



Giorgio Mario Cortassa e Daniele Brombal

Nonostante l'estensione della copertura assicurativa, giunta al 95,7%, questa non risolve il problema di coprire le spese catastrofiche: oltre 170 milioni di cinesi sono a rischio di impoverimento per causa di malattia.

---

Secondo la dottrina taoista nel misterioso sciogliersi del tempo presente si nascondono i germi degli eventi futuri: essere capaci di individuare tali germi quando ancora sono tali porta il saggio ad una azione minima, apparentemente insignificante ma intelligente e "giusta al momento giusto", in grado di evitare future sciagure. In ambito sanitario, il migliore esempio di ciò lo si trova nella vaccinazione: una piccola puntura di oggi sconfigge per sempre una catastrofe del domani. **Ma nella Cina di oggi esistono ancora "maestri taoisti" in grado di fare "la cosa giusta al momento giusto" per risolvere il grande rebus della sanità di un miliardo e mezzo di persone?** C'è voluta buona parte del decennio appena trascorso perchè le autorità cinesi prenderessero coscienza dell'impatto negativo sulla stabilità del paese rappresentato dalla ridotta accessibilità ai servizi sociali e sanitari essenziali[1]. A questa consapevolezza, dopo la crisi della SARS (2002-2003) si è legata la certezza di come il disinteresse manifestato del governo cinese nei confronti della sanità negli anni Ottanta e Novanta fosse foriero di danni per il sistema economico del Paese. A ciò ha fatto quindi riscontro una graduale fine del disimpegno governativo in termini di sanità, con investimenti pubblici crescenti destinati a forme assicurative per la copertura delle spese mediche di residenti rurali, impiegati del settore informale, anziani, mamme, bambini. Non c'è dubbio che tali correttivi si muovano nella giusta direzione. Tuttavia, la dimensione quali-quantitativa e le tempistiche di tali interventi governativi fanno sorgere la domanda con cui abbiamo intitolato questo post: va bene così o "too little, too late?"

**Luci e ombre: copertura assicurativa, accesso al servizio, protezione finanziaria[2]**

L'articolo di Qun Meng et al. "Trends in Access to Health Services and Financial Protection in China between 2003 and 2011: A Cross Sectional Study", a cura del Ministero della Sanità Cinese con gli auspici e sotto supervisione dell'Oms, tenta di dare una risposta alla domanda di cui sopra. Si tratta di uno studio retrospettivo imponente, basato sulla revisione delle interviste relative alle condizioni socioeconomiche e sanitarie di oltre 300.000 individui, raccolte fra 2003 e 2011.

I risultati dello studio, in buona parte in linea con quelli pubblicati dagli autori di questo [post](#) su Salute Internazionale nel settembre 2009 evidenziano **come la copertura assicurativa sia aumentata considerevolmente, specialmente nelle aree rurali, passando dal 29,7 % del 2003 al 95,7 % del 2011**. Fra gli elementi positivi vengono citati **l'aumento dei parti in ospedale, l'aumento del tasso di ospedalizzazione** dal 3,6 % allo 8,8 %, la crescita della quota delle spese di ricovero ospedaliero rimborsate dalle assicurazioni governative.

In termini di protezione finanziaria, tuttavia, l'aumento della copertura assicurativa, secondo i dati presentati dallo studio, non ha raggiunto i risultati sperati. **Le "spese catastrofiche" (definite come "spese mediche di importo pari o superiore al 10 % del reddito familiare annuale") sono infatti aumentate dal 12,2 % nel 2003 al 14,0 % nel 2008, per poi attestarsi al 12,9 % nel 2011**. Tanto per chiarire, come scrivono gli autori dell'articolo, ciò significa **173 milioni di persone a rischio di impoverimento in Cina per causa di malattia**. Dietro a tali numeri si nascondono, come sa bene chi ha operato in Cina in ambito sanitario, vicende di tragiche sofferenze e di morti non di rado clinicamente evitabili. Tragedie che pesano in misura maggiore sulla parte più vulnerabile della popolazione: nel 2011 le famiglie più povere andavano incontro a spese catastrofiche con frequenza doppia rispetto a quelle benestanti.

In accordo con quanto sopra anche la percentuale della spesa familiare totale dedicata alla salute è in aumento costante, aumento più rapido dopo il 2008. Nel 2011, una famiglia cinese spendeva in media il 12,9 % del proprio reddito in cure mediche. Un dato, questo, che rende comprensibile l'alta propensione al risparmio delle famiglie cinesi, che in media mettono da parte il 30 % del proprio reddito<sup>[3]</sup>. È questa infatti la loro reale, ancorché spesso insufficiente, "copertura assicurativa".

### **La continuità dietro la trasformazione**

In sostanza questi dati descrivono un sistema che, pur riuscendo ad estendere la copertura assicurativa, non ha trovato risposta alla necessità della popolazione di essere protetta dal rischio di impoverimento per malattia. **Il fatto che i parti cesarei siano aumentati dal**

**19.2 % al 36.3% fa anche sorgere il sospetto che l'estensione della copertura assicurativa abbia incentivato l'erogazione inappropriata di trattamenti.** La possibilità che l'adozione di strumenti assicurativi comporti un'inflazione dei costi è tutt'altro che remota, specie in contesti come quello cinese dove il pagamento basato su tariffari a prestazione costituisce un incentivo ad erogare innanzitutto sempre e comunque un trattamento, possibilmente anche costoso, a prescindere dalla sua appropriatezza[4].

Allo stesso modo, all'aumento del tasso di ospedalizzazione (come detto dal 3,6 % allo 8,8 %), spesso citato dalle autorità cinesi come segno positivo di una supposta minore difficoltà ad accedere al servizio sanitario, potrebbe aver contribuito l'abitudine di far figurare come erogati in regime di ricovero ospedaliero trattamenti che avrebbero potuto essere invece erogati in regime ambulatoriale, in modo tale da poter accedere ai rimborsi maggiori erogati in caso di ospedalizzazione. Dinamiche, queste, osservate da chi scrive nel corso di visite di studio in strutture sanitarie rurali nel 2008 e la cui pervasività è stata confermata dalla prof.ssa Li Ling, fra i maggiori esperti cinesi di economia sanitaria, nel corso di una conferenza internazionale sulla riforma sanitaria cinese, tenutasi a Pechino nel dicembre 2009[5]. Appare peraltro evidente, in termini più generali, come l'aumento del numero di ricoveri abbia in se stesso poca valenza, se non viene messo in relazione con modalità e condizioni del paziente alla dimissione.

Secondo l'opinione di chi scrive, deve essere considerato con cautela anche un altro dato apparentemente positivo presentato nell'articolo pubblicato da Lancet, ovvero **la riduzione delle "dimissioni spontanee per motivi finanziari" dal 63 % del 2003 al 28 % del 2011.** Questo dato pare infatti essere "debole", ovvero giustificabile alla luce di variazioni procedurali e amministrative da parte degli ospedali, non facilmente documentabili. Ad esempio il paziente grave, o la sua famiglia, potrebbero semplicemente rifiutarsi di sottoscrivere la dimissione in quanto ormai incapaci di ulteriori pagamenti e l'ospedale potrebbe quindi essere costretto a procedere attivamente, "d'ufficio" alla dimissione. Si tenga presente che in Cina la procedura generalizzata consiste nel versamento da parte dell'utente di una "cauzione" all'atto del ricovero, che viene debitamente registrata dal sistema informativo dell'ospedale. Una volta esaurita la cauzione, al paziente sarà richiesto un secondo pagamento anticipato, che se non corrisposto porterà nella maggior parte dei casi all'interruzione delle cure.

Gli elementi di continuità del sistema, riassumibili nell'interesse da parte dei provider pubblici (finanziariamente autonomi) di generare entrate attraverso la vendita del servizio e nella scarsa capacità o propensione da parte delle autorità di svolgere una supervisione adeguata sia in termini clinici che amministrativi, hanno sinora inciso profondamente sulla capacità dell'estensione della copertura assicurativa di produrre significati positivi. In

termini semplicistici, potremmo dire che **investire in assicurazioni senza aver chiaro come i soldi verranno spesi sia simile a fare il pieno a un serbatoio con un foro sul fondo**. Non è un caso che in tempi recenti le autorità cinesi abbiano posto crescente attenzione al miglioramento della gestione ospedaliera, attraverso la sperimentazione di protocolli di trattamento e l'adozione in prospettiva di metodi di pagamento alternativi al tariffario a prestazione, quali i DRG[6].

Agli elementi di continuità appena evidenziati è possibile aggiungerne uno ulteriore, riferito all'attendibilità dei dati su cui si basa l'articolo pubblicato su Lancet. Questo si basa infatti sui dati raccolti periodicamente dalle autorità sanitarie cinesi attraverso la National Health Services Survey (NHSS) con cadenza quinquennale e, nell'ultimo caso, triennale (1993, 1998, 2003, 2008, 2011). Nonostante la crescente enfasi posta da Pechino negli ultimi anni su un modello di "Sviluppo Scientifico", **dubbi vengono espressi da più parti circa la capacità da parte delle autorità governative cinesi di produrre dati attendibili relativi a aree di pubblico interesse**[7]. Una difficoltà sovente ricondotta a fattori di natura politica e sociale: le attività governative di survey a campione (incluse quelle della NHSS), vengono affidate in genere alle autorità locali, le quali spesso hanno interesse, al fine di ben figurare nei confronti dei propri superiori, a congegnare le attività di indagine in modo tale da restituire un'immagine il più possibile lusinghiera delle aree sotto la propria giurisdizione. Chi scrive ha avuto personalmente modo di constatare come quadri di villaggio cercassero di impedire a ricercatori del Ministero della Sanità cinese l'accesso a determinati borghi e/o famiglie, dietro pretesti grotteschi, rivelatisi poi infondati.

Tali fattori istituzionali potrebbero essere alla base delle discrepanze di dati relativi ai mancati accessi al servizio ospedaliero registrati dalla NHSS del 2008 (i cui dati sono utilizzati nell'articolo pubblicato da Lancet) e dall'attività di ricerca condotta dagli autori nel 2008-2009[8]. Nonostante la raccolta dati sia stata svolta su di un campione avente caratteristiche anagrafiche e socio-economiche simili, nello stesso periodo (estate 2008), e usando gli stessi strumenti, **i risultati presentano infatti alcune discrepanze di rilievo, in particolare per quanto riguarda l'accessibilità al ricovero e le sue cause**

	NHSS 2008[8]	HCU-HHRDC 2008[9]
Mancati accessi (in % sul totale prescrizioni ricovero)	24,7	46,5
Cause economiche per mancato accesso (in % sul totale dei mancati ricoveri)	71,4	89,4

Nonostante gli autori non possano fornire al riguardo evidenze specifiche e circostanziate, è

plausibile ritenere come parte almeno della discrepanza sia stata dovuta al fatto che mentre nel caso della NHSS 2008 condotta dal Ministero della Sanità le attività sono state affidate alle autorità locali[9], nel caso della ricerca condotta dagli autori i dati sono stati raccolti sotto la diretta supervisione della squadra di ricerca (composta da personale MAE/DGCS e funzionari del Ministero della Sanità cinese), da investigators reclutati in scuole per personale infermieristico attraverso i dipartimenti dell'educazione locali, non interessati in alcun modo dunque a "gestire" in modo a sé congeniale la raccolta dati.

### **Considerazioni conclusive**

In conclusione, venendo alla risposta per la domanda fondamentale con cui abbiamo aperto questo post, l'importante studio dei colleghi cinesi ora pubblicato su Lancet ci dice che lo sforzo del governo cinese per ora è ancora limitato, probabilmente anche tardivo.

Conoscendo le dinamiche e pressioni esistenti nel Regno di Mezzo, che spesso ostacolano la diffusione di informazioni potenzialmente sensibili, occorre fare a questi colleghi un plauso sincero per la competenza ed il coraggio dimostrati nel pubblicare questi dati, e con tale rilievo internazionale. Fare ricerca e condividerne i risultati rimane in Cina una cosa complicata. Gli autori di questo post ricordano bene come nel 2008, quando proposero di inserire le "autopsie verbali" nel questionario utilizzato per lo studio cui si fa menzione nel paragrafo precedente, ai colleghi cinesi del Ministero della sanità, non appena si resero conto di cosa effettivamente stavamo parlando, si rizzarono letteralmente i capelli in testa!

**La considerazione fondamentale che emerge dallo studio è che una "copertura assicurativa" che ci protegga dal raffreddore, ma che ci lasci soli con la bambina leucemica, il paziente in dialisi o il politrauma riveste scarso interesse.** Rischia di trasformarsi in una sorta di abbellimento di facciata (purtroppo consueto in Cina), dietro al quale si nascondono disfunzioni di ogni tipo. Ogni malattia seria è sempre una "catastrofe", ed è da questa che deve proteggerci una "copertura assicurativa".

Il governo centrale e le amministrazioni provinciali devono decidersi a investire cifre sostanziali nella sanità. La quota del Pil cinese dedicata alla sanità è ancora decisamente troppo bassa, attorno al 5 per cento, di cui soltanto la metà costituita da finanziamento pubblico)[10]. Sarebbe inoltre opportuno che i massimali di rimborso per i ricoverati (attualmente 50.000 yuan, equivalenti a 5.966 Euro) venissero aumentati o, meglio ancora, aboliti e che gli ospedali fossero vigorosamente disincentivati sia alla sovra- che alla sottoprescrizione. Cosa quest'ultima, per la quale sarebbe sufficiente adeguare e fare applicare i DRG.

Nell'interesse di tutti ci auguriamo che i colleghi cinesi ce la facciano, nei tempi-record di

cui la Cina ha già dimostrato in innumerevoli occasioni di essere capace. Però un adeguamento, anche filosofico, è necessario. Gli amici cinesi, un po' per forza di cose, tendono a focalizzare la propria attenzione sulla quantità, non di rado a scapito della qualità. **Quindi, il fatto che il governo si sia riproposto di ottenere una "Copertura Universale" sanitaria entro il 2020 non è sufficiente: anzitutto, è necessario comprendere pienamente in cosa esattamente consista la "copertura" stessa.**

**Giorgio Mario Cortassa** è medico d'emergenza dell'Ospedale S. Corona di Pietra Ligure e Project Manager dell'Ong Asia in Tibet.

**Daniele Brombal** è docente a contratto del Dipartimento di Studi sull'Asia e sull'Africa Mediterranea dell'Università Ca' Foscari di Venezia.

## **Bibliografia**

1. Il problema rimane a tutt'oggi rilevante. In merito, vedi: China Digital Times, "[Chinese Delighted By Hospital Violence?](#)", 2012 (ultima consultazione 06/04/2012).
2. Qualora non indicato altrimenti, i dati riportati in questo post sono tratti da: Qun Meng et al., "Trends in Access to Health Services and Financial Protection in China between 2003 and 2011: A Cross Sectional Study", *The Lancet*, 379 (2012), pp. 805-814.
3. Nabar, Malhar, "Targets, interest rates, and household saving in urban China", World Bank Working Paper, WP/11/223, Washington DC, International Monetary Fund, 2011 p.3.
4. Wagstaff A, Lindelow M. [Can Insurance Increase Financial Risk? The Curious Case of Health Insurance in China.](#) The World Bank, 2005 Policy Research Working Paper 3741, p. 10.
5. Dichiarazione resa in pubblico dalla prof.ssa Li Ling, nel corso della conferenza intitolata The Senior Level Seminar on National Health Services Survey and Health Reform Monitoring & Evaluation of China, tenutosi a Pechino il 2-3 dicembre 2009. La prof.ssa Li Ling è fra gli esperti di economia sanitaria più conosciuti e rispettati in Cina.
6. Cortassa GM, Zhang J, Brombal D, Liu X. [Progressi della riforma sanitaria in Cina.](#) Saluteinternazionale.info, 19.12.2010.
7. Cai Y. Between State and Peasant: Local Cadres and Statistical Reporting in Rural China. *The China Quarterly* 2000;163:783-805. Analoghe preoccupazioni circa la qualità delle attività di ricerca svolte in contesto cinese sono contenute in: Zhang D et al. An Assessment of the Quality of Randomised Controlled Trials Conducted in China.

Trials Journal 2008; 9, 22 s.i.p.

8. Health Coordination Unit in Beijing - Italian Development Cooperation (HCU), Health Human Resources Development Center - Ministry of Health P.R.China (HHRDC) "Impact of the New Rural Cooperative Medical Scheme on Health Care Services Accessibility in Central and Western China". Materiali presentati durante la conferenza The Chinese Health Care System at a Crossroads: The Issue of Accessibility and Reform Perspectives, Istituto Italiano di Cultura, Pechino, 19 giugno 2009.
9. Ministry of Health of P.R.China (MoH), An Analysis Report of National Health Services Survey in China, Beijing, MoH, 2009.
10. World Health Organization. World Health Statistics 2011. Geneva: WHO, 2011. Pp. 128-135.