

## Cina. Una transizione difficile

2014-09-28 21:09:07 Redazione SI



Gavino Maciocco

*pubblicato su: [www.sossanita.it](http://www.sossanita.it)*

Nonostante il sistema assicurativo promosso dal governo cinese raggiunga la quasi totalità dei cittadini, le spese catastrofiche per motivi medici non sono diminuite e non è migliorata la qualità dell'assistenza, centrata quasi esclusivamente sugli ospedali. Mentre esplode l'epidemia di malattie croniche.

---

**Alla Conferenza di Alma Ata il caso della Cina fu portato a esempio di una nazione che era riuscita in breve tempo a migliorare enormemente lo stato di salute della popolazione, soprattutto della popolazione rurale, riducendo drasticamente la mortalità infantile e debellando ataviche malattie come la malaria e la schistosomiasi.** Merito indiscusso delle politiche di Mao Tsetung e del Partito Comunista Cinese con la creazione di una capillare rete di servizi di sanità pubblica e di *primary health care* a livello rurale e la completa gratuità dell'assistenza sanitaria.

**Paradossalmente proprio nel 1978, l'anno di Alma Ata, queste politiche furono messe in discussione dal nuovo presidente della Cina, Deng Xiaoping,** succeduto a Mao Tsetung, morto nel 1976. Il nuovo corso politico-economico, basato sul mercato, avrà drammatiche conseguenze sul sistema sanitario. Tra queste la più importante fu la drastica riduzione della spesa sanitaria statale e il conseguente trasferimento alle province e alle autorità locali della responsabilità finanziaria sui servizi sanitari, attraverso la tassazione locale. Ciò ebbe l'immediato effetto di favorire le province più ricche della parte orientale del paese rispetto a quelle rurali più povere e di porre le basi per una crescente disparità tra sanità urbana e sanità rurale.

**La riduzione del finanziamento statale ha di fatto provocato la privatizzazione del sistema sanitario cinese.** I finanziamenti locali infatti coprono solo una piccola parte (10-30%) delle spese dei servizi e dei presidi sanitari, che sono così costretti a vendere le prestazioni in un regime di mercato. Ospedali e centri sanitari, dotati di una forte autonomia, impongono tariffe e possono generare profitti, da cui dipendono gli stipendi del personale

medico. Il risultato è l'esplosione della vendita di farmaci molto costosi (il 50% della spesa sanitaria in Cina è assorbita dai farmaci) e di servizi ad alta tecnologia. Un'altra conseguenza, frutto della privatizzazione dell'economia rurale e dello smantellamento delle cooperative agricole, è stata l'improvvisa scomparsa della rete di protezione sanitaria per 900 milioni di persone residenti nelle aree rurali. I "medici scalzi" – gli operatori sanitari di villaggio, protagonisti al tempo di Mao di grandi progressi nella promozione della salute – sono diventati liberi professionisti, impegnati anch'essi – al pari dei medici delle città – a lucrare soprattutto attraverso la vendita di farmaci.

In conclusione, l'impatto sulla sanità delle trasformazioni avvenute in Cina dagli anni 80 in poi è stato quello del collasso di un sistema di accesso universale ai servizi di base, che per anni ha rappresentato un modello per i paesi in via di sviluppo[1].

**Nel 2003 il 44,8% di popolazione urbana e il 79,1% della popolazione rurale era priva di assicurazione[2].** A causa di ciò le spese sanitarie "catastrofiche" colpivano il 12% delle famiglie cinesi e, nello stesso anno, il 30% delle famiglie povere attribuiva la propria condizione ai costi eccessivi dell'assistenza sanitaria. Nel 2003 la crisi della SARS mostrò a tutto il mondo la fragilità della Cina nel controllo dell'epidemie e nella gestione delle emergenze.

Non è quindi un caso che proprio nel 2003 che il governo cinese decide di occuparsi del sistema sanitario sia sul versante della sanità pubblica allestendo un nuovo sistema nazionale di sorveglianza delle malattie infettive, sia sul versante della copertura assicurativa della popolazione cinese, in particolare della popolazione che vive nelle aree rurali. **A tale scopo viene istituita una nuova forma assicurativa per la popolazione delle campagne – "Schema Medico Assicurativo Rurale" – e l'introduzione di un sistema analogo per le persone prive di copertura assicurativa nelle aree urbane, con l'obiettivo di raggiungere nel 2020 la copertura universale.**

**L'investimento pubblico è cresciuto nel tempo:** nel 2003 il premio assicurativo per persona era di 30 Yuan, di cui 10 a carico dell'assicurato e 20 a carico del governo, nel 2013 il contributo governativo è notevolmente cresciuto ed è di almeno 240 Yuan a persona (e tanto più sviluppata una provincia tanto più alto è il contributo governativo) [10 Yuan = 1,2 Euro] e lo schema assicurativo ha raggiunto la quasi totalità della popolazione, in anticipo rispetto ai tempi previsti.

**Gli effetti di questo intervento sono stati oggetti di diversi studi, il più ampio dei quali è stato pubblicato su Lancet nel marzo 2012[3](vedi [post](#)).** Secondo questo lavoro, l'accesso alle strutture ospedaliere è aumentato di 2,5 volte, con il tasso di ospedalizzazione che è passato dal 3,6% del 2003 al 8,8% del 2011. Un incremento che ha anche ridotto le diseguaglianze tra le diverse regioni del paese e tra città e campagna: per esempio, il numero dei parti assistiti in ospedale è cresciuto del 13,3% nelle zone rurali e del 4% nelle

città. È cresciuta anche la parte delle spese ospedaliere rimborsate dall'assicurazione, dal 14,4% del 2003 al 46,9% del 2011. Sono di conseguenza aumentate le prestazioni erogate, molte delle quali considerate eccessive (vedi prescrizioni farmaceutiche) o inappropriate come il caso dei tagli cesarei la cui percentuale sul totale dei parti è passata dal 19,2% del 2011 al 36,3% del 2011.

**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 40 % del reddito familiare, al netto delle spese per il cibo”) coinvolgevano infatti il 12,2 % delle famiglie nel 2003, il 14,0 % nel 2008, per poi attestarsi al 12,9 % nel 2011. Ciò significa che 173 milioni di persone sono a rischio di impoverimento in Cina per causa di malattia. Dietro a tali numeri si nascondono vicende di tragiche sofferenze e di morti spesso 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.

**Un altro limite del sistema assicurativo cinese è quello di essere focalizzato sul rimborso delle spese ospedaliere e ciò incentiva investimenti e consumi unicamente in questo settore.** Una politica che non tiene conto della situazione di rapida transizione epidemiologica: nel 1990 la prima causa di morte in Cina era rappresentata dalle infezioni dell'apparato respiratorio, nel 2010 dall'ictus. Nei 2010 tra le prime dieci cause di morte compaiono ben 4 diversi cancri: polmone, fegato, stomaco e esofago, assenti nel 1990. Nel 2010 delle 8,3 milioni di morti, 7,0 sono dovute a malattie croniche, nell'ordine: ictus, malattia ischemica di cuore, cancro, broncopneumopatia cronica ostruttiva. Se dal 1990 al 2010 la speranza di vita è cresciuta da 69,3 a 75,7 anni, nello stesso periodo sono aumentati in maniera significativa gli anni di vita persi a causa di mortalità prematura per ictus, malattia ischemica di cuore, incidenti stradali, BPCO, cancro del fegato e del colon, AIDS. Dal 1990 al 2010 sono aumentati del 21% gli anni vissuti in condizioni di disabilità: ciò dovuto in parte all'invecchiamento della popolazione (vedi forte aumento dei casi di demenza, oltre 9 milioni di casi), in parte per la crescita esplosiva delle malattie croniche, a partire dal diabete[4,5].

**Epidemia di malattie croniche** sostenuta da una crescente esposizione a fattori di rischio come una dieta povera di vegetali e ricca di grassi e sodio, ipertensione, fumo di tabacco (32% di fumatori tra gli uomini), inquinamento atmosferico soprattutto nelle città e inquinamento indoor, per uso di combustibili solidi, nelle campagne.

**Un recente libro bianco del Ministero della sanità cinese contiene un programma nazionale pluriennale di contrasto alle malattie croniche basato su diffusi interventi di prevenzione e di sanità pubblica e sullo sviluppo di servizi di cure primarie, oggi praticamente assenti.** Il maggiore ostacolo alla realizzazione di tali programmi è la scarsità di risorse

umane in tali campi. Sebbene il governo cinese consideri prioritaria la formazione di medici di famiglia, con la previsione di formarne 300 mila nei prossimi 10 anni[6], questo obiettivo sembra molto difficile da raggiungere, tenendo conto che è molto difficile assegnare e mantenere personale qualificato nelle aree rurali più povere del paese[7]. Inoltre va tenuto conto che l'intera formazione medica cinese sta attraversando una fase particolarmente critica. Per una serie di motivi, tra cui la crescente conflittualità tra pazienti e medici, che si traduce spesso in episodi di violenza (vedi [post](#)). **Dei 500 mila studenti che nel 2012 si sono laureati molti di essi hanno rinunciato a entrare nella professione medica, preferendo altri impieghi, ad esempio nell'industria.** Inoltre, come nota un'editoriale di Lancet[8], la qualità della formazione è scadente, molto nozionistica e basata su metodi pedagogici rigidi che privilegiano il modello biomedico e l'insegnamento della pratica ospedaliera, ignorando l'assistenza di base comunitaria e domiciliare e il contesto rurale. Gli stessi investimenti nella formazione del personale sanitario – medici e infermieri – sono molto limitati, risultando i più bassi al mondo.

## Bibliografia

1. Agnelli P, Maciocco G. Cina, in 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. Edizioni ETS, Pisa, 2006, pp 197-209.
2. China Household Health Survey 2003
3. Meng Q et Al. Trends in access to health services and financial protection in China between 2003 and 2011: a cross-sectional study. Lancet 2013; 379:805-14
4. Liu Y. et Al. Policy dialogue on China's changing burden of disease. Lancet 2013; 381:1961-2
5. Editorial. Towards better health for people in China. Lancet 2013; 381:1959
6. [vi] Government of People's Republic of China, China white paper on health care, 2012.
7. Yang G. et Al. Rapid health transition in China, 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2013; 381:1987-2015.
8. Editorial. Taking China's health professional education into the future. Lancet 2014, 384:715.