool*;
2. Fornire incentivi alle entità non governative per stabilizzare il mercato assicurativo;
3. Ridurre il costo della fornitura di assicurazione sanitaria ai pazienti costosi nel mercato;
4. Incentivare la partecipazione al mercato individuale;
5. Promuovere l'accesso ai servizi di prevenzione;
6. Pagare direttamente i fornitori di assistenza sanitaria;
7. Riduzione delle franchigie delle assicurazioni nel mercato.

Sono state sollevate due critiche principali sull'applicazione delle *high-risk pools*.

La prima riguarda i lunghi tempi di attesa; prima dell'*American Health Care Act*, nella maggior parte dei casi, nei 35 Stati che hanno utilizzato un programma simile alle *high-risk pools*, i pazienti si sono trovati a dover pagare di tasca propria i primi sei mesi o addirittura il primo anno di cure prima che il programma si attivasse a loro favore efficacemente. Alcune

malattie hanno dei costi assolutamente insostenibili per la maggior parte dei cittadini americani, come ad esempio il trattamento dell'emofilia, il quale costa circa 150.000 dollari all'anno.

La seconda critica riguarda invece l'insufficienza del budget di 115 miliardi, il quale sarebbe ipoteticamente troppo basso. È molto difficile prevedere quanto realmente potrebbe costare il programma proposto da Trump; ragionando su base storica, i programmi simili alle *high-risk pool* riuscivano a coprire 226.234 persone, e solo con questo piccolo gruppo si è registrata una spesa di 2,5 miliardi di dollari nel 2011. Un miliardo in più di quando era stato stanziato, con solo lo 0.0007% della popolazione americana che usufruiva di tale programma.

Uno studio di Emily Gee, per il *Center for American Progress*, ha stimato che in aggiunta ai 115 miliardi istituiti, ne servirebbero circa 200 in più per coprire 1 milione e mezzo di persone, il 5% degli attuali iscritti sul mercato.

L'effetto stimato generale che l'*American Health Care Act* avrebbe sui fondi dello Stato è quello di una riduzione di 800 miliardi di dollari in 10 anni delle spese federali per il programma *Medicaid*.

### 3.3.3. Il fallimento al Senato

Al Senato i Repubblicani possono contare 52 rappresentanti; ciò implica che, una volta che la legge fosse passata alla Camera, sarebbe stato necessario che almeno 50 di quei Repubblicani votassero a favore dell'*American Health Care Act* per mettere la parola fine sull'ACA.

Nel mentre erano state attuate quattro modifiche al disegno di legge per cercare di convincere i Repubblicani ostili alla manovra, rispettivamente due per i più moderati, e due per i più conservatori.

Nella prima categoria troviamo un finanziamento di 45 miliardi di dollari per aiutare i cittadini che soffrono di dipendenza da farmaci oppioidi (mentre la prima versione prevedeva solo 2 miliardi); poi troviamo il mantenimento di due tasse introdotte da Obama per le famiglie ad alto reddito.

Nella seconda categoria troviamo due modifiche volute dal Senatore del Texas Ted Cruz e dal Senatore dello Utah Mike Lee; la prima consente la creazione di conti speciali, non tassati, per le spese sanitarie utilizzabili per pagare i premi assicurativi; la seconda permette alle compagnie assicurative di offrire piani che ignorano le direttive introdotte dall'ACA (non disponibilità per le persone pre-malate, oppure piani più economici ma con meno copertura).

Nonostante ciò, il 28 luglio 2017 con 49 voti favorevoli e 51 contrari il disegno di legge venne respinto alla votazione al Senato. Ci sono stati tre voti sfavorevoli tra le fila dei Repubblicani: i primi due provenivano da Susan Collins del Maine e Lisa Murkowski dell'Alaska; ma il voto decisivo è stato quello di uno dei più rispettati politici dei Repubblicani, John McCain dell'Arizona, che aveva da sempre lasciato un certo alone di ambiguità sul suo essere a favore o contro l'AHCA. Alla fine, non senza una certa dose di teatralità (con tanto di pollice verso il basso e applausi da parte dei Democratici), la sua decisione negativa ha sancito la respinta della riforma.

#### *3.3.3.1. Sarebbe stato possibile evitare questo fallimento?*

Una delle modifiche che molti Repubblicani moderati richiedevano con vigore era lo stanziamento di fondi per *Planned Parenthood*. Questo costituisce un insieme di associazioni non profit che forniscono aiuto sanitario alle donne.

Questa proposta non è stata accolta a causa della presenza, fra i Repubblicani, di molti esponenti politici con posizione antiabortista, e tra i servizi offerti dalla *Planned Parenthood* presenza proprio l'interruzione della gravidanza; quindi era logico pensare ad una perdita di consensi in caso di accettazione.

Inoltre, per compiacere questa componente dei Repubblicani, nel disegno di legge era previsto un emendamento che bloccava i finanziamenti a queste associazioni per anno.

Il nodo cruciale è, in sostanza, che *Planned Parenthood* offre molti altri servizi al sostegno delle donne, come ad esempio lo screening per il tumore al seno; e proprio le due senatrici che hanno votato in maniera contraria all'AHCA, Susan Collins e Lisa Murkowski, erano tra le più forti oppositrici all'emendamento che ne bloccava i finanziamenti, perché temevano avrebbe bloccato a sua volta l'accesso ad alcuni servizi sanitari a molte donne americane.

#### **3.4. Il terzo tentativo: la riforma Graham-Cassidy**

Ha preso il nome dai due politici Repubblicani moderati, rispettivamente Lindsey Graham e Bill Cassidy, il terzo (e più recente finora) tentativo di modificare l'*Obamacare*.

La proposta ha in comune con le sue precedenti versioni l'abolizione di alcuni pilastri della riforma introdotta da Obama, fra cui la tanto discussa eliminazione dell'obbligo di contrarre un'assicurazione sanitaria per i cittadini. Inoltre, punta a neutralizzare i sussidi federali mirati e l'espansione del *Medicaid* gratuito alle persone con reddito più basso. Per approvvigionare i

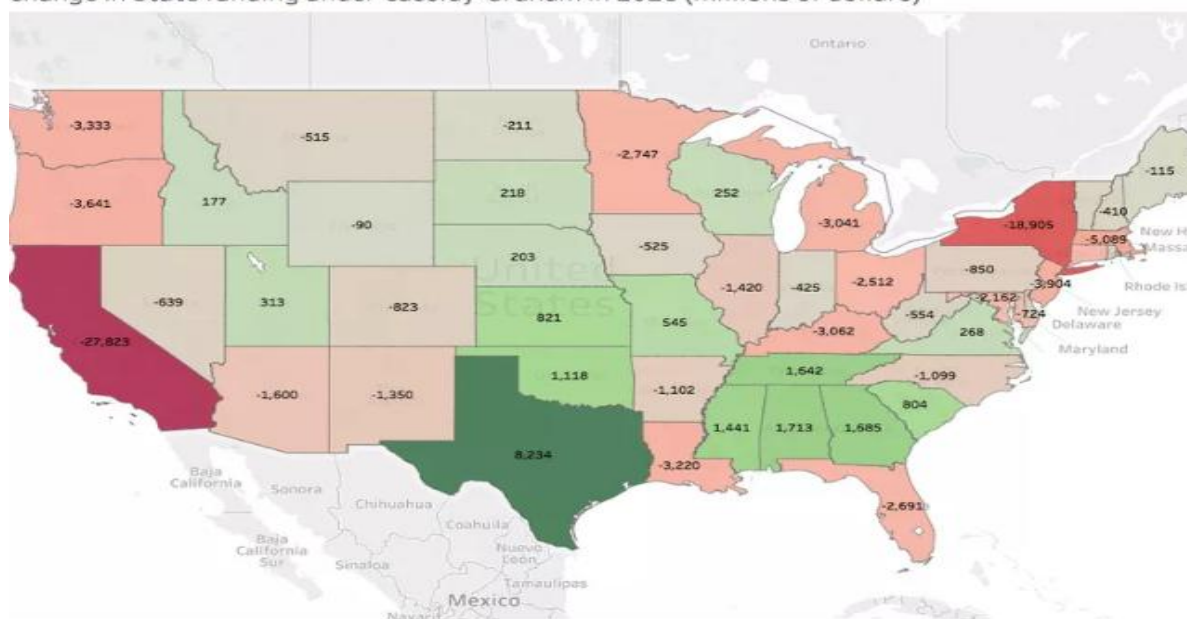


singoli Stati viene istituito un unico finanziamento a fondo perduto, il quale verrà versato ad ogni Stato, radunando tutti i vari sussidi federali, lasciando ogni singolo governo statale libero di investire questo denaro a piacimento, sia riproponendo i servizi offerti dall' ACA, sia istituendo programmi mirati per alcune fasce della popolazione ma lasciando in questo modo la possibilità che si creino pesanti differenze fra l'assistenza fornita tra i diversi Stati, soprattutto per i cittadini con situazioni di malattia pre-esistenti.

Democratici e Repubblicani sono ancora una volta divisi; secondo i primi questa riforma farebbe perdere la copertura sanitaria a milioni di persone; per i Repubblicani invece, grazie all'introduzione di sistemi più cauti nella distribuzione delle risorse economiche, verrebbero notevolmente diminuite le spese a carico del governo federale.

L'analisi del CBO (*Congressional Budget Office*) non ha tardato ad arrivare: in una sua stima datata 25 settembre 2017, vengono trovate evidenze a favore delle tesi sia Democratica che Repubblicana, mettendo in luce che con la *Graham-Cassidy* si assisterebbe ad una riduzione del deficit di bilancio di 113 miliardi di dollari nel periodo 2017-2026 (altri studi come quello del *Center on Budget and Policy Priorities* confermavano una riduzione delle spese da parte del governo nel decennio successivo rispetto a quando veniva speso con Obamacare), ma essa causerebbe anche la perdita della propria copertura sanitaria per milioni di persone (lo studio non fornisce un numero preciso ma cita specificamente “*millions fewer people with comprehensive health insurance*”).

Change in State funding under Cassidy-Graham in 2026 (millions of dollars)



David Anderson/Tableau

Figura 12: Previsione del cambiamento nel finanziamento statale sotto Cassidy-Graham nel 2026 (mln di dollari)

### 3.4.1. Il terzo fallimento e le conseguenze nel partito

John McCain e Rand Paul hanno da subito dichiarato che avrebbero votato contro la riforma *Graham-Cassidy*, e quando a loro si è aggiunto un terzo repubblicano, la senatrice del Maine Susan Collins, il partito ha deciso di ritirare la proposta senza quindi votare in Senato.

Il GOP (*Grand Old Party*, soprannome del Partito Repubblicano) ha annunciato di non volersi fermare, e che i tentativi per modificare la riforma sanitaria continueranno; ora però le cose si fanno molto più complicate dal punto di vista del funzionamento legislativo: decadono infatti alcune agevolazioni che consentivano di far passare la legge con una maggioranza a 51 voti, contro i 60 normalmente necessari nel Senato americano.

A creare problemi ai Repubblicani vi è anche la reazione dei finanziatori del partito, i quali sono molto delusi dal partito Repubblicano che non ha “mantenuto la sua promessa” di abolire la riforma di Obama. La situazione descritta da Cory Gardner, senatore del Colorado, responsabile della raccolta fondi per le elezioni di metà mandato del 2018, è molto negativa: dalla sua analisi si può intendere che i finanziatori non sono più disposti ad investire nemmeno un centesimo finché i Repubblicani non avranno dimostrato di essere in grado di concretizzare i loro obiettivi.

## CONCLUSIONI

Alla luce di quanto messo in evidenza all'interno dei capitoli di questo elaborato, si può vedere come spesso i principi morali, come la giustizia sociale o l'equità, nel concreto collidano inesorabilmente con l'efficacia e l'efficienza dal punto di vista economico.

La riforma di Obama è nettamente una riforma che ha migliorato le condizioni di vita dei cittadini americani più in difficoltà, garantendo loro le cure necessarie, e ha avuto un impatto molto positivo sull'opinione pubblica. È molto difficile immaginare un futuro, contestualizzato alla società internazionale del 2018, dove possa venire abrogata una riforma del genere. D'altro canto, l'essersi focalizzati in un miglioramento veloce delle condizioni delle fasce più in difficoltà senza aver preso in considerazione quale impatto economico avrebbe potuto avere nel lungo periodo può essere fonte di gravi problemi per le generazioni successive, le quali si troveranno ad affrontarli.

A più di un anno dall'ultimo tentativo dei Repubblicani di mettere le mani sulla riforma sanitaria tutto tace sull'argomento. *Obamacare* sta continuando ad operare, e le prospettive di azione per Trump e i Repubblicani sono riassumibili in tre possibilità.

La prima, come dichiarato su Twitter dallo stesso Trump, è quella di "lasciar fallire da solo *Obamacare*", mantenendo la situazione attuale finché diverrà insostenibile economicamente, ed abrogarlo o sostituirlo quando sembrerà l'unica opzione possibile. Questa opzione però potrebbe non verificarsi mai e, inoltre, non va in nessun modo ad aggiustare quelli che sono gli attuali problemi dell'ACA, riconosciuti anche dai Democratici e dai suoi sostenitori.

La seconda opzione è quella di tentare di scrivere un altro disegno di legge, consci del fatto che non basterà recuperare il consenso perduto di alcuni Senatori americani Repubblicani, ma sarà necessario trovare consensi anche tra i Democratici, visto che per il passaggio in Senato della legge ora sono necessari 60 voti.

La terza ed ultima opzione dei Repubblicani è quella di collaborare assieme ai Democratici per elaborare degli emendamenti mirati per risolvere le storture di *Obamacare*, senza minare i progressi che la riforma ha portato alla loro società. Questa è probabilmente l'opzione più "logica" da attuare, perché essendo un lavoro condiviso tra i partiti non dovrebbero verificarsi blocchi alla Camera o al Senato.

## BIBLIOGRAFIA

- AIOP GIOVANI. NOVEMBRE 2016. *L'evoluzione dei modelli sanitari internazionali a confronto* [online]. LUISS Business School. <<http://www.aiop.it/LinkClick.aspx?fileticket=poAPR08fRIU%3D&portalid=4>> [data di accesso 28/07/2018].
- ANON., 2015 *Drugs use in America vs Europe*. [online]. RECOVERY BRANDS <<https://recoverybrands.com/drugs-in-america-vs-europe>> [data di accesso 28/07/2018].
- ANON., 2017. *Statistics & Facts on U.S. Physicians/Doctors* [online]. STATISTA <<https://www.statista.com/topics/1244/physicians/>> [data di accesso 05/08/2018].
- ANON., NOVEMBRE 2016. *Qual è il problema di Obamacare* [online]. IL POST <<https://www.ilpost.it/2016/11/20/riforma-sanitaria-trump/>> [data di accesso 05/08/2018].
- ANON., MARZO 2017. *L'abolizione di Obamacare è fallita, per ora*[online]. IL POST <<https://www.ilpost.it/2017/03/24/Repubblicani-riforma-sanitaria/>> [data di accesso 06/08/2018].
- ANON., MARZO 2017. *La prima grande sconfitta di Trump* [online]. IL POST <<https://www.ilpost.it/2017/03/25/trump-sconfitta-obamacare/>> [data di accesso 06/08/2018].
- ANON., MAGGIO 2017. *La riforma sanitaria di Trump è passata alla Camera* [online]. IL POST <<https://www.ilpost.it/2017/05/04/Repubblicani-trump-riforma-sanitaria/>> [data di accesso 06/08/2018].
- ANON., 2017 *HIGH-RISK POOLS* [online]. NATIONAL HEALTH COUNCIL <[http://www.nationalhealthcouncil.org/sites/default/files/High\\_Risk\\_Pools\\_One\\_Pager.pdf](http://www.nationalhealthcouncil.org/sites/default/files/High_Risk_Pools_One_Pager.pdf)>
- ANON., LUGLIO 2017. *La riforma sanitaria di Trump è fallita di nuovo* [online]. IL POST <<https://www.ilpost.it/2017/07/18/riforma-sanitaria-trump-2/>> [data di accesso 06/08/2018].
- ANON., LUGLIO 2017. *La Il Senato statunitense ha respinto anche l'ultima proposta dei Repubblicani di cancellare parte di Obamacare* [online]. IL POST BITS <<https://www.ilpost.it/2017/07/28/Repubblicani-senato-respinto-riforma-sanitaria/>> [data di accesso 06/08/2018].

- ANON., SETTEMBRE 2017. *I Repubblicani stanno riprovando ad abolire Obamacare, per l'ennesima volta* [online]. IL POST <<https://www.ilpost.it/2017/09/21/riforma-obamacare-Repubblicani-graham-cassidy/>> [data di accesso 06/08/2018].
- ANON., SETTEMBRE 2017. *John McCain l'ha fatto di nuovo* [online]. IL POST <<https://www.ilpost.it/2017/09/23/mccain-riforma-sanitaria/>> [data di accesso 06/08/2018].
- ANON, SETTEMBRE 2017. *Hearing to Consider the Graham-Cassidy-Heller-Johnson Proposal Senate Committee on Finance* [online]. NATIONAL HEALTH COUNCIL <[http://www.nationalhealthcouncil.org/sites/default/files/NHC\\_Statement\\_for\\_Record\\_SFC\\_Graham\\_Cassidy.pdf](http://www.nationalhealthcouncil.org/sites/default/files/NHC_Statement_for_Record_SFC_Graham_Cassidy.pdf)> [data di accesso 07/08/2018].
- AVALERE. SETTEMBRE 2014. *Avalere Analysis finds In-Network Coverage of Select CSCs and Affiliated Specialty Physicians Highly Variable* [online] AVALERE <<http://avalere.com/expertise/managed-care/insights/avalere-analysis-finds-in-network-coverage-of-select-cscs-and-affiliated-sp>> [data di accesso 05/08/2018].
- BAKER, D. SETTEMBRE 2017. *The problem of doctors' salaries* [online]. POLITICO <<https://www.politico.com/agenda/story/2017/10/25/doctors-salaries-pay-disparities-000557>> [data di accesso 28/07/2018].
- BUCHMULLER, T., e LEVY, H. GIUGNO 2017. *Health reform in the Age of Trump* [online]. VOX CEPR Policy Portal. Disponibile su < <https://voxeu.org/article/health-reform-age-trump> > [data di accesso 04/08/2018].
- COX, C. LONG, M., SEMANSKEE, A., KAMAL, R., CLAXTON, G., e LEVITT, L. OTTOBRE 2016. *2017 Premium Changes and Insurer Participation in the Affordable Care Act's Health Insurance Marketplaces* [online]. KAISER FAMILY FOUNDATION. <[https://www.kff.org/health-reform/issue-brief/2017-premium-changes-and-insurer-participation-in-the-affordable-care-acts-health-insurancemarketplaces/?utm\\_campaign=KFF-2016-Health-Reform&utm\\_content=41600902&utm\\_medium=social&utm\\_source=twitter](https://www.kff.org/health-reform/issue-brief/2017-premium-changes-and-insurer-participation-in-the-affordable-care-acts-health-insurancemarketplaces/?utm_campaign=KFF-2016-Health-Reform&utm_content=41600902&utm_medium=social&utm_source=twitter) > [data di accesso 05/08/2018].
- COURTEMANCHE, C. MARZO 2015. *Impacts of Obamacare insurance coverage expansion for young adults* [online]. VOX CEPR Policy Portal. Disponibile su <<https://voxeu.org/article/impacts-obamacare-young-adults> > [data di accesso 04/08/2018].

- DAVIS, P. OTTOBRE 2014. *Medicare Financing* [online]. CONGRESSIONAL RESEARCH SERVICE <[https://greenbookwaysandmeans.house.gov/sites/greenbook.waysandmeans.house.gov/files/R41436\\_gb\\_0.pdf](https://greenbookwaysandmeans.house.gov/sites/greenbook.waysandmeans.house.gov/files/R41436_gb_0.pdf)> [data di accesso 24/07/2018].
- EBELING, A. NOVEMBRE 2011 *The Most Tax-Savvy Use Of A Health Savings Account* [online]. FORBES <<https://www.forbes.com/sites/ashleaebeling/2011/11/21/the-most-tax-savvy-use-of-a-health-savings-account/#3b9657e36e83>> [data di accesso 05/08/2018].
- GAGLIARDUCCI, C. OTTOBRE 2017. *Obamacare: cos'è, come funziona e qual è il significato della riforma che Trump odia* [online]. MONEY <<https://www.money.it/Obamacare-cos-e-come-funziona-cosa-cambia-con-Trump>> [data di accesso 05/08/2018].
- GAYNOR, M., e PROPPER, C. AGOSTO 2010. *Healthcare competition saves lives* [online]. VOX CEPR Policy Portal. Disponibile su <<https://voxeu.org/article/healthcare-competition-saves-lives>> [data di accesso 04/08/2018].
- GEDDES, M. MAGGIO 2018. *La spesa sanitaria USA a confronto*. [online]. SALUTE INTERNAZIONALE. <<http://www.saluteinternazionale.info/2018/05/la-spesa-sanitaria-usa-a-confronto/>> [data di accesso 24/07/2018].
- GEE, E. MAGGIO 2017. *House Health Care Plan Is Not Enough to Keep High-Risk Pools Afloat* [online]. CENTER FOR AMERICAN PROGRESS. <<https://www.americanprogress.org/issues/healthcare/news/2017/05/02/431698/house-health-care-plan-not-enough-keep-high-risk-pools-afloat/>> [data di accesso 06/08/2018].
- HULSE, C. SETTEMBRE 2017. *Behind New Obamacare Repeal Vote: 'Furious' G.O.P. Donors* [online]. THE NEW YORK TIMES <[https://www.nytimes.com/2017/09/22/us/politics/republican-donors-obamacare-repeal.html?\\_r=0](https://www.nytimes.com/2017/09/22/us/politics/republican-donors-obamacare-repeal.html?_r=0)> [data di accesso 08/08/2018].
- INDEX MUNDI [DATABASE ONLINE] ULTIMO AGGIORNAMENTO GENNAIO 2018 <<https://www.indexmundi.com/map/?v=29&l=it>> [data di accesso 28/07/2018].
- KILROE, D. SETTEMBRE 2017. *CBO Aims to Provide Preliminary Assessment of Graham-Cassidy Bill by Early Next Week* [online]. CONGRESS BUDGET OFFICE. <<https://www.cbo.gov/publication/53116>> [data di accesso 05/08/2018].

- KLIFF, S. MAGGIO 2017. *High-risk pools: the newest proposal to fix the GOP's health plan, explained*[online]. VOX. < <https://www.vox.com/policy-and-politics/2017/5/3/15529428/republican-high-risk-pools>> [data di accesso 05/08/2018].
- LABATE, G. GENNAIO 2018. *La vera ragione per cui l'assistenza sanitaria costa troppo in America* [online]. QUOTIDIANO SANITÀ <[http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=58319](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=58319)> [data di accesso 24/07/2018].
- LEVINSON, D. DICEMBRE 2014. *Access to Care: Provider Availability in Medicaid Managed Care*. [online]. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES <<https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-02-13-00670.pdf>> [data di accesso 05/08/2018].
- LOFFREDA-MANCINELLI, C. NOVEMBRE 2016 *Usa: costi della sanità fuori controllo, ma Trump apre all'Obamacare* [online]. <<https://www.sanitainformazione.it/mondo/usa-costi-della-sanita-controllo-trump-apre-allobamacare-sanitause-presidenziali/>> [data di accesso 24/07/2018].
- MACIOCCO, G. NOVEMBRE 2009. *La spesa sanitaria americana*. [online]. SALUTE INTERNAZIONALE. <<http://www.saluteinternazionale.info/2009/11/la-spesa-sanitaria-americana/>> [data di accesso 24/07/2018].
- MACIOCCO, G. LUGLIO 2015. *L'inconcepibile successo di Obamacare*. [online]. SALUTE INTERNAZIONALE. <<http://www.saluteinternazionale.info/2015/07/inconcepibile-successo-di-obamacare/>> [data di accesso 28/07/2018].
- PAPANICOLAS, I., WOSKIE, L. e JHA, A. MARZO 2018. *Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries* [online]. JAMA | Special Communication <[http://www.fsk.it/attach/Content/News/6483/o/180319\\_1.pdf](http://www.fsk.it/attach/Content/News/6483/o/180319_1.pdf)> [data di accesso 05/08/2018].
- PARK, H., PARLAPIANO, A., e SANGER-KATZ, M., GIUGNO 2017 *Republicans Made 4 Key Changes to Their Health Care Bill. Here's Who They Were Trying to Win Over*. [online]. <<https://www.nytimes.com/interactive/2017/07/13/us/senate-health-care-billchanges.html?mtrref=www.ilpost.it>> [data di accesso 06/08/2018].

-QUEALY, K., e SANGER-KATZ., M. Aprile 2017. *The 9 Big Revisions Republicans Made to Their Health Care Bill, and Why They Made Them* [online]. THE NEW YORK TIMES. <<https://www.nytimes.com/interactive/2017/03/21/upshot/the-7-big-revisions-republicans-made-to-their-health-care-bill.html#idx-9>> [data di accesso 06/08/2018].

-TIMPONE, G. GENNAIO 2017. *Debito USA a \$20.000 miliardi: +88% nell'era Obama, rischi con il rialzo dei tassi.* [online]. INVESTIRE OGGI <<https://www.investireoggi.it/economia/debito-usa-20-000-miliardi-88-nellera-obama-rischi-rialzo-dei-tassi/>> [data di accesso 28/07/2018].

-TOSCANO, F., GOLINELLI, D., e BUCCI, A. LUGLIO 2018. *Accesso alle cure negli USA. Gli effetti dell'Obamacare* [online]. SALUTE INTERNAZIONALE. <<http://www.saluteinternazionale.info/2018/07/accesso-alle-cure-negli-usa-gli-effetti-dellobamacare/>> [data di accesso 28/07/2018].