

Gli interventi condotti nel dipartimento di emergenza sono stati classificati in tre gruppi:

1. attività svolte durante l'attesa in pronto soccorso;
2. attività legate alla valutazione e gestione del paziente in pronto soccorso;
3. attività legate alla dimissione.

Due studi (di cui un trial clinico randomizzato), condotti nel setting assistenziale del dipartimento di emergenza, si sono rivelati efficaci nel ridurre la frequenza e l'ammissione in ospedale. Entrambi gli interventi comprendevano una componente comunitaria di dimissione. Paradossalmente tre interventi iniziati in pronto soccorso hanno mostrato un aumento di attesa nello stesso. Sei studi (di cui un trial clinico randomizzato) sono risultati efficaci nel ridurre il numero di ricoveri non programmati, l'attesa in pronto soccorso e l'eventuale riammissione. Gli altri studi non hanno mostrato risultati efficaci in relazione agli esiti oggetto di studio.

DISCUSSIONE

La presente revisione mette in luce un'evidenza limitata sugli interventi che riguardano il percorso del paziente dal pronto soccorso nel ridurre le attese e gli eventuali ricoveri evitabili. In effetti è estremamente difficile stabilire esattamente quali elementi di un intervento possano avere un impatto sull'esito finale. Non va dimenticato inoltre che la tipologia del problema sanitario e la severità delle condizioni di salute giocano un ruolo cruciale nello stabilire se un paziente è eleggibile o meno per un intervento, quale sia la natura di tale intervento e dove l'intervento debba essere effettuato. Quello che invece emerge con chiarezza dai risultati è che ricerche prospettiche ulteriori di alta qualità sono quanto mai necessarie: i ricercatori devono essere guidati dalla letteratura esistente su cosa effettivamente può rivelarsi efficace e devono utilizzare la metodologia dei trial clinici randomizzati e includere una fase pilota. Infine, gli interventi dovrebbero essere valutati facendo una scelta appropriata delle misure di esito in grado di stabilire il successo o meno di un intervento.

Letizia Orzella

*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali,
Agenas*

Il sistema sanitario cinese e l'epidemiologia clinica

Sun J, Gregersen H, Yuan W

Chinese health care system and clinical epidemiology

Clin Epidemiol 2017; 9: 167-178

INTRODUZIONE

In questo articolo Sun e colleghi evidenziano come le varie riforme del sistema sanitario cinese, attuate a partire dal 1949, abbiano permesso, nel lungo periodo, un miglioramento complessivo della salute collettiva e una riduzione delle storiche disuguaglianze di accesso alle cure tra popolazione urbana e rurale. Sono però ancora molte le sfide che il sistema deve affrontare in termini di riduzione delle disuguaglianze. Le recenti innovazioni, la riorganizzazione del sistema informativo sanitario e l'avvio di molti registri di patologia aprono, secondo gli autori, ampi spazi per futuri miglioramenti.

METODO

Gli autori procedono descrivendo l'evoluzione della distribuzione della popolazione cinese tra aree urbane e rurali e le riforme del sistema sanitario nelle sue varie tappe storiche. Delinano quindi i miglioramenti avviati nell'area dei registri di patologia e in tutto il sistema informativo sanitario, punto debole in un Paese così grande. Per gli autori queste sono aree fondamentali poiché sono alla base dello sviluppo della ricerca epidemiologica e dello studio delle diverse malattie. Inoltre aprono la strada a futuri ulteriori miglioramenti nella riduzione delle disuguaglianze di salute.

RISULTATI

Distribuzione della popolazione urbana e rurale e accesso al welfare

Quando nel 1949 fu fondata la Repubblica Popolare Cinese (RPC), circa il 90% della popolazione viveva in campagna svolgendo attività di tipo agricolo in condizioni di estrema povertà. Con lo sviluppo economico e il processo di urbanizzazione questa percentuale si è andata riducendo molto. Esistono però ancora due distinti registri di popolazione, sulla base dei quali si

determinano i benefici di welfare cui un cittadino ha diritto. Coloro che vivono nelle aree urbane hanno avuto accesso, storicamente, a servizi più ampi e di migliore qualità, in particolare per l'area sanitaria, potendo usufruire di una copertura assicurativa specifica finanziata da datori di lavoro e lavoratori e una a finanziamento statale per cittadini urbani non occupati (anziani, bambini, disoccupati, etc). La maggior parte dei residenti in zona rurale ha invece potuto godere di una assicurazione sanitaria solo dopo le recenti riforme.

Evoluzione del sistema sanitario cinese

L'evoluzione del sistema sanitario cinese si suddivide in quattro fasi di sviluppo.

Fase 1 (1949-1983)

In questi anni il governo realizzò un sistema di assistenza centralizzato, con operatori sanitari impiegati statali e forte attenzione alla prevenzione. I tassi di mortalità infantile migliorarono molto e furono quasi totalmente debellate le malattie infettive che affliggevano il Paese.

I residenti urbani, registrati presso le unità di lavoro statale, godevano di un'assistenza sanitaria gratuita.

Per le zone rurali venne istituito il sistema medico cooperativo, un sistema assicurativo a base comunitaria, che copriva tutti i lavoratori del settore agricolo. Venne fornita un'assistenza di

base su tutto il territorio anche tramite la formazione dei cosiddetti "medici scalzi".

Fase 2 (1984-2002)

Negli anni ottanta, anche a causa dell'avvio delle riforme economiche, il sistema medico cooperativo per le aree rurali collassò, lasciando la maggioranza della popolazione rurale senza assistenza sanitaria. Nel 1999 solo il 7% dei 900 milioni di residenti rurali aveva una qualche forma di copertura sanitaria. Nelle aree urbane molte aziende non sopravvissero alle riforme economiche e questo si ripercosse sulla possibilità di avere una copertura sanitaria dal datore di lavoro: la percentuale di residenti in città con copertura assicurativa sanitaria calò al 49%. Nel 1998 il governo iniziò ad introdurre le prime riforme migliorative.

Fase 3 (2003-2008)

Ulteriori riforme del sistema sanitario hanno portato nel 2003 e nel 2007 all'assicurazione cooperativa medica rurale e all'assicurazione per le aree urbane basata sulla residenza per le fasce più deboli della popolazione, altrimenti senza copertura.

Fase 4 (2009-oggi)

Nel 2009 sono state introdotte ulteriori riforme in cinque aree: servizi, farmaci essenziali, sanità pubblica, assicurazione e ospedali, basate sul



principio della solidarietà sociale e dell'uguaglianza di accesso. Dal 2009 al 2010 sono stati investiti circa 42 miliardi di yuan cinesi nella sanità: in trent'anni di riforme la Cina non aveva mai speso così tanto per un unico settore. Nel 2009 è stato introdotto il rimborso per l'assistenza non ospedaliera e la compartecipazione è stata molto ridotta. Le azioni intraprese hanno avuto effetti sullo stato di salute della popolazione riducendo la distanza tra aree rurali e urbane su molti indicatori di salute. La mortalità materna è scesa da 80 ogni 100.000 nascite nel 1991 a 25/100.000 nel 2012. La mortalità neonatale è passata da 33/1000 nel 1991 a 7/1000 nel 2012.

Organizzazione dell'assistenza sanitaria

I centri per l'erogazione di assistenza sono principalmente organizzati in base all'articolazione amministrativa (zone urbane, zone rurali, municipalità, villaggi, distretti, etc). I centri di assistenza primaria per la prevenzione e il controllo delle malattie e le agenzie per la donna e il bambino sono diffusi in tutto il territorio (nel 2014 erano 917.335). I centri per l'assistenza specialistica e in regime di ricovero si dividono in pubblici (66%) e non pubblici.

Il sistema delle assicurazioni

Esistono tre schemi assicurativi principali, implementati a partire dalle riforme del 1998 e perfezionati nel tempo fino ad arrivare, nel 2016, all'avvio di un processo di unificazione.

L'assicurazione per i lavoratori delle aree urbane, introdotta nel 1998, è obbligatoria e copre il 21% della popolazione. Prevede un rimborso dell'80% per i ricoveri e del 50-80% per le altre prestazioni. È finanziata da datori di lavoro e lavoratori.

L'assicurazione cooperativa medica rurale (2006) è volontaria e copre il 54% della popolazione, prevedendo un rimborso del 75% della spesa per i ricoveri e del 50% per le altre prestazioni. È finanziata con fondi governativi e, in più piccola parte, dal paziente.

L'assicurazione per le aree urbane basata sulla residenza è invece un'assicurazione pubblica obbligatoria per cittadini urbani non occupati (anziani, bambini, etc.) ed è stata introdotta nel 2009. Copre il 23% della popolazione totale e prevede un rimborso del 70% per i ricoveri e del 50% per le altre prestazioni. Altri schemi as-

sicurativi permettono poi l'assistenza in situazioni e/o per gruppi di popolazione altrimenti non coperti dai tre programmi principali (per esempio, programma per famiglie a basso reddito, programma di assistenza per le emergenze e indigenti e assicurazione per le malattie gravi).

Sistema informativo sanitario, registri di patologia e progetti di ricerca

Il governo cinese riconosce alla digitalizzazione e al sistema informativo sanitario un ruolo fondamentale nella buona riuscita delle riforme avviate. Sono state implementate le cartelle cliniche digitalizzate ed emanata una serie di standard di omogeneizzazione e qualità dei database sanitari. I dati digitalizzati provenienti dai gestori degli schemi assicurativi rappresentano un'importante fonte conoscitiva e sono molti i progetti di ricerca avviati per la costruzione di diversi registri di patologia (cancro, ictus, trapianti di fegato e malattie croniche). Non esiste però ancora un registro nascite e un registro morti di livello nazionale.

CONCLUSIONI

Secondo gli autori le riforme avviate hanno aperto nuove possibilità di sviluppo e anche nuove sfide. Si stanno compiendo importanti passi verso un registro sanitario unico nazionale a partire dai tanti registri già realizzati e dalla digitalizzazione delle cartelle cliniche. Con l'unificazione sarà possibile svolgere analisi incrociando dati socio-anagrafici e ottenendo informazioni per ulteriori miglioramenti. Le sfide future sono rappresentate dalla necessità di integrazione dei diversi schemi assicurativi a garanzia di una maggiore equità e omogeneità di accesso alle cure, accanto ad un monitoraggio dell'efficacia, efficienza ed appropriatezza delle cure erogate, poiché una copertura universale non garantisce di per sé la qualità e l'omogeneità dell'assistenza. Per affrontare tali sfide la Cina deve guardare, secondo gli autori, ai Paesi che già hanno fatto progressi in questi campi e migliorare la cooperazione internazionale in questi ambiti.

Alessandra Lo Scalzo

*Area Innovazione, Sperimentazione e Sviluppo
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali,
Agenas*