



Università
Ca'Foscari
Venezia

Corso di Laurea magistrale

in Lingue, Economie ed Istituzioni dell'Asia e dell'Africa
Mediterranea

Tesi di Laurea

**L'intervento della Long Term Care (LTC)
sul tema dell'invecchiamento in Cina:
analisi del programma pilota LTCI
(2016-2020)**

Relatrice

Ch.ma Prof.ssa Anna Marenzi

Correlatore

Ch.mo Prof. Franco Gatti

Laureanda

Marzia

Di Marcantonio

Matricola 87723

Anno Accademico

2019 / 2020

Sommario	
Abstract	4
Introduzione	6
中国人口的老龄化问题：LTC 的系统.....	10
Capitolo I	13
Il problema dell'invecchiamento in Cina	13
1.1 I risvolti della disuguaglianza tra aree urbane e rurali sullo stile di vita degli anziani in Cina....	17
1.1.2 Impatto dell'emancipazione femminile nella propaganda Maoista sull'invecchiamento della popolazione cinese.....	20
1.2 Il “peso” degli anziani	24
1.2.1 Il concetto di disabilità	28
1.3 L'accesso ai servizi di Long Term Care (LTC) in Cina	30
1.3.1 Il costo della LTC.....	37
1.4 L'intervento del Governo.....	39
Capitolo II	43
La salute come prodotto	43
2.0 Premessa.....	43
2.1 La produzione dello stato di salute: il modello di Grossman.....	44
2.2 Effetti della longevità sulla produttività	49
2.2.1 I fattori del modello di Grossman: l'educazione	52
2.2.1 I fattori del modello di Grossman: il fenomeno del <i>presenzialismo</i>	54
2.3 Il risparmio in Cina	56
Capitolo III	60
Il programma pilota di Long Term Care Insurance (LTCI)	60
3.1 La somministrazione del programma pilota LTCI	60
3.2 I risultati dei dati di copertura ed accesso del programma pilota LTCI.....	64
3.2.1 Gli effetti del programma LTCI sulla città pilota di Shanghai	70
3.2.2 Gli effetti del programma LTCI sulla città pilota di Qingdao	72
3.3 Le sfide del Governo a seguito del successo del programma LTCI	74
Conclusione	79
Bibliografia	83
Sitografia	95
Abbreviazioni	98

*A mio nonno,
ci hai creduto prima che ci credessi io.*

Abstract

La *Long Term Care* (LTC) è una polizza, che copre le spese derivanti dall'impossibilità di svolgere autonomamente le normali attività quotidiane (azioni basiche come muoversi, lavarsi e mangiare) a lungo termine, generando una lesione all'autosufficienza, causata anche, ma non obbligatoriamente, da malattia o infortunio.

Tale polizza viene, in alcuni Paesi concessa gratuitamente, oppure acquistata per evitare la possibilità di non essere autosufficienti in età avanzata, come in caso di bisogno di una badante o di recarsi presso una casa di cura o per avere la necessaria assistenza sanitaria. Essa è presente nella maggioranza dei paesi avanzati ed è un segnale del preoccupante aumento del numero di anziani.

Tale fenomeno sta caratterizzando soprattutto la Cina, in cui viene sottolineata l'importanza dell'assistenza a lungo termine per gli anziani. Il numero di persone di età pari o superiore a 65 anni è aumentato da 96 milioni nel 2003 a 150 milioni nel 2016, alcuni dei quali disabili a causa di malattie croniche o per effetti naturali dell'invecchiamento. Pertanto, la misurazione dell'impatto, anche economico, della LTC è di fondamentale importanza.

La presente tesi di laurea analizza l'esperimento pilota riguardante il programma di assistenza sanitaria denominato LTCI e condotto su quindici città campione al fine di identificare quale parte della popolazione necessitasse di maggiore supporto e di quale tipo. Lo scopo è capire ed interpretare i possibili interventi.

Parole chiave: sanità, longevità, assistenza sanitaria

Introduzione

In Cina, il processo di modernizzazione si sta verificando all'interno di un contesto di rapido invecchiamento della popolazione. Durante gli ultimi sessanta anni la popolazione cinese è aumentata da mezzo miliardo a un miliardo e trentacinque milioni di persone e si stima che raggiungerà la cifra di un miliardo e mezzo tra il 2020 ed il 2021 (Ikels C., 2010).

Sebbene questo fenomeno sia presente, anche, nelle culture occidentali, quella cinese manifesta una serie di sfide legate alla propria tradizione. Da una parte la differenza tra le aree urbane e rurali si interpone tra gli anziani e l'accesso alle cure mediche, dall'altra, l'allontanamento dei giovani cinesi, soprattutto donne, dai precetti Confuciani, non solo ha causato una contrazione delle nascite, ma ha lasciato molti anziani soli e bisognosi di assistenza. Il futuro della Cina è, quindi, gravemente minacciato.

Invecchiare è un processo naturale, che porta inevitabilmente a una perdita parziale o totale di autonomia, che sia essa di tipo fisico o psicologico. Pertanto, con l'avanzare dell'età, molti hanno bisogno di assistenza e la cercano all'interno del nucleo familiare. La cultura e la legislazione cinese tutelano la figura dell'anziano e suggeriscono alle successive generazioni di prendersene cura provvedendo ai suoi bisogni. A seguito della Politica del figlio unico 一孩政策 Yī hái zhèngcè del 1979, la struttura della popolazione cinese è stata caratterizzata dalla numerazione 4-2-1 e significa quattro nonni, due genitori e un figlio. Programmare un unico figlio a famiglia doveva ridurre le nascite e contenere la sovrappopolazione cinese. Se da una parte sono state ridotte le nuove nascite, la diminuzione del numero di giovani nelle famiglie ha significato avere meno familiari in grado di aiutare quelli più longevi.

Si stima che, mentre il tasso di fertilità continua a diminuire, la crescita del numero degli anziani con età è pari o superiore ai 60 anni, nel 2050, raggiungerà i 440 milioni ed i 101 milioni per quanto riguarda la popolazione anziana di oltre 80 anni (Banister J., Bloom D. E., Rosemberg L., 2010, p.5). Questi numeri spaventano, poiché è sempre più difficile per i giovani sostenere gli anziani a causa della disparità nel livello della vita in campagna ed in città. Sono tantissimi, che migrano verso le grandi città per cercare lavoro.

Un esempio di questa disparità è la modalità di accesso ai servizi di Long Term Care (LTC), che dovrebbero soddisfare le esigenze mediche e non mediche di coloro che sono affetti da una malattia cronica o disabilità e che non sono autosufficienti ed in grado di prendersi cura di loro stessi, la cui richiesta è aumentata da quando gli anziani sono sempre più trascurati. Molti di questi, soprattutto residenti nelle zone rurali, non hanno la possibilità di sostenere l'onere di queste spese e lo riversano

sullo Stato.

La differenza tra l'ambiente cittadino e quello agreste nasce durante il periodo Maoista quando la sanità in Cina era, ancora, pubblica. Esso si basava su una rigida pianificazione economica, sul controllo della popolazione, sulla fornitura diretta dei servizi sociali da parte dell'unità produttiva e sulla mobilitazione della comunità (Brombal D., 2010). L'allora presidente Mao Zedong, ispiratosi al sistema comunista russo, instaurò la sanità pubblica in tutto il paese, dando a tutti la possibilità di ricevere cure mediche, perlopiù gratuite. La presenza di un sistema sanitario nazionale pubblico permetteva a tutta la popolazione cinese di accedere alle cure mediche senza particolari limitazioni, proprio perché il costo delle prestazioni era ammortizzato dallo Stato e non pesava direttamente sul singolo paziente permettendo anche alla classe più svantaggiata del popolo di essere curata.

La maggior parte della popolazione proveniva dalle zone rurali e pertanto furono impiegati medici, rinominati in seguito *medici scalzi*, i quali si spostavano di villaggio in villaggio a seconda della reale necessità (Calza E., 2008). I tassi di mortalità infantile tra il 1952 ed il 1982 scesero da 100 a 34 ogni 1000 nati vivi e furono quasi totalmente debellate malattie importanti come la schistosomiasi, che da tempo affliggevano il Paese (Sartor G., 2017).

In seguito, il periodo post - Maoista è stato il palcoscenico di numerose riforme economiche: tra queste la de-collettivizzazione dell'agricoltura, l'allentamento delle restrizioni alla migrazione e la riforma degli alloggi e delle imprese, pensate per intervenire, anche, sui sistemi di supporto degli anziani cinesi.

Il successore del presidente Mao fu Deng Xiaoping, grazie al quale la Cina ha avviato la scalata economica, che ancora oggi continua inarrestabile, attuando la riforma delle *Quattro modernizzazioni*: agricoltura, scienza e tecnologia, industria e difesa nazionale. Nel 1984 anche il sistema sanitario cinese mutò passando da pubblico a privato, dando luce ad un libero mercato. Nel 1985 sono stati compiuti enormi sforzi per schematizzare nel migliore dei modi la riforma, che garantiva agli ospedali privati più potere e diritti.

Negli anni successivi, la quota del bilancio pubblico a favore degli ospedali è diminuita sebbene, la quota degli investimenti totali sia aumentata. D'altra parte, a causa della mancanza di assicurazioni e sostegni familiari, l'onere della spesa sanitaria è ricaduta sulle tasche dei pazienti. Secondo la seconda e la terza indagine sui servizi medici cinesi, la crescita della spesa sanitaria media ambulatoriale è stata molto più rapida della crescita del reddito medio disponibile. Infatti, sebbene il sistema sanitario cinese non fosse più pubblico, lo Stato interveniva attraverso sussidi per permettere a chi avesse più difficoltà ad accedere alle cure mediche, come l'Urban Employee Basic Medical Insurance (UEBMI),

che ha come componente il Medical Saving Account (MSA)¹.

La difficoltà nell'accedere a un'assistenza sanitaria adeguata e l'alto costo della stessa sono alcune delle principali preoccupazioni sociali in Cina (Liu Y., Bermana P., Yipa W., Liang H., Mengc Q., Quc J., Lid Z., 2006).

Nel 2001 fu testato il programma Star Light, nato per aiutare gli anziani delle zone rurali. Il progetto intendeva costruire più di 30.000 case e centri di attività per anziani e istituire un sistema di servizi per la comunità che andasse a coprire le case con strutture speciali per gli anziani nelle città. La seconda fase del progetto aveva aiutato più di 13.800 case e centri di attività per anziani in circa 400 città di medie dimensioni in tutto il paese, principalmente attraverso il sostegno finanziario governativo (Feng Z., Liu C., Guan X., Mor V., 2012, pg.5).

Oggi, fornire sostegno alle famiglie è diventato sempre più problematico e sia ricercatori che politici hanno iniziato a sollecitare il governo cinese a prendere provvedimenti concreti per alleviare il peso di questa condizione. I ricercatori sottolineano che, sia necessario intervenire significativamente sulla tutela degli anziani e sull'incentivo alle nascite, ma che i costi finanziari e di opportunità per fornire assistenza superino ogni aspettativa. Le proiezioni suggeriscono che, entro il 2020 i costi dei servizi promossi dalla Long Term Care (LTC) aumenteranno fino ad una media di 39,46, 8,98 e 20,25 miliardi di dollari rispettivamente per le disabilità lievi, moderate e gravi; questi numeri raggiungeranno 141,7, 32,28 e 72,78 miliardi di dollari entro il 2050. Il livello medio giornaliero per l'assistenza alla vita per disabilità lievi, moderate e gravi aumenterà a 26,23, 6,36 e 27 miliardi di dollari (Li F., Otani J., 2018, pg.482).

La misura in cui il settore non governativo è coinvolto nel finanziamento e nella fornitura di assistenza sanitaria tramite LTC varia notevolmente da paese a paese. Uno dei dibattiti politici centrali per la riforma del sistema sanitario in tutto il mondo è se e come il governo debba mobilitare questo settore per aiutare a ottenere un miglioramento nell'accesso a cure di migliore qualità e migliori risultati sanitari delle popolazioni. In parte, l'ambiguità delle politiche riguardo al ruolo appropriato del settore privato deriva dalla mancanza di comprensione della logica e della performance del settore stesso. Ad esempio, l'economia cinese nel suo insieme è ora dominata dal settore non governativo ed è per questo che il governo centrale sta ritenendo opportuno intervenire, anche per impedire che il welfare del paese si abbassi portando ad un malessere incontrastabile (Liu Y., Bermana P., Yipa W., Liang H., Mengc Q., Quc J., Lid Z., 2006).

La Cina si sta ponendo diverse domande al fine di migliorare l'accesso alle cure da parte della sua

¹ Alla fine del 1998, la Cina ha lanciato un programma assicurativo obbligatorio gestito dal governo, l'Urban Employee Basic Medical Insurance (UEBMI), per sostituire il precedente sistema di assicurazione medica (Feng Huang e Li Gan, 2017).

popolazione, tra cui: come cresceranno la richiesta ed i costi di LTC? Sono molteplici gli articoli in cui viene specificato che, i futuri aumenti dei costi di LTC saranno enormi e che l'attuazione di un ragionevole meccanismo di pagamento individuale e socio-governativo siano necessari. Tra le tante proposte per migliorare il sistema sanitario, il Governo cinese nel 2016 ha lanciato e successivamente sperimentato il sistema pilota Long Term Care Insurance (LTCI) in 15 città pilota con il compito di comprendere in che modalità migliorare ed incrementare l'accesso alle cure sanitarie e, in particolar modo, interpretare il futuro della popolazione anziana, cercando di abbattere le differenze tra centri rurali e cittadini, ammortizzandone, il più possibile, i propri costi.

La presente tesi è suddivisa in tre capitoli: il primo vorrà rappresentare il problema dell'invecchiamento e gli agenti ad esso connessi. In primo luogo, spiego le cause principali di questo fenomeno: la nascita della differenza tra le aree rurali ed urbane e l'evoluzione del ruolo della donna nella società cinese dal periodo Maoista e quali conseguenze abbia avuto sul calo delle nascite. In secondo luogo, intendo fornire al lettore una panoramica dell'evoluzione dei servizi di LTC in Cina, per capirne le lacune e finire con il rappresentare il ruolo del Governo cinese e le difficoltà, che incontra nel migliorare questi servizi.

Nel secondo capitolo presento il modello di Grossman, un modello economico utilizzato in economia sanitaria per spiegare il concetto di salute come bene. Tale modello mi ha particolarmente colpita e l'ho trovato particolarmente interessante: se si considera la salute un bene soggetto ad un processo produttivo, è possibile comprendere gli interessi economici connessi alla sua produzione.

Nel terzo capitolo verrà descritto il programma sperimentale di Long Term Care Insurance (LTCI), collaudato dal 2016 al 2020. Presenterò in che modo sia stato somministrato e quali esiti, sia positivi che negativi, abbia avuto. L'intenzione è interpretare in che modalità la Cina si stia muovendo per allargare la copertura sanitaria per contrastare la crescente longevità della popolazione, abbattere le disparità e migliorare la ricchezza del Paese.

Ho particolarmente a cuore la problematica dell'accesso alle cure mediche, specialmente da parte degli anziani. Non perché sia un problema, che riguardi solo l'Italia, ma ritengo eticamente corretto comprendere come assicurare un diritto umano fondamentale, che è quello del benessere, anche e soprattutto, psico-fisico.

中国人口的老龄化问题：LTC 的系统

谁是我们口中所说的老人？老人，指的是家里的长辈，我们的祖父母。很多年轻人可能生了孩子但是没时间带，而这种时候祖父母就起到了关键的作用，他们可以在父母上班的时候带孩子上学，做校外活动，以及做好饭等他们回来吃。这样一来就会减轻爸爸妈妈的负担。但是当老人需要帮助的时候，当他们无法照顾自己的时候，谁来帮他们？如果是有家人的老人这构不成大问题，但是现实中有很多独居老人，或者是生活在农村里，而医院可能是在大城市里，先不说交通问题，光是高昂的医疗费用就不是所有老人可以负担的。

中国政府正在积极帮助老人获得医疗服务，因为如果老龄化不解决的话将会给社会以及经济带来严重的问题。如今的社会老龄化有越演愈烈的趋势，以及出生率近几年也在降低。为什么会降低呢？因为年轻人不想生孩子和结婚，毕竟结婚对很多年轻人来说是一种压力，没有钱，如何结婚？

每年都有很多年轻人从农村来到大城市找工作，但是来到一个陌生的城市，没有家人的帮助会显得更为艰难。

在中国，生为子女必须帮助家里的老人，这个是被儒家称为孝顺。众所周知儒家是孔子的学校，儒家的以为是被论文写下来仁，利和孝顺，它不仅是个想法还是生活方式，所以对于中国人明白如何帮助父母很重要。当年轻一代离开自己的家乡的时候，剩下的老人无人依靠，毕竟农村没有像大城市有疗养院以及政府无法帮助到每个农村。

人口老龄化是现代中国首要面对的问题。鉴于出生率年年下降，代表着中国的老龄化将会越来越严重。没有新生儿，代表没有年轻人，没有年轻人的同时代表没有新人为社会做贡献以及支付退休金给老人。从毛主席时代到如今，中国发生了很大的变化。现在的中国更像西方。虽然毛主席以俄罗斯为例建立了中国，但中国已经不是我们以前所认识的了。

今日的中国必须承担人口的数量，努力理解和满足中国人的需求。但是当人口数量这么庞大的时候对中国也无法满足所有人。中国贫富差距很大，这也间接导致了很多人无法得到他们想要的帮助。解决问题的方式就是通过其他渠道，比如微信。

在中国，现代化进步是在人口迅速老龄化的背景下进行的。虽然老龄化的问题也在西方国家存在，但中国人在家庭和工作的平衡下，提出了一些与它抗衡的建议。中国人口老龄化是一个对中国未来会产生重大影响的变故。在过去六十年中，中国人口从3050万发展到5亿，预计2020年至2021年将达到15亿。

造成这一社会灾难的主要原因之一是城乡生活水平的显著差异。这反映在城市和农村地区的援助差异上。这种差距出现在毛派时期，当时中国的医疗保健仍然公开。它的基础是严格的经济规划、人口控制、生产单位直接提供社会服务和社区动员。当时的毛泽东总统在俄罗斯共产主义制度的启发下，在全国各地建立了公共卫生机构，使每个人都有机会获得医疗，大部分是免费的。因为，卫生部归国家所有，甚至其雇员作为医生、护士和其他专业人员，也被视为国家雇员，因此可以免费获得医疗服务。

大多数人口来自农村地区，因此被雇用的医生后来改名为赤脚医生，根据实际需要从小村搬到另一个村庄。1952年至1982年，婴儿死亡率从每1000名活产100人下降至34人，几乎完全根除了血吸虫病等长期困扰该国的主要疾病。也值得考虑后毛派经济改革的影响，包括农业非集体化、放宽移民限制以及住房和商业改革，对中国长者的支持制度。

毛主席的接班人是邓小平，由于邓小平开创了经济的发展，农业、科技、工业和国防四大现代化改革，中国卫生系统也从公制向民营性、自由市场的光明发展。1985年，为更好地计划改革作出了巨大努力，使私立医院拥有更多的权力和权利。

在以下几年，有利于医院的公共预算份额有所下降，但占总投资的份额有所增加。另一方面，由于缺乏保险和家庭支持，医疗开支负担已落在病人的口袋里。根据第二次和第三次中国医疗服务调查，门诊平均医疗费用的增长比平均可支配收入的增长要快得多。获得足够保健的困难和高昂的医疗费用是中国一些主要社会问题。

这一突破始于2001年，当时星光计划进行了测试。如今，向家庭提供支持的问题日益严重，研究人员和政治家都开始敦促中国政府采取具体步骤，以减轻这种负担。他们强调，在保护老年人和鼓励生育方面需要采取重大行动，但提供护理的财政费用和机会超出了所有预期。事实上，预测表明，到2020年，轻度、中度和重度残疾的LTC费用将分别增加至39.46美元、8.98亿美元和202.5亿美元；到2050年，这一数字将达到141.7亿美元、32.28亿美元和727.8亿美元。轻度、中度和重度残疾的平均每日生活护理水平将提高至26.23美元、6.36美元和270亿美元。

非政府部门参与通过LTC筹资和提供保健的程度因国而异。全世界医疗改革的核心政策辩论之一是，政府是否应该以及如何动员这一部门，帮助改善人们获得更高质量的医疗保健和更好的健康结果。部分地，关于私营部门适当作用的政策含糊不清，源于对部门本身的逻辑和业绩缺乏了解。例如，中国经济整体现在由非政府部门主导，这就是为什么中央政府考虑适当干预，也为了防止国家的福利被降低，导致无可争议的弊病。

中国迫切要回答的问题是，LTC 的要求及其成本将如何增长。已经表明，今后 LTC 费用将大大增加，有必要实施合理的个人和社会政府支付机制。在这方面，已经设计和测试了 LTCI 试点系统，其中必须考虑到各种因素，包括：老年人口的未来、他们的租约和政府手中的财政负担，这些要素必须支持其发展。

Capitolo I

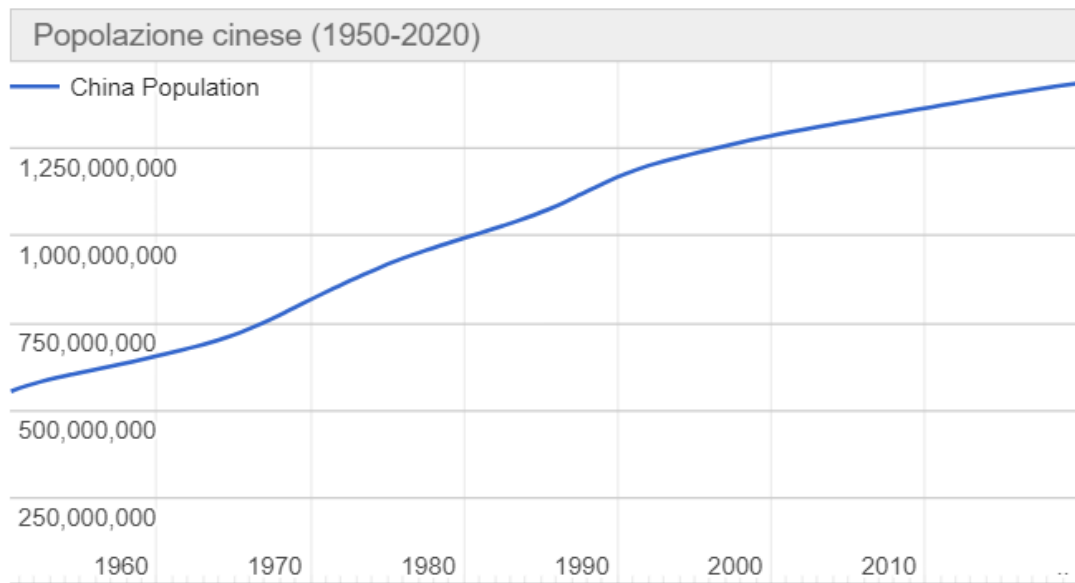
Il problema dell'invecchiamento in Cina

Nonostante in Cina la popolazione invecchi a livelli esponenziali, il tasso di fertilità, ossia il numero di nuovi nati tra il 1950-1955 fino al 1990-1995 è sceso da sei a due unità annue per donna arrivando al di sotto delle 2 unità dal 1995 in poi (Banister J., Bloom D. E., Rosemberg L., 2010). Questo declino da una parte è sicuramente dovuto alla politica del figlio unico, adottata in Cina a partire dal 1979, ma stando ai dati l'aumento della "terza età" precede la legge di più di dieci anni. È soprattutto a causa della legge sul matrimonio² e sulla riproduttiva degli anni '50 in cui viene posticipata sia l'età matrimoniale che del primo figlio. Il governo ha cercato di allentare la morsa sulla legge del figlio unico nel 2016, senza un reale successo. Infatti, lo scarso aumento della natalità è dovuto ad altri fattori come la crescente urbanizzazione (Banister J., Bloom D. E., Rosemberg L., 2010).

Allo stesso tempo con l'aumento del grado di istruzione, la quale è di per sé estremamente cara, delle donne e la loro inclusione nel mondo del lavoro, diminuisce il numero di quelle interessate a ricoprire il ruolo tradizionale di mogli e madri. Non solo le donne non generano più figli, ma sono numericamente inferiori agli uomini cosa che rende ulteriormente più difficile soddisfare il bisogno riproduttivo di ogni singolo maschio cinese (IPA, 2019). Come rappresentato nel Grafico 1, il tasso di crescita medio annuo della popolazione è sceso dall'1,96% del 1949 a circa l'1% nel 1974 e ha avuto diverse ripercussioni economiche, legate sia alla spesa pubblica, che a quella privata. Senza l'intervento del Governo tramite le leggi sul matrimonio e del figlio unico e, senza l'incremento del livello di donne attive nel mercato del lavoro, il tasso di crescita della popolazione cinese non sarebbe stato interrotto e, nel 2000 la popolazione cinese avrebbe vantato 191 milioni di abitanti in più (Banister J., Bloom D. E., Rosemberg L., 2010, p.5).

² La bozza di questo lavoro iniziò nell'inverno del 1948 e durò un anno e mezzo. Fu emanata nel 1950, consisteva in 8 capitoli e 27 articoli totali e per il suo contenuto era considerabile a una legge sulla famiglia. Furono applicate delle modifiche importanti nel 1930. Tratta dei diritti e doveri dei coniugi, di come contrarre o interrompere il contratto di matrimonio e, per la prima volta, del rapporto tra genitori e figli.

Grafico 1: Tasso di crescita della popolazione cinese dal 1950 al 2020



Fonte: Worldometer

Dal 1950 è aumentata, anche, l'aspettativa di vita la quale ha raggiunto i 73 anni di vita a persona e si stima che nel 2050 giunga fino agli 80 (Hu J., 2012, pg.8-10). Un dato notevole se consideriamo che, nel 1970 l'età media era di 19 anni e che nel 2050 dovrebbe arrivare a 48 anni. L'inarrestabile aumento dell'età media, insieme alla riduzione del tasso di fertilità e l'incremento della longevità, è senza dubbio alla base della crescita del numero degli anziani e c'è un'alta probabilità che nel 2050 il numero degli anziani arrivi ai 440 milioni, di cui 101 avrà oltre 80 anni e la restante parte avrà oltre i 60 anni (Hu J., pg. 10-12, 2012).

La trasformazione demografica avvenuta in Cina a partire dagli anni Settanta ha cambiato la società cinese con conseguenze sulla percentuale delle nascite, scesa di circa il 17% e sulla percentuale della popolazione in età lavorativa, salita del 13.3%. Tale dato è fondamentale connesso al fenomeno dell'invecchiamento, ma si ritiene che, il 2020 sarà un anno cruciale, poiché la popolazione in età lavorativa, indispensabile per il mantenimento di quella anziana, diminuirà portandosi dietro conseguenze irreversibili (IPA, 2019).

Tabella 1: Storico della popolazione della Cina

Anno	Popolazione	Variazione % annuale	Cambio annuale	Migranti (netto)	Età media	Tasso di fertilità	Densità (P / Km²)	Pop urbano %	Popolazione urbana	La quota del pop mondiale del paese	Popolazione mondiale	China Global Rank
2020	1.439.323.776	0,39%	5.540.090	-348.399	38.4	1.69	153	60,8%	875.075.919	18,47%	7.794.798.739	1
2019	1.433.783.686	0,43%	6.135.900	-348.399	37.0	1.65	153	59,7%	856.409.297	18,59%	7.713.468.100	1
2018	1.427.647.786	0,47%	6.625.995	-348.399	37.0	1.65	152	58,6%	837.022.095	18,71%	7.631.091.040	1
2017	1.421.021.791	0,49%	6.972.440	-348.399	37.0	1.65	151	57,5%	816.957.613	18,83%	7.547.858.925	1
2016	1.414.049.351	0,51%	7.201.481	-348.399	37.0	1.65	151	56,3%	796.289.491	18,94%	7.464.022.049	1
2015	1.406.847.870	0,55%	7.607.451	-310.442	36.7	1.64	150	55,1%	775.352.918	19,06%	7.379.797.139	1
2010	1.368.810.615	0,57%	7.606.847	-435.677	35.0	1.62	146	48,9%	669.353.557	19,68%	6.956.823.603	1
2005	1.330.776.380	0,62%	8.045.123	-393.116	32.6	1.61	142	42,2%	561.983.323	20,34%	6.541.907.027	1
2000	1.290.550.765	0,79%	9.926.046	-76.600	30.0	1.62	137	35,7%	460.377.048	21,01%	6.143.493.823	1
1995	1.240.920.535	1,07%	12.807.372	-155.996	27.4	1.83	132	30,9%	383.901.711	21,60%	5.744.212.979	1
1990	1.176.883.674	1,82%	20.258.863	-86.330	24.9	2.73	125	26,3%	310.022.147	22,09%	5.327.231.061	1
1985	1.075.589.361	1,47%	15.100.025	-40.000	23.5	2.52	115	22,8%	244.946.241	22,08%	4.870.921.740	1
1980	1.000.089.235	1,55%	14.769.670	-9.401	21.9	3.01	107	19,2%	192.392.094	22,43%	4.458.003.514	1
1975	926.240.885	2,28%	19.727.898	-221.096	20.3	4.85	99	17,3%	160.244.444	22,70%	4.079.480.606	1
1970	827.601.394	2,70%	20.676.485	-32.000	19.3	6.30	88	17,3%	143.513.192	22,36%	3.700.437.046	1
1965	724.218.968	1,86%	12.762.182	-225.145	19.8	6.15	77	18,0%	130.684.595	21,69%	3.339.583.597	1
1960	660.408.056	1,53%	9.633.300	-11.900	21.3	5.48	70	16,1%	106.561.743	21,76%	3.034.949.748	1
1955	612.241.554	2,00%	11.564.456	-51.205	22.2	6.11	65	13,8%	84.639.825	22,08%	2.773.019.936	1

Fonte: Worldometer

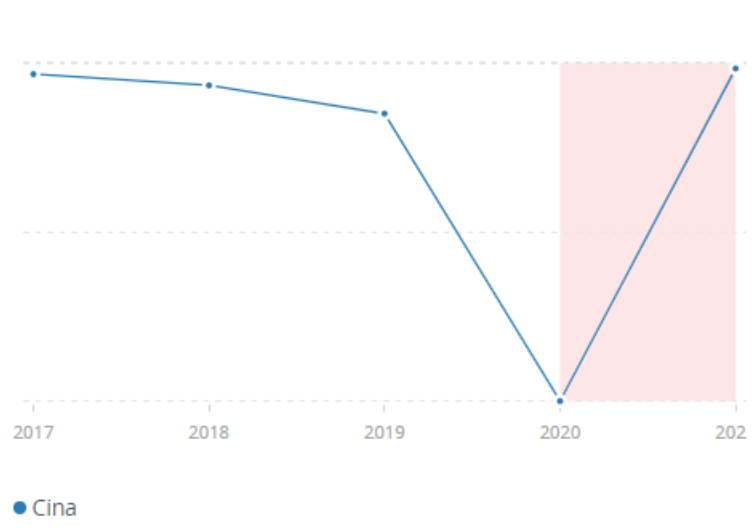
Prendendo come riferimento la Tabella 1 si nota come il tasso di fertilità sia diminuito vertiginosamente dal 1955 con una variazione annua che varia dal 2% allo 0,39%. L'immagine di una Cina con un così basso livello di giovani potrebbe far pensare a un repentino impoverimento con conseguente calo del prodotto interno lordo (PIL), dovuto all'assenza di nuova forza lavoro.

Dopo aver goduto di una crescita annua del prodotto interno lordo (PIL) ininterrotta pari a circa il 9-10% negli ultimi 3 decenni, la Cina è ora una superpotenza politica ed economica. È la seconda potenza economia più grande del mondo, ma il suo PIL pro-capite è pari a quello di una nazione a medio reddito.

Il popolo cinese, disomogeneo ed in ritardo rispetto allo sviluppo economico, si è trovato ad affrontare un rischio maggiore di perdita del reddito o shock dovuto alla dislocazione sociale, all'occupazione precaria e all'inadeguatezza della protezione sociale (Yu C.W. e Leung J., 2012). Secondo l'Human Development Index compilato dall'UNDP, la Cina è ora considerata una regione a "medio sviluppo umano", classificata nel 2010 all'ottantanovesimo posto nel mondo. In quell'anno, l'aspettativa di vita era di 73,5 anni, con una media di istruzione di 7,5 anni ed il PIL pro capite di 7.258 dollari (UNDP,

2010 p. 144).

Grafico 2: Crescita del PIL cinese annuale



Fonte: World Bank³

Come si evince dal Grafico 2, pure tenendosi molto alto, il PIL della Cina sta lentamente decrescendo di anno in anno toccando nel 2019 i 14,140 trilioni di dollari. Se da una parte il PIL della Cina rimane elevato, dall'altra tale ricchezza non si rispecchia nello stile di vita della maggioranza della popolazione: gli anziani. La Cina ha una società vecchia, sebbene sia, ancora, un'economia a medio reddito. I risultati del censimento del 2010 hanno dichiarato che, la Cina ha 1,41 miliardi di persone. Il numero di persone di età superiore ai 60 anni ha raggiunto i 180 milioni, rappresentando il 13% della popolazione complessiva (Mainland Population, 2011). Ad oggi la Cina è costituita da 1,439 miliardi di abitanti ossia il 18,47% della popolazione mondiale (Worldometer⁴, 2020). Di questi 1,439 miliardi, 430.000 sono poveri (ANSA, 2019)⁵. Un numero apparentemente insignificante rispetto ai miliardi della popolazione cinese totale, ma focalizzandoci su di esso è possibile comprendere come questi 430.000 poveri siano per lo più residenti rurali, ma, soprattutto anziani. Infatti, prendendo i dati del 2020 del Worldometer, il 60,8% della popolazione vive nelle grandi città (875.075.919 persone nel 2020), ciò significa che il 39,2% risiede nelle campagne, poco meno della metà della

³ World Bank Group, Managing higher uncertainty, Economic Update, May 2019.

⁴ Elaborazione dei dati da parte delle Nazioni Unite, Dipartimento per gli Affari Economici e sociali, Divisione Popolazione. Prospettive della popolazione mondiale: la revisione del 2019 . (Variante a media fertilità). La popolazione della Cina è calcolata a partire dal 1° luglio di ogni anno, dal 1950 al 2019. <https://www.worldometers.info/world-population/china-population/>

⁵ Ansa.it, Cina: centrato l'obiettivo 2019 di riduzione della povertà: Popolazione povera ridotta da 1,72 mln a 430.000 persone, 20 dicembre 2019.

popolazione.

Per un naturale processo di invecchiamento psico-fisico, la popolazione anziana è meno autosufficiente ed ha bisogno di maggiori aiuti, tra cui maggiori cure mediche. Questo non si converte semplicemente in un costo maggiore per lo Stato, che in parte cerca di provvedere ai loro bisogni medici, ma anche ad una maggiore spesa per gli anziani stessi, che spesso si trovano a pagare da sé le proprie cure. Non solo, la loro richiesta di supporto il più delle volte ricade sulla famiglia che, nel migliore dei casi, è costretta a diminuire l'orario di lavoro, con conseguente calo dei guadagni e del benessere familiare.

1.1 I risvolti della disuguaglianza tra aree urbane e rurali sullo stile di vita degli anziani in Cina

Sebbene la Cina si sia distinta nell'ultimo decennio per una sorprendente crescita del PIL, trasformando un'economia pianificata di stampo socialista in un'economia di mercato, migliorando il livello della vita di molti cinesi, non è stata in grado di abbattere le disuguaglianze tra le aree rurali ed urbane presenti sul proprio territorio. Infatti, la Banca Mondiale ha classificato la Cina come appartenente al quarto di mondo caratterizzato da forti disuguaglianze.

Quando si parla di differenze tra le zone rurali ed urbane della Cina, non ci si riferisce solo al reddito pro capite, ma anche all'accesso alle cure mediche, al sistema educativo e ad ogni genere di prevenzione sociale. La discriminazione non avviene, dunque, tra poveri e ricchi, ma affonda le proprie radici nel periodo post-rivoluzionario.

Con la nascita della Repubblica Popolare Cinese il 1° ottobre del 1949, l'allora presidente, Mao Zedong, si trovò davanti a una Cina popolosa, affamata e analfabeta disseminata su un territorio vastissimo e diviso dagli strascichi feudali. Il 90% della popolazione risiedeva nelle zone rurali, le città cinesi non erano ancora le metropoli che conosciamo ed il PIL era composto principalmente dalla produzione agricola. Il governo cinese era intenzionato ad intensificare la produzione industriale attraverso ad una travolgente propaganda. Il metodo applicato scelto è chiamato Ragione di scambio (Rds). In Economia, la ragione di scambio è il rapporto in base al quale due beni si scambiano tra loro, in particolar modo è calcolato come rapporto fra il prezzo medio dell'export di un Paese e il prezzo medio del suo import (Sole 24ore, 2016). Applicare l'Rds all'economia cinese significa abbassare i prezzi dei prodotti agricoli rispetto a quelli industriali per potenziare l'industria.

Il prodotto dell'Rds è stato un incremento dello stile di vita dei residenti urbani, fortemente sostenuto,

anche, dall' economista cinese Bo Yibo, membro degli Otto Immortali⁶ e critico dell'economia pianificata (Kahn J., 2017). Riteneva che, gli eccessi di produzione fossero uno spreco di risorse. Credeva, invece, che la pianificazione centrale dovesse essere basata sulla domanda del mercato, invece che su una rigida pianificazione di ispirazione sovietica, intrapresa senza tener conto delle forze che agiscono sul mercato. Egli fu, anche, grande sostenitore di Deng Xiaoping e della sua ascesa. Il 1978 segna la fine del periodo Maoista e di tutte le conseguenze che la Rivoluzione Culturale, iniziata nel 1966 e conclusa nel 1976, si era portata dietro, come l'elogio della popolazione contadina ed il concetto di rieducazione tramite le campagne e rappresentata da tutti quei giovani spediti a lavorare nelle campagne. Con l'obiettivo di ridurre il livello di povertà del paese, Deng Xiaoping, durante il terzo Plenum del XI congresso del PCC, avvia ufficialmente la politica di Riforme ed Apertura, che, nel 1982, prese il nome di *socialismo con caratteristiche cinesi*. Questa politica doveva sviluppare le forze produttive, mantenendo un'equa distribuzione della ricchezza (Deng X., 1984). Lo storico Ezra Vogel definisce il socialismo con caratteristiche cinesi del presidente Deng come la massima forma di espressione della sua persona, la quale amava non esporsi particolarmente ed interessata ad "allungare" il più possibile la struttura ideologica accettabile, per permettere alla Cina di intraprendere efficaci politiche economiche (Vogel Ezra, 2011, pg.499). Tra queste vi è la Riforma Agraria del 1970.

È interessante capire della Riforma Agraria il suo impatto sulla popolazione rurale. La Cina ha, così, rotto con la dottrina sovietica ed ha introdotto un sistema basato sulla famiglia, denominato Sistema di responsabilità familiare. Il Sistema genera incentivi per la produzione dando agli agricoltori la libertà dei diritti di utilizzo della terra e del processo decisionale e conferendo loro premi in base al livello delle prestazioni svolte. Ciò significa che, un contadino più produceva più guadagnava. In questo modo, è stato possibile riprendere la produzione delle campagne, dopo trenta anni di stagnazione. La crescita della produzione agricola nella prima metà degli anni '80 ha subito un'accelerazione di parecchie volte superiore alla precedente. Tra il 1978 e il 1984, la produzione delle tre colture principali, vale a dire grano, cotone e colture oleaginose, è aumentata rispettivamente del 4,8%, 7,7% e 13,8% annuo, rispetto ai tassi medi di crescita tra il 1952 ed il 1978 del 2,4%, 1,0 per cento e 0,8 (State Statistical Bureau, People's Republic of China, 1985). La produzione di grano, che a differenza di quanto si pensi rappresenta il prodotto agricolo più importante del paese, ha raggiunto, nel 1984, un picco di 407 milioni di tonnellate, che ha rappresentato un aumento netto di oltre 100 milioni di tonnellate in soli sei anni, risolvendo, fondamentalmente, il problema di come soddisfare il bisogno alimentare di una popolazione così numerosa. Con il tempo, purtroppo, il

⁶ Il gruppo denominato degli Otto Immortali fu uno dei gruppi più longevi del Partito Comunista. Furono epurati durante la Rivoluzione Culturale di Mao, ma tornarono in auge dopo il ritorno al potere di Deng nel 1978.

Sistema di responsabilità familiare ha manifestato una serie di limitazioni e debolezze. In primo luogo, sono emerse unità agricole minuscole e frammentate risalenti a quando i terreni agricoli sono stati distribuiti alle singole famiglie, che li avrebbero coltivato la propria in modo indipendente.

Il principio di distribuzione della terra derivava direttamente dalla proprietà collettiva. I terreni agricoli in un villaggio erano di proprietà di tutti i suoi membri. Di conseguenza, ogni membro aveva lo stesso diritto su quella proprietà fondiaria, la quale veniva distribuita in base alle dimensioni della famiglia contadina a cui veniva assegnata. Data la popolazione abbondante e la terra limitata, la quantità distribuita a ciascuna famiglia era molto piccola. Inoltre, i terreni agricoli differivano in termini di fertilità del suolo, condizioni di irrigazione, posizione e così via. Pertanto, la produzione, non solo divenne insufficiente, ma anche frammentaria, considerando anche le zone coltivabili sprecate usate come confini tra terreni familiari ed aziende agricole (Fu C. e John D., 1998). Una indagine condotta dal Ministero dell'Agricoltura del 1993 cinese ha indicato che nel 1986, su 7983 villaggi campione appartenenti a 29 province, la superficie coltivata media per famiglia era di 0,466 ha (7 mu), frammentata in 5,85 parcelle, ciascuna costituita, in media, da 0,08 ha (1,2 mu) (Ministero dell'Agricoltura della Cina, 1993).

Questa struttura frammentata dell'agricoltura familiare è rimasta sostanzialmente invariata ed ha bloccato le possibilità di utilizzare attrezzature meccaniche e infrastrutture agricole relativamente avanzate, fermando la crescita economica delle campagne a discapito, così, della sua popolazione. Un ulteriore problema a carico della popolazione contadina è rappresentato dalle imposte e motivo di grave malcontento. Le autorità locali hanno imposto un gran numero di prelievi forzosi sui contadini, alcuni legittimi, nel senso che rientravano nella sfera di autonomia ad esse assegnate, ma molti altri prelievi erano assolutamente illegittimi⁷ (Guangming ribao (GMRB), 1993, p. 4).

Allo stesso tempo, la Cina di Deng Xiaoping ha iniziato a sostenere sempre più la crescita industriale. Nel settore industriale, si sono verificati importanti cambiamenti come il progressivo incremento dell'autonomia delle imprese. Inoltre, per la prima volta dalla fondazione del PCC, sono stati avviati progetti di privatizzazione delle maggiori imprese statali⁸.

Non bisogna, però, pensare al processo di industrializzazione come ad un processo lineare dovuto, principalmente, a problematiche di tipo legale come, per esempio, la lunga gestazione della Legge sul fallimento e della Legge sulle imprese statali del 1986, che affermavano l'acquisita autonomia delle imprese che si espletava, quindi, non tanto e non solo sul piano dei conti economici, ma investiva in modo aperto l'autonomia contrattuale delle imprese stesse (Bertinelli R., 1994).

⁷ Una Circolare del Consiglio degli Affari di Stato del 20.6.1993 ha abolito ben 37 tipi di balzelli che gravavano sui contadini.

⁸ Nel Settembre del 1992 erano già presenti 55.376 imprese private e 114 milioni di nuclei individuali nelle aree urbane (Private Sector Grows fast in China, China Economic News (CEN), n.1,1998)

Il potenziamento industriale ha significato, di fatto, una riduzione del potere che, il partito aveva fino a quel momento esercitato sulle attività economiche. Tale calo del potere politico ha inevitabilmente portato a delle naturali implicazioni sociali. È, infatti, possibile affermare che le riforme economiche hanno comportato una rapida crescita della, cosiddetta, società civile, incrementando, soprattutto, il benessere gli abitanti nelle zone urbane. La crescente soddisfazione della popolazione cittadina è data, anche, dai continui investimenti stranieri in Cina, la cui presenza muta l'architettura stessa di molte città, specie quelle costiere, che assumono le sembianze di moderne metropoli internazionali. Un esempio fra tutte è la città di Shanghai, che sin da allora brilla per il suo aspetto cosmopolita e contemporaneo (Saich T., 1991, pg. 52-65).

Aver spostato l'attenzione dalle preziose campagne elogiate durante il periodo Maoista alle città, cuore pulsante della rivoluzione industriale introdotta da Deng Xiaoping, è stata la motivazione principale del calo di interesse verso i bisogni della popolazione rurale. Il potenziamento delle città ha portato il Governo a interessarsi, con maggiore attenzione, alle necessità della popolazione urbana, piuttosto che a quella delle aree rurali. Questa affermazione è comprovata dai dati del 2019 presentati dall'Ufficio Statistico di Pechino attraverso il coefficiente di Gini, il quale misura il livello delle disuguaglianze economiche in una popolazione. Il coefficiente sarebbe aumentato dallo 0,462 del 2018 allo 0,467 del 2019. L'aumento sembra in sé per sé innocuo, ma assume un'importanza significativa se rapportato allo 0,005 del 2005.

Il potenziamento della sfera economica ha portando grande ricchezza alla Cina, ma ha anche inevitabilmente generato una netta distinzione, non solo sociale, ma anche una diversificazione per aree dei servizi forniti (Yang L., 2019, pg.3).

1.1.2 Impatto dell'emancipazione femminile nella propaganda Maoista sull'invecchiamento della popolazione cinese

Lo sviluppo economico della Cina e la sua integrazione nell'economia globale dalla fine degli anni '70 ha contribuito alla femminilizzazione del lavoro, sebbene questa correlazione tra sviluppo economico e la diversa composizione della forza lavoro non sia né universale né necessariamente continua. La femminilizzazione del lavoro è generalmente utilizzata per comprendere i cambiamenti nei contributi economici delle donne. È definita come un aumento della quota di lavoro retribuito delle donne ed il più delle volte, è stata misurata utilizzando i dati sulla partecipazione alla forza lavoro⁹ (Chang H., Macphail F., Dong X., 2011, pg. 93-95).

⁹ Questa definizione tiene presente, anche, i cambiamenti nelle condizioni di lavoro degli uomini. Il Prof. Standing Guy definisce la femminilizzazione come "a rise in female labor force participation and a relative if not absolute fall in men's

Come illustrato nel precedente paragrafo, con le nuove riforme economiche attuate da Deng Xiaoping, il sistema di agricoltura collettiva si è evoluto in uno in cui le famiglie ricevono i diritti degli utenti sulla terra per un numero fisso di anni. La produttività agricola è aumentata e c'è stato un passaggio dal grano alle colture commerciali e all'allevamento di animali. Questo ha significato una maggiore partecipazione delle donne al lavoro nelle campagne, sebbene vi siano pensieri contrastanti. Yunxian Wang nel 1999 ritiene che, il settore agricolo è diventato femminilizzato, poiché tra il 1978 e il 1994, la percentuale di donne, che dichiarano l'agricoltura sia la loro occupazione principale, è aumentata (Wang Y., 1999). De Brauw, al contrario, nel 2008 è giunto alla conclusione che, non solo c'è stato un calo della partecipazione del lavoro delle donne nelle campagne rispetto a quello prodotto da donne e uomini insieme, ma anche un calo della percentuale di donne che trascorrono il tempo in famiglia nel settore agricolo non pagato tra il 1995 e il 2000 (De Brauw A., Li Q., Liu C., Rozelle S. e Zhang L., 2008).

Considerando come il PCC abbia, sin dagli albori, sostenuto l'uguaglianza di genere combattendo il pensiero Confuciano, che voleva la donna fedele al ruolo di moglie e madre, riscontrare una minor partecipazione della donna alla cura del focolare domestico non lascia tanto perplessi. È pur vero che, il Partito non solo promosse la parità di genere, ma incrementò il lavoro femminile attraverso l'immissione delle donne nella sfera pubblica e nel settore del lavoro salariato. Così facendo, non solo minava il millenario sistema patriarcale cinese, ma rispondeva, anche, alle moderne esigenze produttive. È in particolar modo, dal Grande balzo in avanti (1958-59) che, in Cina, la manodopera di milioni di donne divenne necessaria (Graziani S., 2007, pg.102). Bisogna, però, considerare che, sebbene durante il periodo Maoista venisse promossa l'ideologia di una equalità tra uomo e donna, questa va letta più in chiave socialista, che attraverso il pensiero di equalità dei diritti tra i sessi. D'altra parte, sebbene il socialismo sia una dottrina politica, dall'altra ha le sue radici in filosofie, che sono propense all'uguaglianza di genere. Invece, in Cina, durante la Rivoluzione Culturale, il concetto di identità di genere venne massificato, esagerando la figura della donna: i tradizionali valori femminili furono sostituiti dall'apparente concezione di eguaglianza di genere personificata nella, così detta, figura della "ragazza di ferro" (tie guniang). Il nome fu ripreso dal modello delle giovani donne della famosa brigata di produzione Dazhai. Insieme all'insediamento petrolifero di Daqing, la brigata agricola di Dazhai, situata nella provincia dello Shanxi, divenne negli anni '60 un modello da imitare per la sua organizzazione del lavoro e della produzione. I risultati erano il frutto di diversi fattori, come l'autosufficienza rispetto agli aiuti dello Stato, lo spirito di sacrificio e l'applicazione di una eguale distribuzione del lavoro. La propaganda celebrava le eroine rivoluzionarie descrivendo

employment, as well as a 'feminization' of many jobs traditionally held by men" (Guy Standing, World Development n.27 (3), pg. 583, 1989).

donne forti e ne stravolgeva la femminilità rappresentandole fisicamente robuste, rendendo quasi impossibile distinguerle dagli uomini e, quanto loro, competenti dal punto di vista fisico (Graziani S., 2007, pg.102). Un celebre esempio è la storia di Wei Fengying (Yang D., 1998, pg.167). Nel 1953, pose la politica ed il lavoro prima di ogni altra cosa, incrementando la produttività della sua sezione presso la Northeast Machinery Works nello Shenyang e divenne capo della sua unità composta da 16 persone, divenendo un modello di laboriosità e dedizione verso il popolo (Xiao L. e Lee H., 2016, pg. 544)

Anche il linguaggio utilizzato non solo per la propaganda della Rivoluzione Culturale, ma durante tutto il periodo Maoista, sembra voglia fortemente trasformare la figura femminile in una più androgina. Il celebre slogan maoista “i tempi sono cambiati, uomini e donne sono uguali”, che circolò durante la Rivoluzione Culturale, non si appellava ad un reale desiderio di neutralità del genere. Gli studiosi sono concordi nel dire che, esso si riferisse ad un processo di *mascolinizzazione*, che voleva omologare la società al maschile e che quindi pretendesse dalle donne un comportamento ed un abbigliamento solito degli uomini. L’uguaglianza di genere promossa dal partito comunista non si protendeva verso una reale rappresentazione dell’io della donna nella società dell’epoca, bensì tendeva a creare l’immagine di una donna a metà tra il suo genere e quello maschile, pronta a respingere qualsiasi forma di debolezza tipica del genere femminile ed in grado di rappresentare un problema alla collettività (Graziani S., 2007, pg.2).

Il periodo della Rivoluzione Culturale rappresenta la chiave di volta per la creazione dell’identità della donna cinese moderna. Il desiderio del Governo di forgiare una femminilità del tutto maschile si scontrò con l’identità delle giovani *zhiqing*¹⁰, ragazze istruite e mandati a lavorare le campagne o, addirittura, esiliate. Non bisogna dimenticare che, l’ostentazione della cultura, durante il periodo Maoista era un richiamo alle ideologie borghesi e destorse totalmente rigettate dal Partito. Era considerato mostrare simpatia per le ideologie borghesi il distinguersi o distinguere il proprio sesso tramite l’abbigliamento ed il possesso di oggetti personali distintivi come gioielli. Tale atteggiamento era attribuito alla parte colta della popolazione, intellettuali o giovani studenti i quali furono condotti dalle Guardie rosse, durante la prima fase della Rivoluzione Culturale (1966-69), nelle campagne per essere rieducati secondo la dottrina comunista. Come Scrive la Professoressa Graziani (2006):

“[...] la propaganda ideologica celebrava la migrazione come un’esperienza gloriosa, che non

¹⁰Sono così definiti i giovani cinesi che, a partire dal 1950 fino alla fine della Rivoluzione culturale, volontariamente o meno, hanno lasciato i distretti urbani per vivere e lavorare nelle aree rurali perseguendo il movimento "Up to the Mountains e Down to the Countryside". Erano giovani istruiti, che per la maggior parte avevano completato l’istruzione elementare o superiore e, solo una minoranza, era iscritta all’Università. (Bin Yang, *The China Quarterly*, 198, 401–421, 2009)

faceva alcuna distinzione di genere. Tuttavia, l'entusiasmo rivoluzionario che accompagnava molte giovani donne al momento della partenza non era altro che la manifestazione più estrema di una sorta di contestazione del genere"¹¹.

Se da una parte le donne, specialmente le giovani, fossero particolarmente sensibili alla propaganda, facendola propria, lavorando e lottando per essa, dall'altra essa ha rappresentato una repressione della libertà e della sessualità degli individui. Molti dei zhiqing erano giovani e le vicende subite durante la Rivoluzione Culturale compromise il modo di relazionarsi tra loro, soprattutto tra individui di sesso opposto. È naturale che, in questo particolare momento della crescita, i giovani definiscono la loro identità psichica e fisica. Invece, i zhiqing erano pesantemente obbligati al rispetto della morale generando in loro un forte giudizio e uno spiccato senso di vergogna. I pensieri romantici erano proibiti perché considerati una distrazione e distrarsi avrebbe significato essere meno produttivi e dediti alla comunità. Non solo, molte furono le ragazze zhiqing che, repressero a tal punto il loro eros da cominciare relazioni clandestine con coetanei, anche del medesimo sesso, per aggirare la monotonia della vita di campagna. Non mancò la violenza sessuale dei quadri locali¹², celata e subita dalle giovani zhiqing per paura di essere isolate ed etichettate come borghesi dalla popolazione locale ed andare, così, incontro a una tragica fine. D'altra parte, rifiutare le attenzioni dei quadri locali era impossibile, dal momento che loro godevano di un potere capace di influenzare la reputazione di una giovane (Graziani S., 2007).

L'abolizione dell'identità di genere e gli abusi subiti dalle donne durante la Rivoluzione Culturale fece realizzare nelle generazioni seguenti che, nonostante la propaganda del partito, la condizione femminile non fosse in realtà mai cambiata. Il genere femminile, che era stato chiamato ad annullarsi durante il periodo Maoista, non riesce ad adattarsi tempestivamente alla modernizzazione promossa da Deng Xiaoping.

La perdita di identità della figura femminile ha scaturito nella donna cinese moderna la paura di essere donna, ossia ha creato in lei del disagio nell'essere donna, madre e lavoratrice. Il Professor Tong (2003) sostiene che, le donne della Cina attuale sono più passive nei confronti del successo, più accomodanti nelle situazioni di conflitto ed hanno una maggiore preferenza per la mediazione dei conflitti da parte dell'autorità tradizionale. Ha, inoltre, riscontrato che, la partecipazione delle donne alla vita politica sia correlato con le loro possibilità economiche. Le donne con uno status socioeconomico più elevato sono più impegnate politicamente rispetto a quelle con uno status

¹¹ Sofia Graziani, 2007, pg.102-106

¹² Sin dal 1949 il partito si avvale di "quadri", organi impegnati operativamente ad educare e guidare le masse. Il concetto di "quadro" (ganbu, 干部) ha un perimetro molto ampio nel contesto cinese: all'indomani della fondazione della Rpc, il termine è stato utilizzato per designare individui in posizioni di responsabilità manageriale o incaricati di specifici compiti di indirizzo politico (Andornino G.B., 2017).

socioeconomico inferiore (Tong J., 2003, pg.131-150).

La pubblicazione del Professor Tong ha messo in luce come le donne cinesi siano, attualmente, meno interessate ad affermarsi sul piano ideologico, ma si concentrino per affermarsi sul piano economico. Ciò significa che sempre più donne sono motivate ad intraprendere un percorso di studi universitario, al fine di ricoprire importanti cariche nelle aziende cinesi. La posizione sociale e il potere derivante da uno stipendio ben remunerato sono subentrati nella vita delle donne sostituendo il desiderio di maternità. Questo, unito alla Legge sul controllo delle nascite, ha scoraggiato la popolazione femminile cinese a costruire una famiglia. L'ambizione, la fame di rivalse e la privazione della volontà di essere madri hanno così influito sul calo delle nascite nella Cina di oggi.

Demografi ed economisti concordano nel ritenere che, la crescente diminuzione delle nascite sarà la causa principale del calo della crescita economica. Sebbene la crescita del PIL cinese sin dal 2010 sembrasse inarrestabile, la regressione del numero delle nascite ha causato una riduzione del tasso di crescita potenziale (Amighini A., 2020).

La condizione delle donne in Cina a seguito della Rivoluzione culturale e la Politica del figlio unico sono, quindi, connesse tra loro ed hanno portato alla riduzione del livello delle nascite e della produttività. Il Partito ha, così, voltato le spalle al periodo Maoista incitando le donne ad "avere figli per il paese", inoltre, è sempre più diffuso l'appellativo di *shengnu*, equivalente al termine italiano "zitella" e conferito alle donne non sposate sopra i 27 anni.

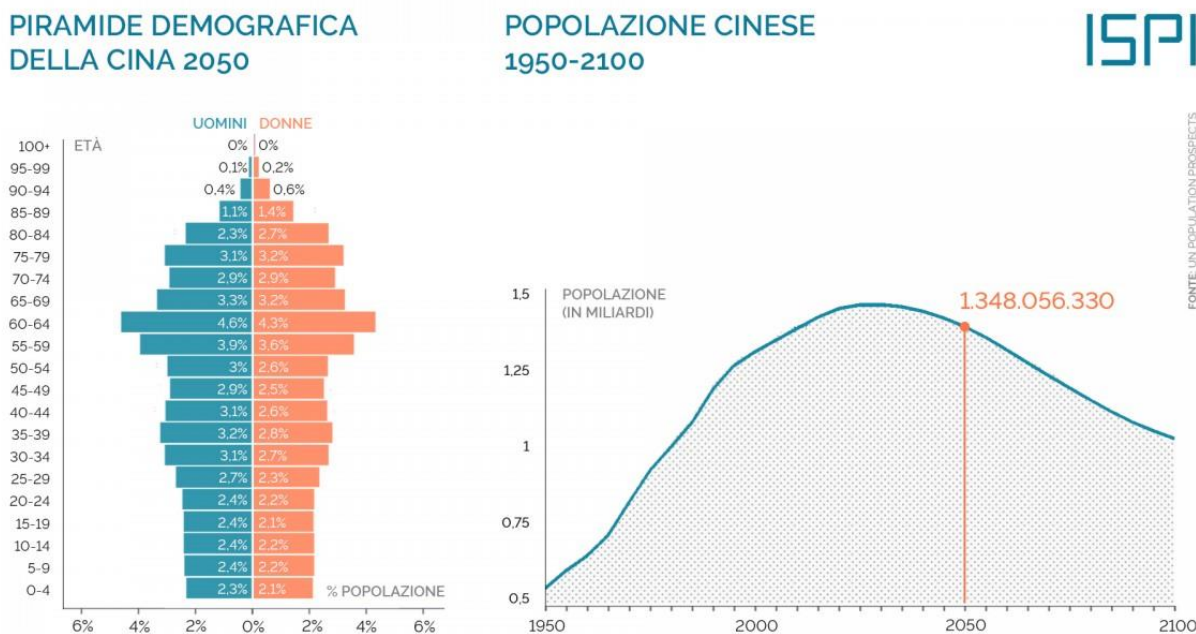
Gli aborti, una volta ampiamente disponibili, stanno cominciando a essere controllati e la Cina, proprio come durante la Rivoluzione Culturale, sembra voglia nuovamente chiedere alle donne di sacrificarsi per il bene comune privandole, nuovamente, di scegliere liberamente chi o cosa vogliano essere.

1.2 Il "peso" degli anziani

Tra le caratteristiche principali dell'invecchiamento della popolazione cinese, bisogna considerare la vastità territoriale della Cina, da cui trae origine il divario tra le nascite di maschi e di femmine (119 su 100), e le migrazioni (Di Novi C., 2015). Se il tasso di urbanizzazione continua ad aumentare e si stima che, raggiungerà il 70% entro il 2050, insieme alla migrazione dalle campagne alla città, in particolare quella giovanile, si ritiene che, il rapporto di dipendenza degli anziani soprattutto nelle zone rurali aumenterà ulteriormente. Queste sono le zone più svantaggiate e con il più basso livello di servizi. Entro il 2050, la percentuale di giovani residenti in città potrebbe aver superato il 60%, rispetto al 30% delle zone rurali (Herd R., Hu H., Koen V., 2010b). Come si evince dalla Figura 1 il futuro della Cina vede diminuire la propria popolazione, la quale fascia di età principale sarà costituita

dagli anziani intorno ai 60-65 anni per lo più maschi.

Figura 1: Piramide demografica della Cina nel 2050



Fonte: ISPI

Nella cultura cinese, nel caso in cui l'anziano incontri difficoltà socioeconomiche ad accedere alle cure mediche è la famiglia che interviene e se ne prende cura facendosene carico. Tale pensiero trae origine dalle norme Confuciane, in particolar modo dal concetto di pietà filiale, che, sebbene fosse stato messo da parte durante il periodo della Rivoluzione Culturale 1966-76, è tutt'oggi sentito. Il sostegno agli anziani da parte della famiglia è una lunga e cara tradizione cinese. La cultura sinica conferisce agli anziani un ruolo così importante che, la costituzione cinese, il diritto penale, il diritto matrimoniale, nonché la legge sulla tutela dei diritti e degli interessi degli anziani prevedono che, la società e la famiglia abbiano la responsabilità di prendersi cura degli anziani. Queste leggi si sforzano di realizzare gli ideali confuciani di supporto, assistenza, intrattenimento, istruzione e le opportunità alle quali le persone anziane hanno più difficoltà ad accedere (Leung J., 2012).

L'articolo 49 della Costituzione della Repubblica Popolare Cinese avanza il concetto di solidarietà tra generazioni e così dice "... i genitori hanno il dovere di mantenere ed educare i figli minorenni, ed i figli che hanno raggiunto la maggiore età hanno il dovere di sostenere e assistere i loro genitori". Il 28 dicembre 2012, invece, è stata approvata in Cina la legge sulla tutela dei diritti e degli interessi degli anziani, entrata in vigore il 7 gennaio del 2012. La legge interviene e parzialmente modifica

l'omonima del 29 agosto 1996, ampliandola. Essa impone ai figli di andare a trovare i genitori con frequenza, di telefonare almeno una volta al giorno, di renderli partecipi alla vita familiare e dei nipoti, di svolgere attività fisica insieme, di occuparsi della documentazione per le loro cure sanitarie, di insegnare loro l'uso di internet, di garantire loro denaro sufficiente per le esigenze di base e provvedere ad ogni loro bisogno. Qualora i figli lavorassero lontani dalla residenza dei genitori, possono richiedere un permesso di 20 giorni per andarli a trovare (Di Novi C., Zeng P., 2015, pg.4). Con il cambiamento sociale e conseguentemente delle famiglie, l'anziano è lentamente stato abbandonato a sé stesso fino a diventare un reale problema sociale tanto da necessitare una legislazione apposita che lo tuteli e non permetta di mutarlo in un emarginato (Bugetti M. N., 2013). Nel 2005, il 57% degli anziani residenti in città vivevano con i loro figli, un dato positivo, poiché ci permette di pensare che i familiari si prendano cura degli anziani, senza che essi eccedano sulla spesa pubblica del Paese. D'altra parte, considerando che nel 1982 la percentuale di questi anziani ammontava al 73%, è possibile affermare che le famiglie cinesi non si prendano più cura degli anziani come prima (Herd R., Hu H., Koen V., 2010b). Nelle piccole città, circa il 50% di questi vive all'interno della famiglia "allargata". Questo dato arriva ad oltre il 70% nelle grandi città. Nei villaggi, la percentuale degli anziani conviventi con il proprio nucleo familiare raggiunge il 37%.

La presenza di molti figli unici in Cina equivale a una diminuzione del numero degli abitanti, il che significa meno consumo interno e quindi un rapido rallentamento della crescita economica. Il rapporto tra giovani e anziani sarà drammaticamente sbilanciato dal crescente aumento degli anziani, dando un peso senza precedenti ai legami sociali. Di questo passo, la Cina non solo dovrà affrontare l'aumento del livello della terza età, ma anche accettare i mutamenti sociali in atto così diversi e lontani dalla sua essere tradizionalista.

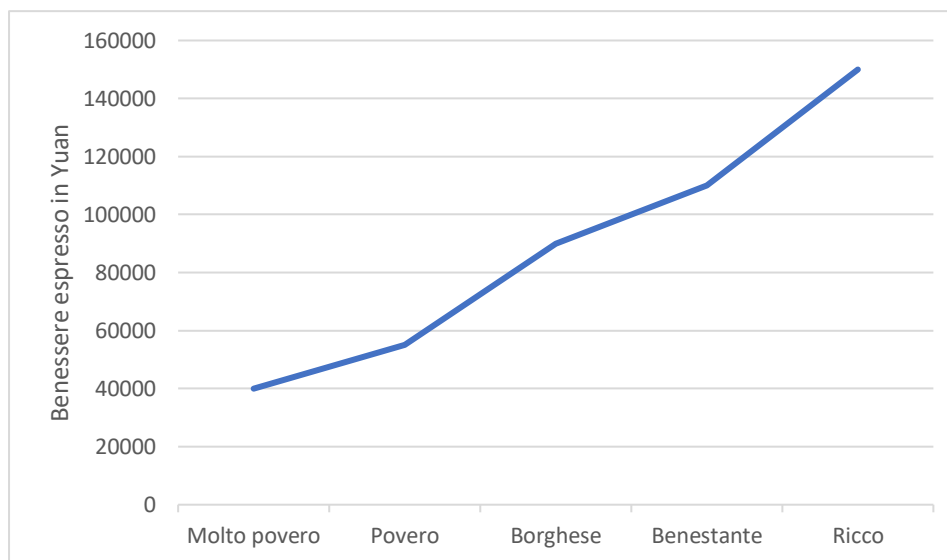
Durante il processo di invecchiamento i problemi di salute e le limitazioni fisiche sembrano aumentare vertiginosamente. La percentuale della popolazione che tra i 40 e i 50 anni ha bisogno di assistenza per svolgere le attività quotidiane è di circa il 10%. La percentuale sale ad oltre il 25% per la fascia di popolazione di 70 anni e oltre il 50% per i cittadini di 80 anni (Strauss J., Lei X., Park A., Shen Y., Smith J.P., Yang Z., Zhao Y., 2010).

La differenza nello stile di vita tra aree urbane si ripercuote, anche, in una disparità economica. Una salute carente è molto più comune tra coloro che sono economicamente svantaggiati. Il Grafico 3 descrive la relazione positiva tra salute e ricchezza: coloro che hanno un reddito relativamente basso hanno meno possibilità di pagare le cure mediche e, conseguentemente, dispongono di uno stato di salute peggiore. Infatti, secondo i dati raccolti dal China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS), la percentuale di anziani che ha bisogno di assistenza per compiere le attività quotidiane è più elevata per coloro che hanno un basso reddito: il 26,7% gli anziani poveri contro il 22,7% degli

anziani con un reddito medio alto. L'invecchiamento della popolazione è, inoltre, correlato all'aumento di condizioni croniche e di disabilità, come diabete, ictus, broncopneumopatia cronica ostruttiva malattia e lesioni non intenzionali (China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS), 2011).

Pertanto, se la maggior parte degli anziani è soggetta a malattie croniche e disabilità, quelli che non si possono permettere di stare male perché troppo poveri, hanno necessariamente bisogno di essere sostenuti o dallo Stato o dalle famiglie.

Grafico 3: Stato di salute percepito in base al reddito disponibile



Fonte: Challenges of Population Aging in China: Evidence from the National Baseline Survey of the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS)

Quando una famiglia possiede un membro anziano affetto da malattie croniche è definita Famiglia ESD dove ESD sta per Elderly Chronic Diseases. L'anziano è un ECD nel caso in cui, attualmente conviva con una malattia cronica oppure è stato recentemente ricoverato in ospedale a causa di una malattia cronica, indipendentemente dal fatto che sia attualmente vivo o meno. Secondo i dati raccolti dal CHARLS nel 2018, circa il 54% dei casi di malattia cronica tra anziani sono stati ricoverati in ospedale. La percentuale è inferiore ai tassi annuali di ospedalizzazione dei pazienti ESD nei paesi sviluppati, ad esempio in Australia è di circa il 70%.

Secondo uno studio condotto da Xu et. al. nel 2019 la spesa ambulatoriale di una famiglia ESD per 15 giorni ammonta a 117,3 yuan per condizioni di salute gravi e di 16,58 yuan per condizioni di salute non gravi. Al fine di sostenere queste spese il 52,41% delle famiglie ESD ha dichiarato di aver richiesto un prestito o di aver venduto beni per sostenere le spese ospedaliere (Xu X., Huang X., Zhang X., Chen L., 2019).

I risultati di questa ricerca portano a una riflessione: la famiglia ESD, obbligata a prendersi cura dell'anziano disabile o malato cronico, rischia di non riuscire a sostenere i costi delle cure, indebitandosi, con conseguente impoverimento. Il rischio è, che il tasso di povertà della popolazione cinese si alzi al punto che, il Governo non sia più in grado di reggerne il peso.

1.2.1 Il concetto di disabilità

Il concetto di disabilità racchiude il senso di termini quali invalidità, menomazione, limitazione nelle attività quotidiane e restrizioni alla partecipazione alla vita sociale. La persona identificata come disabile riscontra maggiori difficoltà ad integrarsi con l'ambiente sociale perdendo l'autonomia indispensabile per lo svolgimento delle diverse attività quotidiane, ritrovandosi in una posizione di subordinazione e/o svantaggio.

Secondo il documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) del 2006 le diverse forme di disabilità possono essere classificate in sette categorie e diversificate per grado di preclusione di un individuo allo svolgimento di movimenti e/o attività: disabilità del comportamento, della comunicazione, della cura della propria persona, locomotorie, disabilità dovute all'assetto corporeo, disabilità nella destrezza, disabilità circostanziali o in determinate attività. Nonostante tale classificazione, il primo documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, International classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH), abbia così schematizzato la disabilità, attualmente non esiste ancora una definizione univoca del termine disabilità (OMS, 2006 ¹³).

L'invecchiamento rende le persone più vulnerabili alla disabilità a causa della caduta delle facoltà fisiche e mentali da un lato e la partecipazione socioeconomica limitata che limita le loro capacità funzionali dall'altro. Tra il 1987 ed il 2006, la diminuzione delle malattie croniche come l'ictus, malattie cardiovascolari e cancro hanno favorito l'aumento di malattie infettive largamente diffuse in metà della popolazione anziana cinese soprattutto nelle zone urbane (Xu W., 2013). Ad esempio, una stima globale mostra che tra il 1990 e il 2015 l'invecchiamento è aumentato del 34,6% e durante lo stesso periodo di tempo, le disabilità visive gravi (cecità) sono aumentate del 17,6%. Anche tutti gli

¹³ Il documento considera tutti gli aspetti della salute umana e li raggruppa all'interno dell'insieme della salute (health domain), il quale racchiude la vista, l'udito, le capacità motorie e cognitive e nell'insieme della domanda di salute (health-related domains), che tratta la mobilità, l'istruzione e la partecipazione alla vita sociale. L'ICF non riguarda solo le persone con disabilità, ma tutti ed ha perciò valore universale. Rispetto a ciascun tipo di disabilità, a ciascun individuo può essere associato uno o più qualificatori che ne quantificano la gravità: 0-4% Nessuna menomazione. (impairment), 5-24% Lieve menomazione (impairment), 25-49% Moderata menomazione (impairment), 50-95% Grave menomazione (impairment), 96-100% Totale (impairment).

altri tipi di deficit visivo sono aumentati da 159,6 milioni a 216,6 milioni in quegli anni. Allo stesso modo, circa il 25% delle persone con disabilità uditiva a livello globale proviene da anziani che puntano verso la quota sproporzionata di disabilità di cui soffrono (Thompson S., 2017). Secondo il Global Burden of Disease, nel 2010, il 23% delle malattie nel mondo colpiscono persone di età pari o superiore ai 60 anni. Sebbene la proporzione dell'onere derivante dalle persone anziane (≥ 60 anni) sia maggiore nelle regioni ad alto reddito, gli anni di vita per disabilità pro-capite sono più alti del 40% nelle regioni a basso e medio reddito, rappresentati dall'aumento dei casi di malattie cardiovascolari e disturbi sensoriali, respiratori e infettivi (World Health Organization (WHO), 2010). Gli anziani soffrono per il 30,3% di malattie cardiovascolari, per il 15,1% di neoplasie maligne, di malattie respiratorie croniche per il 9,5%, di problemi al muscolo scheletrico per il 7,5% e per il 6,6% di disturbi neurologici e mentali (Institute of Health Metrics and Evaluation, 2010). La Tabella 2 mostra come nel 2017, solo in Cina le principali cause di morte o disabilità sono state causate da ictus, cardiopatia ischemica, BPCO, disturbi neonatali, lesioni stradali, cancro ai polmoni, cancro al fegato, difetti congeniti, diabete e disturbi depressivi (IHME, 2017).

Tabella 2: Le principali cause di morte e disabilità

	Ictus	Cardiopatia ischemica	BPCO	Disturbi neonatali	Lesioni stradali	Cancro ai polmoni	Cancro al fegato	Difetti congeniti	Diabete	Disturbi depressivi
Cina	2.342,3	1.627,5	1.128,3	1.045,7	854,0	757,6	552,1	528,6	523,6	480,4
Media del gruppo di confronto (SDI medio)	1.998,4	2.449,0	747,2	1.193,4	859,1	656,8	326,2	635,9	673,9	545,5
Samoa americane	1.976,5	2.809,7	1.099,9	999,8	498,0	547,1	253,3	435,9	3.436,5	411,3
Antigua e Barbuda	1.129,8	1.292,6	247,8	1.222,5	382,4	172,4	120,8	527,2	1.659,0	404,0
Argentina	929,9	1.622,5	648,4	1.238,4	758,1	483,9	89,2	649,6	813,0	553,0
Armenia	1.230,9	3.723,3	631,8	1.019,0	430,6	679,6	208,1	688,9	1.279,9	415,9
Azerbaijan	2.436,2	6.201,9	679,6	2.885,5	393,6	507,5	191,0	1.136,3	1.170,4	384,3
Bahrein	654,6	1.784,5	556,1	864,0	524,9	241,0	63,2	559,6	2.264,4	657,3
Bosnia Erzegovina	2.041,5	2.472,3	606,9	1.062,9	485,5	863,3	166,8	602,6	1.293,2	353,7
Georgia	2.926,6	4.098,2	662,9	1.590,3	1.003,8	668,4	187,2	526,5	1.217,4	421,4
Iran	1.140,9	2.556,7	496,7	1.806,9	1.367,7	237,5	81,5	1.077,0	1.075,0	884,7
Uruguay	1.028,6	1.164,4	693,1	1.000,9	799,6	708,5	61,5	662,2	800,7	541,0

■ Significativamente inferiore alla media
■ Statisticamente indistinguibile dalla media
■ Significativamente superiore alla media

Fonte: Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME), 2017

Per arrestare la crescita del numero di anziani con disabilità è necessaria la somministrazione di prevenzione primaria negli adulti di età inferiore ai 60 anni, la quale può incrementare il loro livello di salute negli anni a venire, ma sarebbe ancor più efficace fornire prevenzione primaria, secondaria e terziaria agli anziani di età pari o inferiore ai 60 anni. Tra i casi di disabilità per malattie croniche sono in aumento i malati di diabete per sovrappeso. Il sovrappeso può sfociare in obesità, causa di ulteriori malattie croniche come malattie cardiovascolari, apnea ostruttiva del sonno e cancro (Haslam D.W., James W.P., 2005).

Sono poche le pubblicazioni, che esaminano l'ultima prevalenza di obesità in Cina sulla base di dati rappresentativi a livello nazionale, specialmente a livello provinciale. Con i rapidi sviluppi economici e sociali degli ultimi decenni, gli stili di vita dei residenti cinesi sono cambiati drasticamente, compreso l'eccessivo apporto di energia e l'aumento delle attività sedentarie (Zhang L., Wang Z., Wang X., Chen Z., Shao L., Tian Y., Dong Y., Zheng C., Li S., Zhu M., Gao R., 2019).

Nel frattempo, i cambiamenti nelle conoscenze relative alla salute e negli atteggiamenti dei residenti sono rimasti indietro rispetto allo sviluppo socioeconomico (Song Y., Ma W., Yi X., Wang S., Sun X., Tian J., Wang S., Zheng C., Zhang B., Xu Z., Marley G., 2013).

Nello studio condotto da Linfeng et al. sulla crescita dei casi di obesità in Cina nel 2020, la prevalenza di casi di sovrappeso e obesità era più alta nel nord-est e nord-ovest e più bassa nel sud - est. La costa sud-orientale è la parte più sviluppata della Cina. Dalla ricerca emerge che, i casi di sovrappeso e obesità abbiano il picco intorno ai 55 anni di età e ciò sembrerebbe suggerire che, il numero di anziani cinesi in sovrappeso sia aumentato. La maggioranza di essi risiederebbe nelle grandi metropoli ed appartenerebbe ad un ceto sociale medio e/o alto. Naturalmente le conseguenze di questo aumento di disabilità si convertirà in termini di costi sanitari, assistenziali e previdenziali per il sistema sanitario ed impone una valutazione delle strategie sia sociali che economiche (Zhang H., Zhang X., Zhao Y., Hang J., Liu W., 2020, pg. 119-126).

Una salute carente è molto più comune tra coloro che economicamente sono svantaggiati. Infatti, chi vive nelle aree rurali sembrerebbe riscontrare più difficoltà ad accedere ai servizi sanitari intesi come ospedali o cliniche, anche private, a causa della loro distanza e dei loro costi. Con l'aumento dell'urbanizzazione, la differenza di reddito nella popolazione contribuirà allo sviluppo di malattie croniche e disabilità. (Hew C., 2015)

1.3 L'accesso ai servizi di Long Term Care (LTC) in Cina

La Long Term Care (LTC) o assistenza a lungo termine è un sistema che fornisce una varietà di

servizi. Il suo scopo è aiutare a soddisfare le esigenze mediche e non mediche delle persone affette da malattia cronica o disabilità, che non possono prendersi cura di se stesse per un periodo di tempo indeterminato. Pertanto, essa interviene nella distribuzione di servizi, che promuovano l'indipendenza e massimizzino la qualità della vita dei pazienti e ne soddisfino le esigenze per tutto il tempo loro necessario (Shi L., Singh D. A. S., Wilensky S. E., Teitelbaum J. B., 2015, pg. 232).

Considerando la condizione svantaggiosa delle campagne rispetto ai servizi offerti nelle città, il prezzo medio del mercato, il costo della vita, l'assistenza sociale per le famiglie e la loro accessibilità ai servizi, è più che comprensibile ritenere che, l'intervento dell'assistenza a lungo termine (LTC) nella vita degli anziani cinesi con disabilità è una questione urgente, che il governo deve affrontare (Yu C. W., Joe L., 2010).

Con l'attuale condizione demografica, la Cina deve formulare una politica sociale che sostenga la LTC. Analizzare i problemi per cui i servizi LTC sono stati pensati e che l'assistenza a lungo termine stessa si trova ad affrontare, significa rivedere prospettive della popolazione cinese, tra cui lo sviluppo, la struttura, il metodo di consegna dell'assistenza sanitaria nel caso in cui sia essa elargibile ed il suo annesso sistema di finanziamento. Ciò è possibile solo comprendendo a fondo le cause del decadimento delle condizioni di vita nella popolazione anziana cinese, tra cui l'evoluzione della LTC in Cina, attraverso le assicurazioni pubbliche che il Governo ha stanziato per sostenere le spese mediche degli anziani con disabilità.

Sebbene Deng Xiaoping rese il sistema sanitario cinese un libero mercato, mantenne delle forme di assicurazione pubblica per aiutare gli strati più poveri della popolazione. In molti, sebbene meritevoli, trovarono difficoltà ad accedervi a causa della provenienza da aree rurali o urbane, poiché le assicurazioni si differenziavano non solo per reddito, ma anche per zona di copertura. Sin dagli anni 80 l'assicurazione pubblica cinese nelle zone urbane si divideva in due schemi: il Labor Insurance Schemes (LIS) ed il Government Employee Insurance Scheme (GIS).

Il LIS o sistema assicurativo dei lavoratori dipendenti privati, copriva tutti i costi per cure mediche, medicinali e ricoveri ospedalieri per i lavoratori, i pensionati intesi come ex lavoratori ed i famigliari a carico ed era finanziato dalle imprese che, ogni anno, accantonavano circa il 14% della massa salariale totale come fondi di previdenza per finanziare le spese sanitarie sostenute.

Il GIS o sistema di assicurazione statale, era totalmente finanziato dal Governo e copriva i dipendenti statali, pensionati, veterani disabili, insegnanti e studenti universitari (Hsiao H.Y., 2020).

Queste due assicurazioni sono state indispensabili per i lavoratori, che altrimenti avrebbero dovuto sostenere dei costi superiori alle loro possibilità. Le assicurazioni hanno, così, contribuito alla stabilità sociale e allo sviluppo economico. D'altra parte, la copertura totale fornita da questi schemi ha provocato un aumento dei costi delle cure mediche non più sostenibili. Tra le cause scatenanti bisogna

dire che, GIS e LIS sono coperture assicurative di responsabilità civile, che forniscono grandi benefici a costi contenuti. I beneficiari della GIS potevano usufruire di servizi medici, spese ambulatoriali o ospedaliere gratuite ad eccezione dei dipendenti degli ospedali pubblici, che sono rimborsati solo al 50% dei costi sostenuti. Il prezzo vantaggioso dei servizi sanitari portò pazienti e consumatori a non ricercare la migliore qualità/prezzo delle cure richieste ma a rivolgersi principalmente al sistema sanitario nazionale. Questo era obbligato a proporre prestazioni a tariffe forfettarie stabilite dal Governo Centrale.

I pazienti hanno, così, abusato delle prestazioni ospedaliere divenendo un costo non più sostenibile per il Governo il quale avviò diverse riforme contenitive. Nel 1992 il Governo sperimentò una riforma pilota basata sulla combinazione di conti di risparmi privati e fondi sociali di condivisione dei rischi per finanziare le spese mediche. Il paziente doveva anticipare con i propri risparmi le spese mediche e solo in seguito essere rimborsato del 5% del suo reddito annuo. Questa nuova politica ridusse la richiesta di cure, per un repentino aumento dei costi delle cure. Il Governo, quindi, avviò il programma di assicurazione sociale per i lavoratori urbani chiamato Basic Insurance Scheme (BIS), tutt'ora in vigore, che andò a sostituire sia il LIS, che il GIS.

Per finanziare i servizi di assistenza sanitaria dei beneficiari, l'assicurazione BIS si affida a due fondi: il fondo di risparmio medico individuale, in inglese Medical Saving Account (MSA) ed il fondo di condivisione del rischio, in inglese Social Risk Pooling (RSP). MSA è costituito dal 3,8% dello stipendio del lavoratore e può essere usato solo scopo medico. RSP, invece, è composto dal 4,2% del salario e copre le spese sanitarie più costose (Liu Y., 2002).

Ad esempio, se un paziente deve subire un'operazione ed è consapevole di dover trascorrere, successivamente, qualche giorno in ospedale, versa il 10% del suo stipendio annuo nel fondo MSA. Qualora il costo dell'intervento non fosse coperto dal fondo è possibile utilizzare anche il fondo RSP. Nel caso in cui entrambi i fondi non coprissero la spesa, la restante quota è a carico del paziente (spesa out of pocket), che può sostenerla tramite i propri risparmi o attraverso un'assicurazione privata.

Il maggiore problema riscontrato nella BIS fu la copertura dei migranti. La Cina, sin dall'antichità, è sottoposta al sistema *hukou*¹⁴ e la BIS non copre le spese mediche sostenute in un'area che non sia quella del proprio hukou. Pertanto, nel 2007 il governo cinese, lanciò un nuovo programma chiamato Urban Resident Basic Medical Insurance (URBMI), ad oggi ancora in vigore, per coprire i dipendenti urbani non beneficiari della BIS. (Liu G. e Zhao Z., 2006).

Coloro che possedevano un hukou registrato nelle campagne cinesi non potevano disporre delle

¹⁴ Il sistema hukou è un sistema di registro di famiglia del 1958, ma praticato sin dall'antichità ed è obbligatorio per legge. Questa registrazione identifica un cittadino attraverso informazioni personali (il nome e cognome, luogo e data di nascita, i genitori e il coniuge), ma soprattutto per residenza (rurale o urbana). Una volta sposate, le donne cambiano il loro hukou in quello del coniuge.

assicurazioni elencate fino ad ora. Fino alla fine degli anni 70, l'assicurazione sanitaria nella Cina rurale apparteneva al sistema collettivo agricolo o Rural Cooperative Medical System (RCMS), così strutturato: quasi l'85% dei villaggi possedeva centri sanitari che fornivano beni e servizi previdenziali di base; quasi tutta la popolazione aveva dunque accesso ai servizi ad un costo ragionevole.

Le riforme socioeconomiche promosse da Deng Xiaoping apportarono un cambiamento sostanziale alle modalità di accesso al sistema sanitario in queste zone. Nel 1979 il sistema RCMS copriva circa il 90% della popolazione rurale, ma è successivamente collassato a causa della dissoluzione dell'agricoltura comune. Nonostante i ministeri della Salute, dell'Agricoltura e delle Finanze continuassero a promuovere RCMS, dovettero rassegnarsi quando il tasso di copertura sanitaria arrivò al 5% della popolazione rurale. Ciò portò molte famiglie cinesi ad indebitarsi per sostenere le spese mediche o ad abbandonare le campagne verso le città ritrovandosi in una condizione peggiore della precedente (Bloom, Xingyuan, 1997).

Nel 2002 Il Governo lanciò il New Cooperative Medical System (NCMS) che assicurava i beneficiari contro le principali malattie tramite un parziale rimborso delle spese. Fu concepito, soprattutto, per abbattere le disuguaglianze nella disponibilità di assistenza sanitaria tra hukou urbani e no.

Rispetto al RCMS, NCMS cambia in base all'area rurale di interesse e richiede come requisito fondamentale e necessario all'accesso del programma la registrazione ad un hukou rurale. NCMS copre solo l'assistenza medica ospedaliera, le problematiche associate alle malattie croniche e disabilità ed in minima parte, le spese ambulatoriali riabilitative. (Brown P.H., De Brauw A., Du Y., 2008).

Le spese out of pocket rimanevano, comunque, per il 50% a carico del paziente e molti individui iniziarono a risparmiare. Si creò la condizione per il risparmio precauzionale al fine di sostenere spese mediche improvvise.

Nel 2002 nasce lo Schema medico cooperativo rurale (SMCR). Esso rimborsava una quota delle spese mediche annue ai pazienti appartenenti a quella fascia di popolazione ritenuta povera, ma, soprattutto, idonea.

All'inizio il premio ammontava a 10 yuan ossia ad un terzo della spesa sostenuta. Tra il 2002 ed il 2005 il premio passa a 30 yuan, a 50 nel 2006 ed a 100 nel 2008 fino a raggiungere un rimborso pari a 100-150 yuan nel 2009, praticamente un quinto della spesa sostenuta. Sebbene l'ammontare del rimborso sembri importante ci sottolinea solamente come sia aumentato il costo delle cure e diversi studi hanno provato come la presenza delle assicurazioni abbia aumentato il prezzo delle cure nelle cliniche private, che spesso interrompevano l'emissione del servizio a quei pazienti che, durante il ricovero, non erano più in grado di sostenerne il prezzo. Il ricovero, infatti, è a scelta del medico e notoriamente più costoso di altre cure ed è una prova evidente degli interessi degli ospedali dietro la

cura dei pazienti, laddove SMCR copriva le spese già alla presenza dell'ambulatorio (Brombal D., 2010).

Nel 2003 venne lanciato nella Cina rurale il New Rural Cooperative Medical Scheme (NRCMS), l'assicurazione sanitaria volontaria ed il Medical Assistance Finance (MFA), il programma di assistenza finanziario. Lo studio condotto da Wuxiang et al. nel 2010 propone un'analisi qualitativa tramite interviste effettuate su famiglie rurali dello Shaanxi, Hebei e della Regione Autonoma della Mongolia, che dimostri come l'NRCMS avesse coperto il 90,8% degli individui studiati e solo il 7,6% di questi ha goduto del rimborso del MFA. Secondo lo studio le spese mediche fuori dalla portata della famiglia possono portare ad una irreversibile perdita economica e ad un conseguente impoverimento al di sotto del limite della sopravvivenza. L'NRCMS ha impedito al 9,9% delle famiglie una catastrofe finanziaria ed al 7,7% di impoverirsi, mentre MFA non ha portato significativi vantaggi. Per tanto, molti anziani non hanno cercato di curarsi. Le ragioni più comuni per non richiedere i servizi ospedalieri sono state: le barriere economiche per 80,2% degli intervistati, le condizioni ritenute non gravi per 4,5% e la scarsa qualità del servizio o l'assenza di fiducia nel trattamento per il 3,7%. Sebbene NRCMS avesse consentito un migliore accesso alle cure non è riuscita a migliorare le condizioni di quei malati cronici o disabili bisognosi della maggior parte del territorio (Shi W., Chonhsuvivatwong V., Geater A., Zhang J., Zhang H. e Brombal D., 2010). Questo significa che, sebbene si fosse creata una base importante per il miglioramento all'accesso alle cure sanitarie, c'era ancora il lavoro da fare.

Nel 2007, sebbene il Governo e l'amministrazione locale fosse intervenuta attivamente nella copertura medica assicurativa, i residenti rurali non percepivano un rimborso soddisfacente. Il programma, pur coprendo il 100% dei villaggi e quasi il 90% tra gli abitati delle zone rurali, non riesce ancora a sostenere i malati affetti da malattie croniche o disabilità (Brown P.H., De Brauw A., Du Y., 2008). Sicuramente, il passaggio a una copertura assicurativa sanitaria a livello nazionale è uno dei risultati più impressionanti. Così facendo, la quota della popolazione coperta dai tre tipi di assicurazione sanitaria sociale è aumentato dal 15% nel 2000 all'85% nel 2008, a oltre il 97% nel 2015 (Li L., Fu H., 2017).

Una delle difficoltà principali che la Cina deve affrontare è come il servizio LTC potrà sostenere la crescente domanda di una popolazione sempre più anziana e disabile. Lo sviluppo dei servizi sanitari non è stato veloce quanto la crescita del livello della popolazione anziana, generando squilibri, il che evidenzia l'urgenza crescente di servizi che assicurino sia assistenza che accesso alla sanità. Purtroppo, i servizi LTC, che dovrebbero garantire agli anziani con disabilità una serena vecchiaia, non riescono a coprire le spese nei tempi previsti.

Nel 2016, durante il 18° Congresso del Comitato Centrale, il Governo cinese ha così ribadito

l'ideologia dietro il sistema LTC. L'intento è partire dalla teoria di Deng Xiaoping e combinarla ai discorsi del Presidente Xi Jinping per promuovere l'esplorazione e l'istituzione di un sistema di assicurazione a lungo termine in grado di migliorare ulteriormente un sistema di sicurezza sociale più equo e più sostenibile (Ministero delle risorse umane e della sicurezza sociale cinese, 2016).

L'obiettivo del Partito è migliorare lo stile di vita dei suoi cittadini incrementando la presenza dell'assistenza sanitaria pubblica su ogni parte del territorio, prestando particolare attenzione alle zone rurali, meno avvantaggiate. La Cina riuscirebbe così a ridurre la povertà crescente nella sua popolazione, indebitatasi per sostenere il costo della vita.

Fanno parte dei servizi erogati dalla LTC i servizi sociali, che, in Cina, sono fortemente decentralizzati. Il programma cinese di garanzia del tenore di vita minimo denominato *Dibao* è il più grande programma di rete di sicurezza sociale al mondo. Il programma è stato introdotto nelle aree urbane negli anni '90 ed è stato considerato molto utile per ridurre la povertà urbana. Il governo cinese ha esteso il programma *Dibao* alle aree rurali all'inizio degli anni 2000 nella speranza di alleviare la povertà e migliorare le condizioni di vita dei poveri nelle campagne. Dato che la povertà in Cina si concentra nelle aree rurali, l'estensione del *Dibao* alle aree rurali potrebbe avere un impatto significativo sulla riduzione della povertà e sul miglioramento dell'uguaglianza. Secondo il Ministero degli Affari Civili, nel 2013, il *Dibao* rurale ha fornito benefici in denaro a 29,31 milioni di famiglie coprendo 53,88 milioni di beneficiari individuali (Kakwania N., Lia S., Wangc X., Zhua M., 2019).

I governi locali, in particolare quelli delle province più prospere, sono responsabili del finanziamento, della progettazione e della fornitura di servizi sociali obbligatori, come l'assistenza sociale *Dibao*, l'istruzione e i servizi comunitari.

Il governo centrale formula e rilascia direttive politiche, norme, e normative, e incoraggia le iniziative locali oltre a porsi come un esempio da perseguire. Tuttavia, poiché i governi locali devono assumersi la responsabilità di finanziamento di una serie di servizi sociali locali, non vi è certezza di quanto determinate politiche centrali siano attuate, soprattutto quando vi è una carenza di entrate nei livelli inferiore (Wong Y.C., Leung J., 2012).

In Cina sta nascendo un nuovo business legato ai servizi di assistenza e sono le case di riposo, sia pubbliche che private. Sebbene per la cultura cinese sia difficile accettare di permettere a degli estranei di curare i propri anziani, le case di cura sono proliferate, principalmente nel settore privato nelle aree urbane. Sebbene i dati siano limitati, lo studio condotto da Feng et al. (2011) fornisce uno sguardo sulla crescita e sul carattere di questa attività negli ultimi trent'anni. A Tianjin, ad esempio, c'erano solo quattro strutture pubbliche nel 1980, divenute 13 nel 1990, 68 nel 2000 e 157 nel 2010, di cui 20 di queste strutture erano gestite dal governo e 137 erano gestite da privati. Tassi di crescita simili sono stati osservati anche a Nanchino e Pechino.

Anche il modello storico dei residenti nelle strutture di assistenza agli anziani e le fonti di reddito che pagano le loro cure istituzionali sono cambiati. A Tianjin nel 2010 e Nanchino nel 2009, quasi tutti i residenti in case di riposo sia pubbliche, che private pagava senza alcun sostegno LTC. I pochi che riuscivano a ricevere l'assistenza LTC erano rari e per lo più alloggiati in strutture governative (Feng Z., Liu C., Guan X., Mor V, 2011). Nel 2017, la Cina ha registrato 155.000 di queste istituzioni e, secondo l'Accademia cinese delle scienze sociali, questo settore arriverà a raggiungere un valore di 13 miliardi di yuan (1,64 miliardi di dollari) entro il 2030 (Liu J.E, Tian J.Y., Yuea P., Wang Y.L., Du X.P., Chen S.Q., 2015).

Negli ultimi anni, il governo cinese ha intensificato gli sforzi per costruire servizi residenziali di assistenza agli anziani promuovendo attivamente la costruzione di alloggi per anziani, case per anziani e case di cura. Questi sono sempre o di proprietà del Governo o sovvenzionate dal mercato, quindi possedute e gestite da privati.

Nelle città, le istituzioni gestite dal governo e le case di cura per anziani sono tenute ad ammettere gli anziani che si qualificano come "Tre No" ossia quegli anziani non sposati, senza figli e alcun parente in vita. Nelle zone rurali, le case gestite dal governo per gli anziani accettano i Tre No che hanno, anche, diritto alle "Cinque Garanzie", vale a dire, cibo, vestiti, alloggio, cure mediche e spese di sepoltura (Feng Z., Liu C., Guan X., Mor V, 2011). Praticamente quasi tutti gli anziani residenti nelle aree rurali sono identificabili come Tre No e beneficiari delle Cinque Garanzie (Wu B., Mao Z.F., Zhong R. 2009).

La novità è che il governo ora guarda interessato a promuovere il settore privato per sviluppare strutture di assistenza agli anziani, dato che non è in grado di affrontare la grave carenza di letti richiesti dalla LTC. Il settore privato è la soluzione più rapida a soddisfare la crescente domanda di LTC ed i decisori politici si rendono inoltre conto che il ruolo del governo deve passare dall'essere il fornitore diretto a quello di acquirente e distributore dei servizi di LTC (Feng Z., Liu C., Guan X., Mor V, 2011).

LTC in Cina non riesce, inoltre, a fornire assistenza agli anziani con disabilità che hanno necessità di assistenza presso il loro domicilio. Nel 2007 è stato introdotto un nuovo modello di assistenza domiciliare: il Virtual Elder Care Home o Elder Care Home without Walls. Si contraddistingue per la presenza di agenzie che forniscono diversi servizi per gli anziani a livello fisico e/o per quanto concerne il mantenimento di un'abitazione. Possono essere contattati tramite una chiamata al centro informativo gestito dal governo locale. Questo invierà un addetto presso il domicilio indicato. Il modello Virtual Elder Care Home è stato testato la prima volta a Suzhou, nella Provincia di Jiangsu, per poi espandersi fino alla Provincia di Gansu, nel nord ovest del Paese. Fino al 2007, l'unica figura, intesa, ma non riconosciuta, come assistente domiciliare era la *Baomu* (保姆 Bǎomǔ letteralmente

tata), una badante normalmente assunta da famiglie benestanti (Di Novi C., Zeng P., 2015).

Se fino al 2008 veniva coperto ai cittadini 80 yuan di spese mediche, il governo, attraverso l'assicurazione rurale del 2003 NCMS ed urbana del 2007 URBMI è riuscito a coprire 420 yuan di spese mediche nel 2016. I vantaggi della copertura sono stati estesi a quasi tutte le cure ospedaliere e cure ambulatoriali ed il tasso di rimborso ufficiale è aumentato da circa il 50% nel 2008 al 75% nel 2016 (Zhu K., Zhang L., Yuan S., Zhang X., Zhang Z., 2017).

Addirittura, in alcune aree come Pechino e nel Guangzhou, operazioni come trapianti di organi e la somministrazione di farmaci antitumorali mirati rientrano tra le cure coperte. La rapida espansione delle forme assicurative di sanità sociale ha contribuito alla sostanziale riduzione della quota totale di spesa sanitaria.

Nel tentativo di arrestare il fenomeno dell'aumento della longevità, il Partito sta lavorando ad una serie di politiche nazionali, che favoriscano il settore privato ed intensifichino la LTC. Si prevede che, entro il 2022 il numero di comunità dotate di strutture di assistenza per anziani aumenteranno ed il Governo ha dichiarato che, formerà due milioni di infermieri specializzati in geriatria, lanciando anche una varietà di prodotti assicurativi per l'assistenza degli anziani secondo uno specifico piano nazionale (Xinhua, 2019).

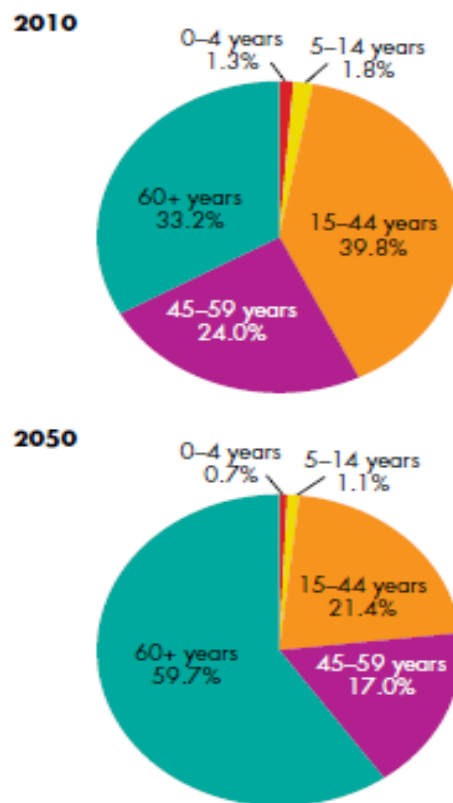
1.3.1 Il costo della LTC

Basandoci su quanto espresso nel CRCA e sulle ricerche svolte fino ad ora è importante cercare di prevedere la quantità di richiesta di LTC tra gli anziani ed il suo peso sulla spesa pubblica.

È pertanto fondamentale capire il ruolo che assume il governo cinese. Lo studio condotto nel 2019 da Xiaocang Xu e Linhong Chen discute la capacità del governo di soddisfare le richieste di LTC dal 2020 al 2050 in Cina degli anziani disabili dando indicazioni per il futuro. I risultati dello studio mostrano la previsione della domanda di LTC e le proiezioni future dei suoi costi secondo diversi stati di disabilità. Per questo, l'offerta di finanziamento che dovrebbe essere erogata ed il suo costo è uno dei più importanti argomenti di ricerca. La ricerca è stata divisa in quattro fasi: l'invecchiamento della popolazione, la domanda di LTC, i servizi forniti ed i loro costi ed ha previsto le richieste di LTC tra gli anziani, considerando quali fossero le malattie generative maggiormente diffuse. Gli autori hanno misurato, anche, i livelli alti, medi e bassi di previsione dei costi LTC per ogni stato di disabilità. Le proiezioni dei futuri costi dell'LTC hanno suggerito che, sulla base dei presupposti forniti, il costo dell'LTC aumenterà a 39, 8 e 20 miliardi per disabilità lieve, disabilità moderata dal 2020 al 2050. Nel 2020 il costo degli anziani con disabilità ammonta a 68,69 miliardi di dollari e

questo costo raggiungerà i 141, 32 e 72 miliardi di dollari nel 2050, vale a dire una spesa totale di 246,76 miliardi di dollari per tutti gli anziani con disabilità. Al momento, il livello medio di assistenza quotidiana per disabilità lieve, disabilità moderata e disabilità grave si attesta intorno ai 26, 6, e 27 miliardi di dollari (Xu X. e Chen L., 2019). Come mostra la Immagine 2 nel 2010 la spesa pubblica per la fornitura di LTC si concentrava intorno alla fascia d'età tra i 5-14 anni, mentre nel 2050 la maggioranza dei servizi saranno destinati a persone dai 60 in su.

Immagine 2: Cambiamento previsto della percentuale di persone che necessitano di assistenza e assistenza quotidiana in Cina, per fascia di età



Fonte: Harwood, Sayer & Hirschfeld, 2004

Questi risultati assumono ancor più valore, dopo che altri studi hanno pubblicato risultati simili. Ad esempio, Fei et al. nella loro ricerca del 2015 avevano previsto che, LTC avrebbe raggiunto i 1601,8 miliardi di yuan, circa 235,56 miliardi di dollari, nel 2050. Anche Fengyue e Junko nella loro pubblicazione del 2018 hanno sostenuto che, l'LTC sarebbe arrivato a costare 251,5 miliardi di yuan, o per meglio dire, circa 36,98 miliardi di dollari nel 2020. A differenza dei loro predecessori, i risultati della ricerca di Xiaocang Xu e Linhong hanno mostrato che i futuri aumenti dei costi LTC saranno così grandi da obbligare il Governo ad intervenire tramite una politica socioeconomica, al fine di

mantenere il sistema LTC stesso (Xu X., Chen L., 2019).

Studi futuri dovrebbero controllare se, il rapporto di domanda di LTC e CPI (Centro Per l'Impiego) cambi. Con l'aumento della percentuale di popolazione anziana, aumentano i pensionati e si abbassa la produttività del Paese. Non potendo fare affidamento sulla LTC e sui figli, gli anziani cinesi stanno risparmiando sempre più per potersi mantenere durante la pensione. Allo stesso tempo, le famiglie che provvedono ai propri anziani devono investire i propri risparmi nelle loro cure. Il calo del risparmio interno potrebbe essere accompagnato da un calo della disponibilità di capitale straniero a prezzi accessibili. La maggior parte dei paesi ad alto reddito di oggi hanno una popolazione vecchia ed i loro costi sono causati principalmente dai programmi pensionistici e dal Servizio Sanitario, i cui costi dovrebbero aumentare vertiginosamente nei prossimi decenni. La Cina, potrebbe, quindi, registrare un forte calo nei tassi di risparmio, sia privati che pubblici, che potrebbe ridurre i massicci afflussi di investimenti diretti esteri (IDE), che sono stati fondamentali durante la sua crescita economica (Jackson R., 2011)

Un ulteriore impedimento alla copertura sanitaria cinese è la gestione degli ospedali. A causa del costo del loro mantenimento e della concorrenza reciproca, non solo le cure sono spesso difficili da coprire con la LTC, ma sono soggetti a cali nelle prestazioni, sprecando, così, numerose risorse nazionali. Ha fatto la differenza l'ospedale pubblico di Sanming che ha offerto un modello esemplare, in cui una notevole quantità di risorse è stata destinata per migliorare i trattamenti dei pazienti in modo da arrestare la crescita senza precedenti delle spese sanitarie, causa di sistema ospedaliero pubblico dispendioso e inefficiente. Raggiungere un livello di prestazione così alto non è facile su un territorio vasto come quello cinese. Una semplice replica del modello Sanming senza adattamento ai sistemi locali può essere fatale. Ad esempio, i metodi di compensazione per i medici a Sanming potrebbero non essere applicabili ai grandi ospedali delle aree più sviluppate come Pechino, Shanghai e Guangzhou. D'altra parte, alcune misure adottate a Sanming sono perfezionabili (Li L., Fu H., 2017). Bisognerebbe mettere in atto un meccanismo sostenibile anziché un ordine amministrativo.

1.4 L'intervento del Governo

Indubbiamente, la Cina si è impegnata nel cercare di espandere l'accesso ai servizi LTC a tutta la sua popolazione. Il progresso include, ma si limita, alla copertura di oltre il 95% della popolazione cinese da parte di tre tipi di assicurazione sanitaria sociale, i quali ne aumentano e rafforzano l'assistenza primaria.

Il Professor Brombal nella sua tesi di dottorato del 2010 è concorde con quanto espresso da David

Eston nel 1957 secondo cui, c'è un legame tra l'incremento del servizio sanitario ed il sistema politico: input, conversione ed output. L'input è la "scossa" che, il sistema politico riceve dagli utenti e quindi dai cittadini, i quali non riescono ad accedere alle cure per diverse ragioni (economiche, fisiche, culturali, religiose...). Di conseguenza il sistema attua una conversione, ossia studia come soddisfare le richieste ricevute e rilascia una soluzione (output). La soluzione potrebbe, però, non essere in grado di soddisfare l'interesse di gruppo il quale è composto da diverse volontà. Il conflitto di interesse è dato non solo dal pubblico, ma anche dalla necessità delle strutture, in questo studio di tipo sanitario, di finanziarsi (Eston D., 1957).

Ciò che viene suggerito dall'osservazione della gestione del Sistema Sanitario da parte del governo cinese è come il partito tenda a mantenere il potere politico. Andrew Nathan¹⁵ lo definisce "*authoritarian resilience*". Controllare l'accesso alle cure è un controllo delle masse. Non solo, è evidente come il potere economico celato dall'accesso alle cure sia di estremo interesse politico. Samuel Huntington¹⁶, d'altra parte, aveva già spiegato come ad una maggiore crescita economica corrispondesse una maggiore partecipazione politica. L'interesse verso le cure è aumentato con l'aumentare del potere economico, ma soprattutto d'acquisto da parte della popolazione cinese. In sintesi, il Sistema Sanitario è strettamente connesso al welfare di un paese. Basti pensare alla differenza tra bene pubblico e bene meritevole. A differenza del primo, un bene meritevole non è garantito ed è conseguenza delle azioni della persona per procurarselo. È una questione di sostenibilità: la LTC interviene nella sostenibilità, di un processo o di uno stato che può essere mantenuto indefinitamente (Zhu K. et al., 2017).

Nel 2019 solo il 2,9 % del PIL cinese veniva devoluto alle agevolazioni per l'accesso alle cure mediche a fronte del 2,2% del PIL costituito dalla spesa personale di ogni cittadino per l'assicurazione volontaria. Sono numeri molto bassi se pensiamo all'impegno che la Cina ha e continua ad impiegare per aumentare l'accesso alle cure mediche da parte delle categorie più deboli della popolazione (World Health Organization Global Health Expenditure database, 2019).

Weidenbaum¹⁷ (1990) afferma che, generalmente, il ruolo di un governo nel settore dei servizi sanitari dovrebbe essere quello di assicuratore, acquirente, datore di lavoro, sponsor, pianificatore e regolatore. Tuttavia, il ruolo del governo nel settore sanitario varia da paese a paese.

Negli Stati Uniti, il meccanismo di mercato è schiacciante. Gli ospedali privati sono i principali fornitori di servizi sanitari, mentre ci sono relativamente pochi ospedali di proprietà statale. Gli ospedali di proprietà del governo federale sono principalmente ospedali militari. Altri ospedali

¹⁵ Nathan AJ., 2017.

¹⁶ Huntington, S. P., Lo scontro delle civiltà e il nuovo ordine mondiale, 2010

¹⁷ Weidenbaum M.L., Business, government, and the public, IV edizione, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1990.

pubblici, inclusi ospedali affiliati all'università e ospedali statali e municipali, rappresentano rispettivamente circa il 25% degli ospedali totali, il 18% dei servizi ospedalieri e il 23% dei servizi ambulatoriali (Fast Facts of American Hospital Association, 2008). Gli ospedali pubblici erano stati chiusi, fusi o privatizzati rapidamente alla fine degli anni '90. Infatti, l'1% degli ospedali pubblici chiude ogni anno e il 2% diventa gestito privatamente. Il governo si assume la piena responsabilità finanziaria degli ospedali pubblici, ma non ha una gestione diretta su di essi. Nel frattempo, il governo è il principale responsabile della pianificazione generale, della registrazione, delle licenze mediche e del monitoraggio esterno degli ospedali pubblici.

Il governo britannico istituisce e sovvenziona ospedali pubblici. Il sistema sanitario nazionale è accessibile gratuitamente da tutta la popolazione ed è finanziato dalle tasse. Tuttavia, non esiste un piano di assicurazione sanitaria sociale nel Regno Unito. Negli ultimi due decenni, la maggior parte degli sforzi di riforma sanitaria si è concentrata sulla riforma degli ospedali pubblici, ma la riforma sanitaria britannica ha introdotto un numero crescente di meccanismi di mercato, come la concorrenza interna tra ospedali pubblici e gli investimenti sociali negli ospedali pubblici (NHS Foundation Trust, 2008).

In confronto, il governo cinese si è impegnato sia nella creazione che nella gestione di ospedali statali e nell'amministrazione di un sistema di assicurazione sanitaria sociale. Il mercato, tuttavia, è rimasto sottosviluppato, poiché il governo cinese ha svolto un ruolo dominante sia nella produzione che nella distribuzione dell'assistenza sanitaria.

Il ruolo del governo cinese nel settore sanitario varia da paese a paese. È fondamentale considerare pienamente le circostanze specifiche di un paese al fine di correggere sia il fallimento del mercato che quello del governo. Wang, H. (2009)¹⁸ spiega che, la questione dei costi e della copertura assicurativa medica limitata sono fondamentali nell'attuale settore sanitario cinese, gli investimenti del governo nei gruppi vulnerabili e gli sforzi per garantire l'assistenza sanitaria di base alla popolazione generale sono decisamente incoraggianti. Tuttavia, a giudicare dal nuovo piano di riforma sanitaria, il paternalismo del governo continua a persistere. Sebbene il piano includa misure per far svolgere al settore privato un ruolo supplementare e per porre fine all'amministrazione governativa degli ospedali di proprietà statale, le procedure per intraprendere tali politiche rimangono, ad oggi, poco chiare.

Wilson C. già nel 1997¹⁹ definisce il ruolo del governo essenziale per determinare l'equilibrio ottimale tra mercato e governo e Wang, H. (2009) aggiunge che, l'intervento del governo nel meccanismo di

¹⁸ Wang, H., A dilemma of Chinese healthcare reform: How to re-define government roles?, *China Economic Review*, 20(4), 598-604, 2009.

¹⁹ Wilson C., A model of insurance markets with incomplete information, *Journal of Economic Theory*, 16), pp. 167-207, 1977

mercato è di fondamentale importanza per il benessere di un Paese, ma ritiene che, un governo onnipotente non porterebbe alcun giovamento.

Considerando l'attuale situazione di un governo forte e di un mercato debole per il settore sanitario in Cina, egli ritiene sia importante, che il governo sviluppi il mercato, mantenga un sistema ben funzionante e integri e ottimizzi le forze di mercato e governative (Wang, H., 2009). Il rafforzamento del ruolo del governo nel finanziamento e nella supervisione di un nuovo piano di riforma sanitaria è fondamentale per stabilire un ruolo di governo responsabile ma equilibrato nel settore sanitario. Innanzitutto, il governo dovrebbe consentire anche al cittadino più povero di ottenere l'assistenza sanitaria di base. Tale politica è giustificata sia per motivi di equità che di efficienza, considerando i costi esterni possibilmente disastrosi di epidemie e disabilità. Nel frattempo, il governo cinese dovrebbe imporre meno interventi amministrativi agli ospedali statali ed alleggerire i compiti dell'assicurazione sanitaria sociale. Tuttavia, il governo dovrebbe contemporaneamente promuovere un mercato in cui siano stabiliti i giusti incentivi per massimizzare il benessere sociale, ad esempio, attraverso una riforma basata sul cambiamento della proprietà ospedaliera. Wang (2009) suggerisce la privatizzazione di alcuni ospedali statali o di separare la figura del governo dalla gestione ospedaliera, facendo in modo che gli ospedali di proprietà statale funzionino come entità indipendenti, con potere autonomo, ma monitorato dal governo.

Queste due opzioni non si escludono a vicenda, ma potrebbero essere utilizzate contemporaneamente (Wang H., 2009).

Capitolo II

La salute come prodotto

2.0 Premessa

Prima degli anni Sessanta la letteratura riguardo gli studi economici riteneva che, gli individui trattassero la salute come un fattore esogeno. La possibilità che i comportamenti di ogni singolo individuo potessero danneggiarne la salute, non era stata ancora presa in considerazione. Negli ultimi quarant'anni questa assunzione è stata superata grazie al contributo di due importati economisti: Kenneth Joseph Arrow e Michael Grossman.

Nel 1963 Arrow pubblicò l'articolo *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*, sulla rivista *The American Economic Review* in cui, per la prima volta, il settore sanitario venne analizzato attraverso modelli economici e la salute trattata come un bene determinato da caratteristiche socioeconomiche, che tendono a influenzare lo stato individuale. Egli affermava che, la salute è un bisogno, ossia la necessità o il desiderio di portare beneficio al proprio senso di insoddisfazione mediante l'utilizzo di determinati mezzi. Questi ultimi sono chiamati beni. Qualora siano in quantità limitata rispetto ai bisogni prendono la qualifica di beni o servizi economici.

La salute è uno stato psicofisico a cui tutti aneliamo poiché è alla base della possibilità di guadagno. Una persona in buona salute è in grado di lavorare, pertanto di guadagnare.

Lo afferma anche Michael Grossman, riprendendo il lavoro di Arrow, nel suo articolo *On the Concept of Health Capital and The Demand for Health*, pubblicato nel 1972 dal *Journal of Political Economy* e ancora oggi è considerato il pilastro dell'economia sanitaria. È proprio lui ad introdurre il concetto di salute come bene risultato ed è, ancora oggi, un riferimento per gli studiosi. Grossman fu il primo ad applicare e sviluppare la funzione di domanda di salute e delle prestazioni sanitarie, attenendosi alle linee guida della teoria neoclassica del consumatore.

La teoria neoclassica del consumatore è fondata sulla domanda di salute intesa, da una parte, come bene di consumo, ovvero in grado di far crescere direttamente la funzione d'utilità individuale, dall'altra, come bene di investimento, alimentato o limitato dall'ammontare di tempo impiegato per raggiungere un determinato stato di salute.

Secondo Grossman, l'investimento nella produzione dello stato di salute viene fatto indirettamente sotto forma di input, ad esempio utilizzando cure mediche o adottando uno stile di vita salutare, come partecipare ad attività sportive o assumere una dieta sana e bilanciata.

Questo processo diventerà un problema centrale per l'economia sanitaria, poiché attorno esso si

svilupperanno fondamentali e varie determinanti della salute, che possono massimizzare il benessere individuale (Tauro F., 2017).

Esistono diversi elementi o input che contribuiscono alla produzione e alla crescita dello stato di salute come il patrimonio genetico, lo stile di vita, l'istruzione, il benessere economico, l'attività lavorativa e altre condizioni socioeconomiche, culturali e/o ambientali. Anche l'accesso alle cure ed il profilo individuale (sesso, età, razza/etnia, patrimonio genetico) rientrano tra questi input (Di Novi C., 2017).

In questo capitolo verrà presentato il modello di Grossman, cosa sia ed a cosa si applichi, per comprendere perché sia importante, a livello economico, produrre salute. Cercheremo, quindi, di analizzare gli input della produzione di salute, tra cui l'invecchiamento e come cambi la produttività con l'avanzare dell'età. Infine, illustrerò le conseguenze che nascono dal bisogno di salute, come il risparmio, il quale può, a sua volta, interferire con la crescita economica di un Paese.

2.1 La produzione dello stato di salute: il modello di Grossman

Viviamo all'interno di un mercato soggetto a degli input come lavoro (L) e capitale (K). Questi input sono combinati tra loro per produrre dei servizi, come, ad esempio, le prestazioni sanitarie.

In questo caso, potremmo definire L come il settore ambulatoriale e K come il settore ospedaliero. Insieme producono un output, ossia quell'insieme di azioni compiute dagli operatori sanitari e dai pazienti per ottenere lo stato di salute. Lo scopo finale è produrre salute e sulla base della salute prodotta viene valutato il processo produttivo.

La salute è una questione di efficienza, efficacia e di economicità.

Un sistema economico sanitario è efficace, quando la produzione è massimizzata, cioè quando, attraverso il minor impiego possibile di input, si ottiene la massima produzione di output; efficiente, quando le risorse sono destinate alla produzione di prestazioni efficaci, col minor impiego possibile di input. L'efficienza si dice produttiva se massimizza la produzione, allocativa se massimizza il benessere dei cittadini. Infatti, è difficile trovare la combinazione ideale in grado di rispondere alle esigenze di ognuno.

Secondo l'Ottimo allocativo paretiano enunciato dal neoclassicista Vilfredo Pareto (1848-1923), date due situazioni A e B, la situazione B sarà preferita se in essa, alcuni individui si troveranno meglio che in A e nessun individuo in B starà peggio che in A.

L'obiettivo dell'economia sanitaria è di raggiungere l'efficienza sociale. A livello sociale è possibile accettare il peggioramento della posizione di beneficiari a patto che, la perdita dei danneggiati sia abbondantemente compensata.

Pertanto, la produttività in economia sanitaria è fondamentale all'ottenimento di uno stato di salute soddisfacente. Michael Grossman fu il primo ad interessarsi all'argomento.

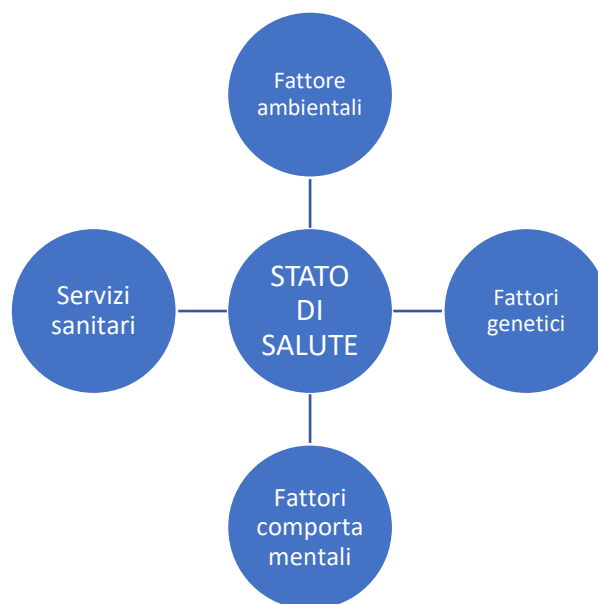
Il modello di Grossman in economia sanitaria analizza la domanda di salute ossia la richiesta di cure mediche e l'accesso alle cure stesse o alla prevenzione medica.

Nella sua monografia Michael Grossman (1972) sostiene che, la domanda di assistenza medica si basa sull'interazione tra la funzione della domanda di salute e la funzione di produzione di salute.

Le persone hanno dei bisogni, ossia delle necessità o desideri, soddisfabili tramite i beni. Grossman spiega che, la salute è un bene di capitale durevole, un tipo di bene utilizzabile più volte per soddisfare un bisogno. Esso viene ereditato e ammortizzato nel tempo. Gli investimenti nel settore sanitario avvengono sotto forma di acquisti delle cure mediche e di altri fattori di input e l'ammortamento è interpretato come un deterioramento naturale della salute nel tempo. La salute entra direttamente nella funzione di utilità attraverso il beneficio, che apporta migliorando la qualità del tempo disponibile per le attività di mercato e ludiche. Quindi, gli individui sentono il bisogno di salute per svolgere attività.

Il modello, però, sottolinea che, la produzione di salute subisce l'influenza dei fattori evidenziati nel Grafico 4.

Grafico 4: I fattori che influenzano la produzione dello stato di salute



Fonte: Daniela Maraglioni (2012)

Di Novi (2017) così spiega:

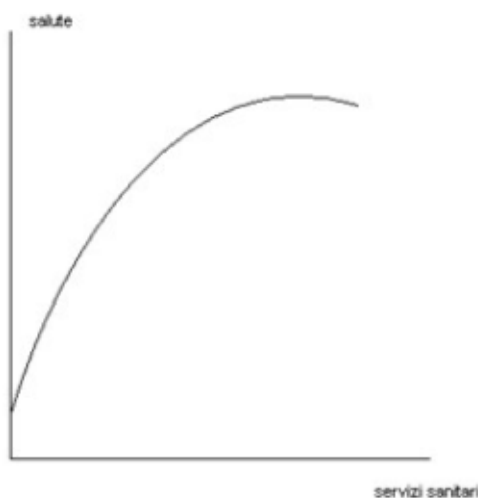
“Per esempio, qualora un individuo è più suscettibile ad ammalarsi, l'intercetta della funzione di produzione di salute che lo rappresenta si troverà più in basso rispetto a quella di un

individuo con le stesse caratteristiche ma meno vulnerabile e inoltre la sua funzione di produzione di salute tenderà a essere più piatta (minore produttività marginale degli input)”²⁰

In base ai fattori presentati nel Grafico 4 la produzione di salute di ogni singolo individuo è compromessa. Lo stato di salute tra individui simili, ma diversi, ad esempio per età, può differire ed essere maggiore o inferiore. Per questo motivo, la durata della vita dell'agente è considerata parzialmente endogena al modello, ossia determinata all'interno del modello stesso.

Nel Grafico 5 viene rappresentata la funzione della produzione di salute, la quale è influenzata dai fattori.

Grafico 5: Rappresentazione grafica della funzione di produzione



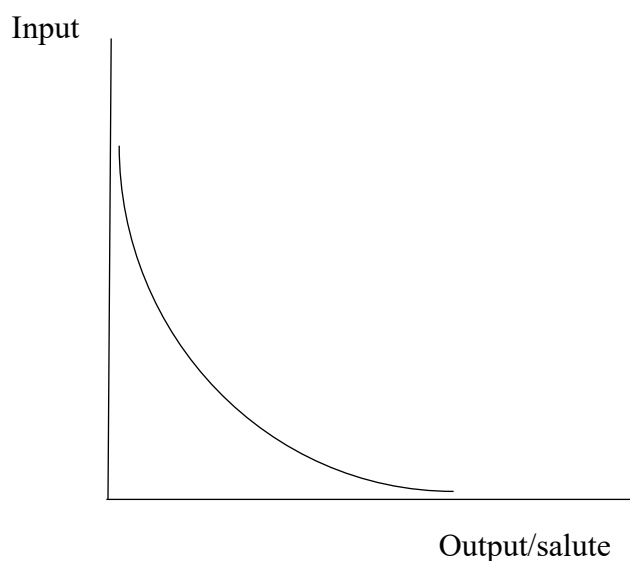
Fonte: Virgilio Cuomo, Economia Sanitaria Elementi ⁺²¹

Come si evince dal Grafico 6, tale funzione è caratterizzata dalla legge di produzione marginale decrescente: all'aumentare di un fattore produttivo (input), corrisponda un minore incremento della quantità del prodotto (output) (Tauro F., 2017)

²⁰ Di Novi, pg. 1, 2017

²¹ <https://slideplayer.it/slide/4938633/>

Grafico 6: La legge della produzione marginale decrescente sulla funzione della produzione di salute



Fonte: Di Novi, 2017

Prendendo come esempio uno sportivo, egli necessiterà in misura minore di benefici sanitari, rispetto ad un novizio. Per la legge della produttività marginale decrescente la curva è decrescente all'aumento dello stock di salute, ossia, al suo aumentare la curva decrescerà allineandosi fino ad una soglia minima oltre cui vi è solo la morte. In questo modo, è evidente come lo stock di salute contribuisca in modo sempre più decrescente all'aumento di benessere sanitario (Tauro F., 2017).

Tale spostamento avviene perché, la salute, in quanto bene capitale, peggiora lungo il corso del tempo e viene, in particolar modo, influenzato dal tasso naturale di deterioramento (δ).

Il tasso naturale di deterioramento è positivamente correlato all'età degli individui. Considerando δ una funzione crescente dell'età, possiamo supporre che, l'invecchiamento di un individuo aumenti il valore del tasso di deterioramento. Questo, di conseguenza, ridurrà lo stock di salute (Tauro F., 2017).

Il modello di Grossman cerca, quindi, di spiegare perché l'invecchiamento sia una delle principali cause delle variazioni di domanda di salute e di servizi sanitari. Egli ritiene che, le politiche sanitarie debbano incrementare la sostenibilità della spesa sanitaria e si debbano soprattutto rivolgere alla popolazione anziana.

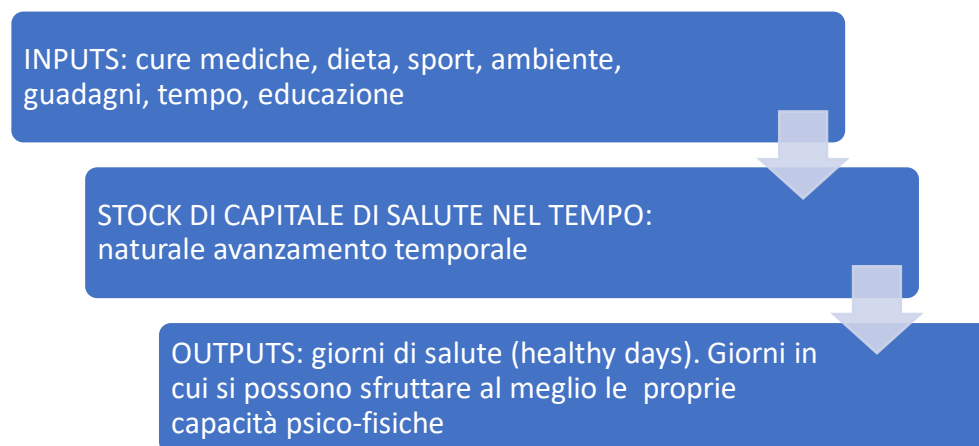
L'applicazione del modello di Grossman mostra generalmente che, il tasso di rendimento del capitale

sanitario deve essere pari al costo opportunità di tale capitale²². Pertanto, gli aumenti del tasso di ammortamento nel tempo causano la diminuzione dello stock di salute ottimale. Se l'efficienza marginale della curva di capitale è anelastica, gli investimenti lordi crescono nel tempo (Tauro F, 2017).

L'elasticità della domanda di salute e dei servizi sanitari rispetto al tasso di deterioramento misura la reattività della quantità domandata di salute e dei servizi sanitari rispetto a una variazione. Indica il variare della quantità della domanda di salute nel caso in cui il suo deterioramento aumenti o diminuisca. La domanda di salute è elastica se la sua elasticità rispetto al tasso di deterioramento è maggiore di 1 in valore assoluto. È anelastica se, al contrario, è minore di 1 in valore assoluto.

Il Grafico 7 mostra i fattori produttivi che, determinano un incremento di salute. Sebbene molti dipendono dal nostro stile di vita, altri sono a noi esterni come l'ambiente che ci circonda, ad esempio, il luogo di lavoro. Essi agiscono per massimizzare o ridurre la produzione di salute.

Grafico 7: Il processo produttivo dello Stato di salute in giorni (healthy days)



Fonte: Di Novi C., 2017

Maggiore è lo stock, maggiore sarà il numero di giorni in cui godremo di buona salute fino ad un massimo di un anno.

Per quanto concerne il problema della spesa e della domanda nel tempo, Maureen Cropper (1977), sostiene che:

²² Il costo opportunità (opportunity cost) è il sacrificio che, un operatore economico deve compiere per effettuare una scelta economica. Ogni decisione presa da un individuo implica una scelta tra diverse possibilità alternative. Ad esempio, un individuo che, decide di lavorare rinuncia ad una parte del proprio tempo libero per ottenere un reddito economico. Il tempo libero sacrificato rappresenta il costo opportunità.

“I shall assume that illness occurs whenever the health stock falls below some critical level where it is a random variable. [...] This, in turns, implies that the fraction of time spent ill increases as the individual ages and that recuperative medical expenditure should, therefore, increase. Preventive medical expenditures, on the other hand, may decrease, as the individual ages”.

La malattia avviene ogni volta che lo stock di salute diminuisce. Il tempo trascorso nello stato di malattia aumenta con l'aumentare dell'età, poiché si è più cagionevoli. In questo modo, dato che, nei giorni di malattia l'individuo riduce le proprie scorte di salute, la spesa medica aumenta (più giorni in malattia equivalgono ad una spesa più alta). Le spese mediche preventive, d'altra parte, possono diminuire, con l'età individuale. Quindi la domanda di salute dovrebbe essere delineata tra le cure preventive ed il trattamento della malattia (Cropper, M. L., 1977).

Il modello di Grossman non è esente da critiche. Infatti, alcuni ricercatori hanno messo in dubbio l'indipendenza delle singole variabili nel modello come l'istruzione, il reddito, nonché lo status socioeconomico e di occupazione. Particolare attenzione era stata prestata alle professioni più rischiose, che generalmente comportano salari più elevati a causa dei rischi professionali e quindi rendono tale variabile co-dipendente. A tal proposito, il Dr. Victor Fuchs (1999) sostiene che le differenze genetiche e di genere operano come variabili non osservate e immutabili all'interno del modello (Spetz, J., Victor F., 1999).

2.2 Effetti della longevità sulla produttività

La produttività misura le prestazioni economiche di un'unità, ma non l'efficienza in termini di costi, risultati o qualità.

Skirbekk (2008) ritiene che, nel 2020 la produttività globale calerà a causa del crescente livello di anzianità. In questo modo, la percentuale di produzione espressa, ad esempio, in giorni lavorativi e le risorse input, ad esempio i costi del lavoro, caleranno.

Il servizio sanitario è uno dei principali input della salute. Se il suo prezzo aumenta, il costo della salute aumenterà inevitabilmente e diminuirà la domanda di salute. Il tasso salariale riflette il valore del tempo. Da un lato, se il tasso salariale aumenta, aumenterà anche il guadagno delle giornate di lavoro in salute. D'altra parte, la produzione di salute ha bisogno di tempo, l'aumento del salario rende la produzione di salute costosa. Pertanto, l'impatto del tasso salariale sulla domanda sanitaria è ambiguo. Tuttavia, le persone generalmente credono che il primo effetto domini l'effetto successivo e quel tasso salariale dovrebbe avere un effetto positivo.

Anche il vincolo di tempo ha implicazioni verificabili. Se il consumatore lavora di più, finirà per

avere meno tempo per migliorare il proprio stato di salute, che, quindi, diminuirà (Zhao Z., 2005).

Con l'avanzare dell'età le persone potranno lavorare un quantitativo di giorni minore, mantenendo, però lo stesso costo della manodopera (Skirbekk V., 2008). È necessario capire se gli anziani potranno sostenere la qualità di output prodotto e da produrre con meno input.

Ci sono due fattori fondamentali, che possono confermare come la produttività cali a seguito dell'avanzare dell'età: il fattore fisico e quello psichico.

Parlando di fattore fisico faccio riferimento a quegli elementi deteriorabili quali vista, energia, forza e flessibilità. È stato dimostrato che, mentre l'energia diminuisce solo dell'1% dai 20 in poi (De Zwart et al. 1995), la forza, intesa come forza muscolare, diminuisce del 10% tra i 20 ed i 60 anni, del 15% dai 60 agli 80 anni e del 30% dopo gli 80 anni ed anche la flessibilità decresce (Mazzeo, 2000; Bosek, 2005).

A livello psichico, invecchiare comporta un peggioramento del sistema cognitivo ed un calo della comprensione e dell'interesse. Alcune abilità cognitive tendono ad essere relativamente robuste contro la deformazione indotta dall'invecchiamento (Schaie K. W., Willis S. L., O'Hanlon A. M., 1994). È stato dimostrato che, le abilità cristallizzate, ossia le conoscenze accumulate e qualificate per mantenere il livello del funzionamento cognitivo, restano invariate fino a tarda età mentre quelle fluide come la velocità di comprendere ed intervenire su nuove mansioni, rallentano (Horn, Cattell, 1967). Schwartzman e McLellan (1987) scoprono che, tra le abilità cristallizzate, quelle verbali rimangono praticamente invariate, mentre, tra quelle fluide, il ragionamento e la velocità di comprensione diminuiscono con l'età, sulla base dei risultati dei test psicometrici di uomini di diverse fasce d'età (Schwartzman Robert J. e McLellan Toni L., 1987).

Anche Blum et al. nel loro studio (1970) forniscono risultati simili: la dimensione del vocabolario è rimasto costante dalla giovinezza alla vecchiaia, nonostante una generale riduzione delle altre capacità cognitive.

D'altra parte, considerando l'esperienza acquisita dai dipendenti senior, pur con un calo delle prestazioni, questi possono rimanere altamente produttivi all'interno di un campo che conoscono bene, anzi, la loro esperienza costituisce un vantaggio. La conoscenza procedurale legata all'esperienza, per cui un individuo trova facilmente soluzioni a problemi di lavoro quotidiani, tende a non diminuire in età avanzata. Infatti, molti manager anziani posseggono un dinamismo ed uno spiccato senso logico pari a quello di un giovane (Colonia Willner R., 1998).

Tuttavia, quando si esegue un lavoro non familiare, i lavoratori devono fare affidamento sulla capacità di imparare e prestare attenzione, attitudini che diminuiscono di più con il passare degli anni. Gli individui anziani sono meno capaci dei giovani ad adattarsi a nuove richieste ed abilità (Smith, 1996) e la produttività indotta dall'età si riduce all'aumentare della complessità di nuove attività (Myerson

et al., 1990).

Rimanere all'interno di un campo di competenza assicura elevata produttività grazie all'esperienza acquisita, mentre cambiare o muoversi tra più campi può ridurre la produttività.

L'esperienza è spesso citata dai datori di lavoro come uno dei più importanti determinanti della performance del lavoro (Bellmann, 2007), ma oggi non è più sufficiente. D'altra parte, vengono offerte meno opportunità di formazione ai lavoratori più anziani, che a quelli più giovani, causando, così, un calo del loro capitale umano e del loro livello di produttività. Tra le motivazioni per cui le aziende non investono nel capitale umano dei lavoratori più anziani c'è il numero di anni rimanenti previsto prima del pensionamento. Dal momento che, molti di questi sono prossimi al pensionamento, le aziende preferiscono investire nei giovani i quali hanno davanti molte più occasioni di dimostrarsi utili alla crescita aziendale. Tuttavia, se l'età pensionabile aumentasse, sarebbe altresì probabile che, l'azienda investa nel capitale umano esperto a discapito di quello giovane, limitando, di conseguenza, anche le assunzioni. I costi più elevati sono spesso visti come il principale svantaggio dei lavoratori più anziani. I contributi e l'assicurazione sanitaria sul lavoro aumentano il proprio costo con l'avanzare dell'età lavorativa e poiché i salari non possono essere adattati a queste condizioni, aumentare l'età lavorativa è uno svantaggio e non un vantaggio. (Skirbekk, V., 2008, pg.5).

Le prestazioni spesso diminuiscono in età avanzata, ma non per tutte le mansioni. Inoltre, il potenziale produttivo degli anziani aumenta nel tempo, poiché i posti di lavoro moderni si basano sull'esperienza dell'impiegato. Al fine di consentire agli anziani di beneficiare dei loro vantaggi comparativi e prolungare efficacemente la loro vita lavorativa, sarebbe indicato incrementare la loro formazione in modo da non farli sentire svalutati nei confronti delle nuove generazioni (Skirbekk, V., 2008).

Non solo la produzione lavorativa può diminuire, ma anche lo Stato di salute può peggiorare, in base a una variabile già presentata attraverso il modello di Grossman: l'ambiente, in questo caso, quello lavorativo. Cropper (1997) afferma che, lo Stato di salute può subire un peggioramento se l'ambiente di lavoro danneggia la produzione di salute dell'individuo. A maggior ragione, i dipendenti senior, proprio a causa del loro calo della produttività psico-fisica, sono maggiormente soggetti ad una riduzione dello stock di salute nell'ambiente lavorativo. Ciò non è riferito solamente ai lavori pesanti, ma anche a quei lavori considerati sicuri. Le mansioni da ufficio sono considerabili più logoranti di quelli fisicamente tassanti, per molteplici aspetti: condizionano lo stile di vita, sono psicologicamente impegnativi e rappresentano una delle cause per cui l'età pensionistica si è lentamente alzata. Skirnekk (2008) interviene sottolineando l'importanza di cambiamenti in sistemi di incentivazione nell'ambiente lavorativo. Regolamenti come il divieto di fumo e la promozione sul posto di lavoro di una vita sana ed attiva potrebbero diminuire i livelli di disabilità e aumentare il funzionamento cognitivo, contribuendo, così, ad aumentare i livelli di rendimento e partecipazione della forza lavoro

in età più avanzata.

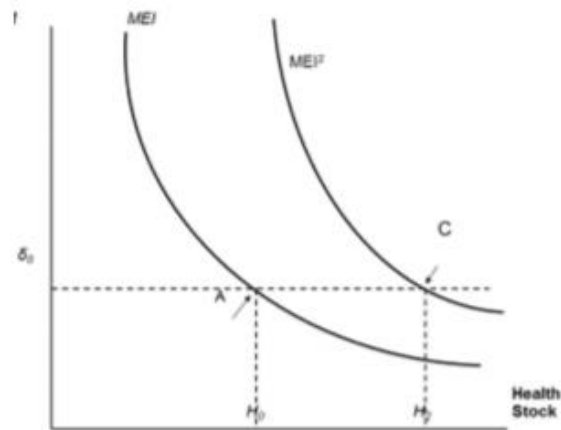
Inoltre, per abbattere i costi dei datori di lavoro, bisognerebbe favorire l'assunzione dei giovani in età lavorativa. Tale aspetto avrebbe due vantaggi. Da una parte, avere più giovani occupati significa avere una produttività capace di sostenere il peso delle pensioni. Il sistema pensionistico pubblico in Cina è passato da un modello privato fornito dal datore di lavoro a un sistema di previdenza sociale per la vecchiaia, in cui la copertura si è gradualmente estesa dalle aree urbane alle aree rurali. Attualmente, ci sono due sistemi pensionistici principali in Cina: uno per i dipendenti urbani e uno per i residenti urbani e rurali. Nelle aree urbane, il finanziamento delle pensioni proviene da tre fonti: un regime di previdenza privato obbligatorio basato sul datore di lavoro, un regime obbligatorio a finanziamento pubblico e un regime di risparmio volontario (Hu H., Xu J., Zhang Xi., 2020). Un maggior numero di giovani impiegati, garantirebbe maggiore stabilità al sistema di previdenza sociale per la vecchiaia. Il secondo vantaggio rappresenterebbe il miglioramento delle condizioni di vita dei giovani rendendoli, anche, più partecipi al welfare nazionale. Wu et al. (2020) hanno, infatti, dimostrato che, la partecipazione al welfare ha diminuito il rischio di depressione da parte dei giovani.

2.2.1 I fattori del modello di Grossman: l'educazione

L'educazione è una delle variabili del sistema produttivo enunciato da Grossman (1972) ed ha un effetto positivo sulla salute. Secondo il suo approccio, sia l'educazione che la salute aumentano la produttività: la prima aumentando il reddito, attraverso l'aggiunta di giorni in salute utilizzati per lavorare, mentre la seconda migliora la produttività.

Come evidenzia il Grafico 8, un aumento del tasso d'istruzione, a parità di δ , sposterebbe la curva di Grossman verso destra indicando un aumento del livello di salute.

Grafico 8: Istruzione e domanda di salute



Fonte: Di Novi C., 2012

Si può, quindi, dire che, l'incremento del tasso di scolarizzazione aumenta la produzione dello stato di salute. Infatti, la popolazione con caratteristiche socioeconomiche migliori tende ad essere maggiormente informata e sa riconoscere atteggiamenti dannosi che, decrementerebbero il suo stock di salute (Di Novi C, 2012)

Le famiglie in condizioni economiche limitate a causa di shock economici devono affrontare scelte difficili riguardo al modo migliore di spendere le proprie risorse. Mentre le famiglie si sforzano di preservare il loro tenore di vita, le decisioni riguardanti l'uso dell'assistenza sanitaria e la sua ripartizione tra i membri della famiglia possono diventare più discrezionali e complesse. Monheit et al. (2004) nel loro studio, utilizzando i dati panel del Medical Expenditure Panel Survey dal 2004 al 2011, hanno esaminato che, l'allocazione della spesa sanitaria in una famiglia risponde ai cambiamenti nella situazione economica della famiglia stessa. In particolare, ha notato come gli shock economici previsti nelle famiglie cambino in base al periodo storico: egli, infatti, ha differenziato le famiglie analizzate prima, all'inizio o durante la Grande Recessione²³ (Dicembre 2007 – Giugno 2009), o nella fase post-recessione.

I risultati di questo studio suggeriscono che, entrambi i tipi di shock economici influenzano la quota dell'assistenza sanitaria familiare in particolar modo, la spesa destinata ai bambini, con risultati più pronunciati per le famiglie con madri single (Monhei A. C., Grafova I., Kumar R., 2004).

Si può dedurre che, le famiglie nell'organizzare le loro risorse, sono particolarmente sensibili non solo alla produzione di salute, ma anche all'educazione.

Applicando il modello di Grossman, Zhao Zhou (2005) ha studiato i determinanti sanitari per le città

²³ Una crisi economica mondiale avvenuta tra il 2007 ed il 2013. Scoppiò negli Stati Uniti nel 2006 in seguito alla crisi dei subprime e del mercato immobiliare, ma espanse in tutto il mondo.

cinesi basandosi sulla popolazione adulta, di età compresa tra i 15 ed i 55 anni, sulla base dello stato di salute categorico auto-riferito. Egli scopre che, l'effetto dell'educazione sulla salute è significativamente positivo e che, altrettanto positiva è la relazione tra salute ed educazione. Ciò significa che, è possibile utilizzare l'educazione come strumento pratico per migliorare la salute della popolazione.

Investire nel livello di istruzione non solo aumenta la produttività ed il reddito, ma migliora anche lo stato di salute; nel frattempo la salute si trova positivamente connessa al reddito. Pertanto, per formulare una soddisfacente politica sul capitale umano, sarà fruttuoso considerare salute e istruzione insieme (Zhou Z., 2005).

Come descritto nel paragrafo 2.1, la salute si deteriora con l'età a partire dai 40 anni. Questo dato colpisce nel senso che, anche se 40 anni sono considerati, ancora, “giovani”, la salute inizia a deteriorarsi. A tal proposito, la politica dovrebbe incentivare, dopo una certa età, a sostenere regolarmente esami fisiologici. In questo modo, sarebbe possibile trovare un'eventuale malattia in una fase precoce e quindi rallentare la velocità di deterioramento della salute. Così, sarebbe anche possibile risparmiare il denaro che andremmo ad investire in un trattamento futuro.

I risultati empirici ottenuti dalla ricerca di Zhou (2005) riguardo l'educazione, l'età e costo dei servizi sanitari, sono coerenti con le previsioni del modello Grossman (2000).

2.2.1 I fattori del modello di Grossman: il fenomeno del *presenzialismo*

Tra i fattori, che influenzano la produzione nel modello di Grossman, illustrati nel paragrafo 2.1, è presente l'ambiente lavorativo. Le conseguenze che questo ha sulla salute dell'individuo sono molteplici, non solo fisiche, ma anche e soprattutto psicologiche. La pressione lavorativa ha dato vita a un fenomeno denominato del *presenzialismo*, ossia l'attenzione ad essere presenti sul posto di lavoro anche in condizioni non idonee e una delle cause del decremento della produzione dello stato di salute. Esso è causato da un forte stress a cui i dipendenti sono sottoposti. Infatti, il recente sviluppo economico e il progresso tecnologico nelle aziende hanno generato maggiori pressioni ed aspettative nei confronti dei dipendenti.

Lo stress professionale si riferisce alle richieste di lavoro al di là delle proprie risorse lavorative, capacità e bisogni e quando i dipendenti sono esposti ad ambienti fisici ed emotivi dannosi. È, comunemente, sperimentato in risposta a diverse condizioni avverse legate all'ambiente di lavoro e ha attirato una crescente attenzione negli ultimi anni (Xianting Y. et al. 2020).

Gli esiti mentali e ipertensivi dei lavoratori sono influenzati da lunghi periodi di pressione lavorativa causata dallo stress professionale attraverso percorsi non specifici e possono causare malattie

cardiovascolari, del sistema nervoso centrale e del sistema immunitario. Altri effetti includono una riduzione della concentrazione, dell'efficacia lavorativa e disturbi del sonno. Ad esempio, esaminando degli incidenti avvenuti nelle miniere di carbone, Xianting Y. et al (2020) hanno riscontrato essi siano stati causati da stress sul lavoro.

Secondo l'American Institute of Stress, lo stress sul lavoro è responsabile dell'80% di tutti gli infortuni sul lavoro, del 40% degli errori sul lavoro, mentre il 30% del personale e dei lavoratori europei subisce gli effetti dello stress sul lavoro di cui il 22% sono manovali o lavoratori che effettuano lavori pesanti (Koutsimani P., Montgomery A., Georganta K., 2019).

Lo stress è una parte significativa delle condizioni di vita di molti mestieri pesanti, i quali subiscono condizioni di lavoro difficili, tra cui attività ripetitive, sollevamento di materiali pesanti, lavoro a turni anche di notte. Inoltre, un ambiente di lavoro inappropriato può scatenare non solo stress, ma anche la depressione (Chu J.P., Cai Y.S., Chang X.D. et al. 2011).

Lo studio di Yong Xinating et al (2020) ha rivelato tassi medi del 18,6%, 26,4% e 23,5% rispettivamente per ipertensione, iperlipidemia e iperglicemia nei lavoratori delle miniere di carbone. Pertanto, le condizioni di lavoro, al fine di salvaguardare lo stato di salute dei dipendenti, dovrebbe controllare il livello di stress degli stessi.

Nel campo della gestione organizzativa, il presenzialismo si riferisce alla partecipazione al lavoro, anche se malati. A causa dei limiti delle malattie come dolori e condizioni mediche, i dipendenti si dividono tra chi continua a partecipare al lavoro e chi è assente giustificato.

Secondo Evans-Lacko et al. (2016) il presenzialismo causa una maggiore perdita di produttività rispetto all'assenza per validi motivi. Mentre in Occidente il presenzialismo è un fenomeno diffuso a causa della crescente competitività aziendale, in Cina, a causa della cultura della dedizione al lavoro e della perseveranza, i dipendenti sono più propensi al presenzialismo.

Precedenti studi sul presenzialismo hanno confermato che la precarietà del lavoro influisce sia sui comportamenti lavorativi che sulle decisioni dei dipendenti (Miraglia, M., Johns, G, 2016), ma solo in pochi come Lohaus e Habermann (2019) hanno esplorato variabili che erano meno vicine al luogo di lavoro come i fattori ambientali. Essi, attraverso l'applicazione di elementi di psicologia, sottolineano l'importanza di creare un ambiente organizzativo sostenibile che promuova la salute e il benessere dei dipendenti. Il clima di sicurezza sul posto di lavoro influisce sulla produttività sia lavorativa, che dello stato di salute. I risultati di questa analisi indicano che, un ambiente ritenuto sicuro migliora la motivazione, il rispetto delle regole per la sicurezza di tutti i dipendenti, promuove prestazioni in sicurezza e riduce infortuni e incidenti, incrementando lo stato di salute di un dipendente.

Quindi, per incrementare la produttività sul lavoro, senza danneggiare lo stato di salute dei dipendenti,

una gestione efficace del presenzialismo aiuterebbe a ridurre i rischi legati alle risorse umane e promuoverebbe lo sviluppo sostenibile di un'organizzazione. I manager dovrebbero dedicarsi alla creazione di un ambiente di lavoro non solo sicuro, ma anche positivo, che sostenga la trasmissione di valori, la fiducia e rispetti gli affetti dei dipendenti (Liu B., Lu Q. 2020).

Le conseguenze del fenomeno del presenzialismo sono molteplici, tra cui problematiche mentali e ipertensive. È così possibile comprendere come, sebbene un lavoro possa essere fisicamente meno impegnativo di un altro, le conseguenze dello stress sono le medesime, arrivando a danneggiare lo stato di salute del soggetto.

2.3 Il risparmio in Cina

Dato il costo dell'accesso alle cure e i fenomeni, che influenzano la produzione di salute enunciati nel modello di Grossman, le famiglie cinesi hanno aumentato il loro risparmio.

Il risparmio è l'eccedenza del reddito netto sul consumo. Consiste nella parte di reddito non consumata e serve per far fronte all'incertezza, ai rischi, alle aspettative sul reddito futuro e/o per investimento²⁴.

Il risparmio aggregato nazionale è composto da tre componenti: il risparmio aziendale, il risparmio pubblico e il risparmio delle famiglie. Il risparmio delle famiglie ha, generalmente, conseguenze sulla crescita e produttività di un Paese.

Il tasso di risparmio è il tasso che massimizza i consumi di uno stato stazionario, ossia con PIL pro-capite, consumo pro-capite e risparmio pro-capite costanti. Quello della Cina è il più alto del mondo. Infatti, l'attuale sistema pensionistico cinese non garantisce il supporto necessario alle necessità degli anziani e, insieme alla difficoltà nell'accesso alle cure, obbliga non solo gli anziani, ma le famiglie cinesi tutte a risparmiare per eventuali spese, soprattutto mediche, improvvise.

Questo risparmio eccessivo si traduce in un ampio avanzo delle partite correnti. Capire perché i cinesi risparmiano così tanto è una questione centrale nel dibattito sugli squilibri globali.

Il risparmio interno in Cina ha raggiunto il 50% del reddito nazionale nel 2008, il livello più alto al mondo in percentuale del PIL. Le famiglie cinesi hanno iniziato a risparmiare negli anni Novanta, a seguito delle riforme economiche ed alle conseguenze della Grande carestia (1959-1961). I risparmi sono aumentati nell'ultimo decennio, superando le spese per investimenti, nonostante l'aumento piuttosto forte di queste ultime in percentuale del PIL, dal 35% nel 2000 al 45% nel 2009. I consumi privati, invece, sono diminuiti in percentuale del PIL, dal 46,2% al 34,5% nello stesso periodo, per effetto di una crescente propensione al risparmio e di una persistente erosione del reddito disponibile

²⁴ Luca Deidda (UNISS, CRENoS DiSEA)

delle famiglie. (Cristadoro, R., Marconi, D., 2012). Secondo il CEIC: Global Economic Data, Indicators, Charts & Forecasts, nel 2010 i risparmi delle famiglie cinesi hanno raggiunto il 25% del PIL. Mentre a livello globale i risparmi delle famiglie sono in calo (dal 14% del PIL nel 1980 al 7% del 2019) la Cina ha raggiunto nel 2019 un risparmio pari al 23% del PIL nazionale, creando un divario col resto del mondo (CEIC). I risparmi delle famiglie cinesi sono superiori di 15 punti percentuali rispetto la media globale e sono i principali fattori di risparmio nazionale. Ciò, però, sta aggravando problematiche già presenti in Cina come lo sviluppo del Paese, l'aumento della disuguaglianza di reddito e l'accessibilità ai servizi LTC (Zhang L., Ray B., Ding D., Hayan D., Hui He, Jing L., Rui M., 2018).

Il governo cinese ha tuttavia recentemente riconosciuto nel suo XII Piano Quinquennale (2011–2016) che, promuovere una crescita più equilibrata all'interno della Cina e aumentare il benessere della popolazione sostenendo i consumi interni, sono aspetti qualificanti della sua politica di medio termine. Una questione politica chiave è come invertire questa tendenza e riequilibrare la crescita, lontano dalla dipendenza dalle esportazioni e dagli investimenti, e aumentare il consumo.

Il basso consumo delle famiglie cinesi, o un risparmio equivalente, è spesso legato a motivi precauzionali. I sistemi sanitari, educativi e pensionistici del governo sono sottosviluppati, lasciando i singoli a sostenere una parte importante dei costi. Di conseguenza, le famiglie accumulano risparmi per coprire queste spese e per autoassicurarsi contro l'incertezza, soprattutto per quanto riguarda le future esigenze sanitarie e pensionistiche. Nelle famiglie urbane la spesa sanitaria si aggira intorno allo 0,04-0,07% della spesa complessiva della famiglia. Invece, nelle famiglie rurali, dove l'accesso alle cure mediche è inferiore a quello urbano, la spesa sanitaria si aggira intorno allo 0,11- 0,19% della spesa familiare totale (Zhang L., Ray B., Ding D., Hayan D., Hui He, Jing L., Rui M., 2018).

Per spiegare un così alto risparmio, i motivi di precauzione devono essere ampi e anche in aumento nel tempo. Infatti, Chamon e Prasad (2010) sostengono che, a causa della rottura della "ciotola di ferro"²⁵ e delle riforme negli anni '90, in particolare la riforma delle imprese statali, è avvenuto un crollo dei sistemi esistenti e ad una maggiore incertezza delle famiglie (Arora, V. e Cardarelli, R., 2011).

Anche Blanchard e Giovazzi (2006) ritengono che, per riequilibrare i consumi in Cina sia necessario intervenire ed abbassare i risparmi precauzionali.

Intervenire non è facile. Il risparmio in Cina varia, specialmente tra le zone rurali ed urbane. Le tendenze nel loro comportamento di risparmio differiscono così come i loro livelli di reddito. È probabile che, le loro risposte agli aumenti della spesa pubblica non sarebbero le stesse. Idealmente,

²⁵ Termine conosciuto, anche, col nome inglese di *iron bowl* ed utilizzato per indicare il *posto fisso* o qualsiasi tipo di lavoro redditizio, sicuro ed a lungo termine.

quindi, le variabili di spesa pubblica utilizzate, ad esempio per la salute, suddividono la spesa in due aree: quella intrapresa nelle aree urbane e quella intrapresa nelle aree rurali. Tuttavia, i dati sulla spesa del governo provinciale non fanno distinzione tra i tipi di spesa. Di conseguenza, le differenze nei risultati per il comportamento urbano e rurale dovrebbero essere considerate con una certa cautela, poiché potrebbero semplicemente riflettere le differenze nel modo in cui la spesa pubblica è stata allocata (Arora V. e Cardarelli R., 2011).

Per le famiglie rurali, però, ci sono poche prove che, una maggiore spesa sanitaria riduca il risparmio precauzionale, dato che il coefficiente stimato sulla salute non è mai statisticamente significativo ed è sempre positivo. Invece, una maggiore spesa sanitaria aumenta effettivamente il risparmio. Questo potrebbe riflettere il fatto che, molte famiglie rurali sono consumatori di sussistenza, le quali ritengono di risparmiare grazie alle risorse fornite dal governo, ad esempio, una maggiore copertura sanitaria. Allo stesso modo, potrebbe dire che, l'aumento della spesa pubblica sia stato piccolo rispetto al fabbisogno sanitario rurale previsto. Il risparmio delle famiglie rurali suggerisce che, la spesa sanitaria del governo nelle province ad alto reddito, concentrate sulle coste, è associata a un calo del risparmio delle famiglie rurali (Arora, V. e Cardarelli R., 2011).

Dal 1995 al 2013 è stata riscontrata una divergenza senza precedenti nel tasso di risparmio delle famiglie urbane-rurali cinesi. In particolare, le famiglie urbane hanno assistito a un boom dei loro tassi di risparmio mentre le loro controparti rurali hanno sperimentato il drammatico opposto. Yang Dan (2020), nel suo studio afferma che, l'aumento dei tassi di risparmio urbano può essere spiegato dall'aumento del reddito e dagli shock sanitari, mentre i cambiamenti nelle caratteristiche familiari osservate non sono in grado di spiegare la diminuzione dei tassi di risparmio rurale. Le disparità di risparmio rurale-urbano possono essere pienamente spiegate dal divario di reddito rurale-urbano.

Si intuisce, quindi, che, il risparmio è avvenuto principalmente nelle famiglie che risiedono nelle aree urbane a differenza di quelle residenti nelle aree rurali, il cui risparmio è rimasto pressoché invariato. Secondo lo studio dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) del 2010, il motivo di una così forte propensione al risparmio è causato dal pensiero dei consumi in seguito al pensionamento e dalla spesa sanitaria. Come il sistema pensionistico, il sistema sanitario è gestito localmente, di conseguenza, i migranti non hukou non hanno alcuna copertura nella città in cui vivono. Le spese per l'assistenza medica sono cresciute rapidamente negli ultimi anni, influenzando sia le persone non assicurate che quelle assicurate e si stima che, questi ultimi, debbano ancora pagare il 45% delle proprie spese mediche (OCSE 2010).

In sintesi, i motivi precauzionali possono spiegare l'alto tasso di risparmio degli anziani, per i quali le spese sanitarie sono di crescente rilevanza ed accentuate dalla migrazione dei giovani, i quali non si possono prendere, così, più cura degli anziani. Questi bisogni non sono di natura temporanea.

Affrontarli richiede l'intervento del governo principalmente mirato a migliorare e armonizzare le disposizioni in materia di welfare tra i comuni e le province, facilitando la portabilità dei benefici e garantendo l'accesso ai servizi pubblici per i migranti rurali. Inoltre, le politiche volte ad aumentare la crescita di lungo periodo del reddito nelle campagne sembrano rilevanti per ridurre il risparmio delle famiglie rurali (Cristadoro R. e Marconi D., 2012) Come notato da Bloom et al. (2015), le tendenze dell'invecchiamento potrebbero non portare a tensioni finanziarie se vengono avviate alcune azioni per riformare tali sistemi in modo tempestivo. Adattare le politiche e le istituzioni che rispondono a queste tendenze richiede, non solo una migliore conoscenza del benessere degli anziani, ma anche una conoscenza approfondita del concetto di salute e produttività espresso da Grossman.

Capitolo III

Il programma pilota di Long Term Care Insurance (LTCI)

3.1 La somministrazione del programma pilota LTCI

L'invecchiamento della popolazione globale ha creato un'enorme richiesta di Long Term Care LTC per gli anziani, divenuti un pesante onere finanziario per la loro famiglia. Per risolvere questo problema, alcuni paesi, come i Paesi Bassi negli anni '60 e gli Stati Uniti negli anni '70, hanno introdotto un sistema di assicurazione, denominato LTCI.

Il sistema di Long Term Care Insurance (LTCI), che può essere pubblico (offerto dal governo) o privato (volontario ed individuale), si riferisce a un accordo istituzionale per condividere le spese sanitarie ed infermieristiche sostenute da persone che, non possono prendersi cura di sé stesse a causa di malattie croniche o disabilità fisica e psicologica (OMS; Dai W.D., 2016).

Tra i paesi industrializzati, la Germania è stato il primo paese ad inserire il sistema LTCI all'interno della legislazione sociale. Nel 1995, entrò in vigore la legge che, stabiliva il sistema LTCI diventasse una delle assicurazioni fondamentali, insieme all'assicurazione medica, all'assicurazione contro gli infortuni e all'assicurazione contro la disoccupazione. Il sistema tedesco LTCI enfatizza due principi essenziali: "Priorità dell'assistenza domiciliare" e "Priorità di prevenzione e riabilitazione". Tutti i titolari di polizze assicurative mediche devono sottoscrivere quella LTCI, indipendentemente dal sesso o dall'età purché siano maggiorenni

Il Giappone e diversi paesi dell'Asia orientale, hanno implementato il sistema LTCI dal 2000. I richiedenti possono decidere il livello di assistenza nella quantità disponibile e l'assistenza pubblica copre fino ad un determinato importo fisso, oltre il quale deve essere intrapresa privatamente. Purtroppo, a causa della mancanza di fondi, ognuno di questi paesi sta cercando di comprendere come attuare uno sviluppo sostenibile.

In Cina, la LTCI privata è ancora agli inizi, mentre quella pubblica è parzialmente finanziata dai diversi sistemi di assicurazione medica e, insieme al SOSS (Social Old-age Service Security) generale, fa parte della fornitura di servizi sanitari per gli anziani. LTCI e SOSS sono due servizi differenti. In primo luogo, il SOSS fornisce principalmente l'assistenza quotidiana per gli anziani, mentre la LTCI non include solo il sussidio di mantenimento, ma include anche l'accesso all'assistenza sanitaria e sostegno psicologico. In secondo luogo, il SOSS è finanziato da sovvenzioni pubbliche, lotterie assistenziali e contributi individuali. La LTCI pubblica è composta dal sussidio finanziario dell'assicurazione medica, che viene pagata dai datori di lavoro, dai dipendenti e dal governo. Terzo,

il SOSS fornisce principalmente servizi gratuiti, o a basso costo per gli anziani, che fanno parte del "Tre no" (nessun lavoro, nessun reddito, nessun familiare) e anziani disabili o semi-disabili (Lihou C. e Xu X., 2020).

Come già discusso nel capitolo 1, il rapido invecchiamento della popolazione ha enfatizzato l'emergenza sanitaria per gli anziani in Cina, in special modo per gli anziani con disabilità causati da malattie croniche, inquinamento ambientale o lesioni accidentali. Infatti, il tasso di prevalenza di malattie croniche negli anziani raggiunge il 54% (Xu X., Huang X., Zhang X., Chen L., 2019). Sebbene la domanda di servizi di LTC per gli anziani fosse in aumento, la fornitura di servizi non riesce a soddisfarne la domanda. Come contromisura, è stato sperimentato il sistema pubblico LTCI in quindici città dal 2012: Chengde (Hebei), Changchun (Jilin), Qiqihar (Heilongjiang), Shanghai, Nantong (Jiangsu), Suzhou (Jiangsu), Ningbo (Zhejiang), Anqing (Anhui), Shangrao (Jiangxi), Qingdao (Shandong), Jingmen (Hubei), Guangzhou (Guangdon), Chongqing, Chengdu (Sichuan), Shihezi (Xinjiang). La previsione era quella di un'attivazione graduale, invece di un avvio diretto su scala nazionale. Come evidenzia la Tabella 2, la spesa sostenuta dall'assicurazione LTCI ha avuto un profondo impatto sulle persone e le economie delle aree pilota, poiché è riuscita sensibilmente a ridurre la spesa out-of-pocket.

Tabella 2: Assicurazione LTCI per le cure a lungo termine in alcune delle città pilota (RMB²⁶)

Città	Data di inizio	Spesa istituzionale in RMB	Spesa personale in RMB	Spesa della comunità in RMB
Qingdao	Luglio 2012	654 a pax al die	50 a pax al die	1600 a pax all'anno
Changchun	Maggio 2015	LTCI rimborsa il 70% (750 a pax al mese)	25 a pax al die	LTCI rimborsa il 70% (750 a pax al mese)
Jingmen	Dicembre 2016	LTCI rimborsa il 75% (100 a pax al die)	40 a pax al die	LTCI rimborsa l'80% (100 a pax al die)
Nantong	Gennaio 2017	50 a pax al die		1200 a pax al mese

²⁶ Renminbi o yuan è la valuta in corso legale in Cina.

Anqing	Gennaio 2017	LTCI rimborsa il 50% (40 a pax al die)	750 a pax al mese	750 a pax al mese
Guangzhou	Aprile 2017	LTCI rimborsa il 75% (120 a pax al die)	LTCI rimborsa il 90%	LTCI rimborsa il 75%
Chengdu	Luglio 2017	LTCI rimborsa il 70% (50 a pax al die)	LTCI rimborsa il 75%	
Qiqihar	Ottobre 2017	LTCI rimborsa il 55% (25 a pax al die)	LTCI rimborsa il 50%	LTCI rimborsa il 50% (20 a pax al die)
Ningbo	Dicembre 2017	60 a pax al die	50 a pax al die	50 a pax al die
Shanghai	Gennaio 2018	LTCI rimborsa l'85%	LTCI rimborsa il 90%	LTCI rimborsa il 90%
Chongqing	Marzo 2018	26 a pax al die se moderatamente disabile		30 a pax al die se gravemente disabile 25 a pax al die se moderatamente disabile

Fonte: Lihou C., Lu X., 2020

Nel 2016 la Cina ha pubblicato le Linee guida sull'esecuzione del sistema pilota LTCI, un accordo istituzionale significativo per far fronte al problema della crescita demografica e, principalmente, dell'invecchiamento della popolazione. Il governo cinese ha avviato un processo di sperimentazione delle politiche per l'assicurazione per l'assistenza a lungo termine con l'obiettivo di stabilire e migliorare il quadro politico per LTCI pubblica fino al 2020 (Zhu Y., Österle A., 2019).

Date le ampie dimensioni territoriali e le differenze socioeconomiche regionali della Cina, è chiaramente difficile creare un piano LTCI valido per tutta la sua popolazione.

La Cina ha deciso di sviluppare il piano LTCI ispirata dagli altri Paesi ed il governo centrale incoraggia i quadri locali a realizzare programmi pilota per esplorare nuove opzioni politiche. Lo scopo è ottenere una politica appropriata da adattare a livello nazionale.

L'implementazione del sistema LTCI in Cina ha prodotto notevoli impatti economici, ma a causa del suo breve tempo di somministrazione, l'effetto politico non è stato abbastanza significativo e la ricerca accademica pertinente non è abbastanza approfondita. Il governo cinese deve capire se, il sistema sanitario debba espandere formalmente l'attuazione della politica LTCI su scala nazionale: studiare e

comprendere gli effetti della sperimentazione sulle città pilota è fondamentale per i leader governativi e i responsabili politici, dato che sono responsabili dell'ulteriore processo decisionale relativo all'implementazione della politica LTCI in Cina.

La somministrazione del programma LTCI, in Cina, è costituita da tre fasi²⁷. In primo luogo, si stima la proporzione della popolazione di età superiore ai 45 anni che necessita di cure, differenziandola per tre livelli di dipendenza. In secondo luogo, ipotizzando un'implementazione a livello nazionale dei progetti pilota LTCI, si prende in considerazione la proporzione della popolazione coperta da ciascun progetto pilota, si esamina l'idoneità ai benefici in ciascuno dei programmi LTCI e quali vengono forniti in ciascuno di essi. In terzo luogo, questi risultati saranno discussi in vista delle modifiche necessarie per garantire un accesso più completo e più equo all'LTCI. Fin dal primo giorno di somministrazione, le prestazioni di questi progetti pilota LTCI hanno ricevuto una crescente attenzione da parte di ricercatori e responsabili politici concentrati a prevederne i relativi costi, tra cui l'efficienza finanziaria e le proiezioni di spesa, ma un budget equilibrato non sembra essere sufficiente. I programmi LTCI hanno, soprattutto, una sfida chiave da affrontare, ossia la soddisfazione delle esigenze individuali e il miglioramento dell'accesso ai servizi LTC.

Purtroppo, le rispettive informazioni sono ancora scarse ed è possibile solo fornire un'analisi approfondita degli effetti sull'accesso dei progetti pilota LTCI in termini di copertura, ammissibilità, vantaggi e delle sfide da affrontare per migliorarne il servizio prima dell'implementazione a livello nazionale (Zhu Y., Österle A., 2019).

Le quindici grandi città selezionate hanno lanciato il progetto LTCI autonomamente. Le differenze tra una città pilota e le altre consiste nell'offerta della copertura assicurativa: al fine di testare e stabilire un meccanismo di finanziamento in grado di migliorare l'assistenza sanitaria e la responsabilità ad essa connessa, ogni città ha stabilito regole di accesso e finanziamenti diversi. Le differenze includono, senza limitarsi, un segmento di popolazione specifico al fine di comprendere come fornire una copertura universale. Ogni città ha interesse nel coprire tutte le età, concentrandosi maggiormente sulle persone anziane, definendone i criteri di ammissibilità per ampliarne o restringerne i benefici. Il rischio è escludere dalla copertura assicurativa una buona parte della popolazione anziana con disabilità, incrementandone la spesa out-of-pocket, senza riuscire ad

²⁷ Non è la prima volta che la Cina effettua dei progetti pilota per migliorare l'accesso alle cure mediche: lo stesso è avvenuto nel 2007 con la sperimentazione dell'URBMS o nel 2016, quando il Governo cinese ha deciso unire il sistema NRCMS con URBMS per creare uno schema medico di base universale, (Zhōngyāng zhèngfǔ ménhù wǎngzhàn 中央政府门户网站 (Portale del governo centrale), n. 20, 2007). Il sistema di assicurazione medica cinese ha raggiunto, in questo modo, una copertura del 95% della popolazione, ma ciò non ha colmato la disparità tra le sottopopolazioni dovuta alle differenze nel livello di finanziamento e nei pacchetti assicurativi. I progetti pilota LTCI dipendono in gran parte dai pacchetti di finanziamento del sistema di assicurazione medica ed hanno, così, incontrato le medesime difficoltà.

appurare chi realmente riceva i finanziamenti.

Benché le aree pilota siano state dotate di ampia autonomia, hanno sviluppato i progetti tenendo conto del quadro politico generale stabilito dal governo centrale ed hanno creato un fondo LTCI autonomo, capace di consentire loro di essere finanziate dal sistema di assicurazione medica. In questo modo hanno ridotto le difficoltà di implementazione e la pressione finanziaria. La LTCI è stata concepita come un sistema assicurativo indipendente, ma tutte le aree pilota LTCI preferiscono attingere principalmente, o unicamente, ai fondi di assicurazione medica LTC come fonte di finanziamento. Ciò significa che, il sistema di assicurazione medica cinese è la base del progetto LTCI (Zhu Y., Österle A., 2019).

La prima area sottoposta a LTCI è stata la provincia dello Shandong nel 2012. Nel 2014 il progetto pilota si è esteso ad altre quattro città ed ha coperto e rimborsato il costo delle cure mediche e dei servizi infermieristici ai residenti urbani locali con disabilità del 96% pari a 60 yuan al giorno negli ospedali della comunità locale (seconda o terza classe), o del 90% pari a 170/200 yuan al giorno negli ospedali di prima classe. Il 20% del rimborso proviene dal conto dell'assicurazione medica e l'80% dalle pratiche assistenziali e dalle tasse (Zhang W., 2013).

La LTCI entra in pratica a Wuxi, nella provincia del Jiansu, all'inizio del 2015. Il pagamento delle cure mediche e le cure in strutture infermieristiche professionali dei residenti locali con disabilità o demenza sono stati finanziati dalla LTCI (Zhang W., 2013).

A Pechino la LTCI è stata fornita ai residenti locali del distretto di Haitian nel 2016 e coinvolge, anche, i dipendenti degli esercizi commerciali. Dal 10% al 50% del premio LTCI viene pagato dalle amministrazioni locali. Il pagamento massimo per l'assistenza completa è stato di 2500 yuan al mese. Anche a Nanjing e Changzhou la LTCI ha coinvolto non solo i singoli cittadini, ma anche i datori di lavoro (Zhang W., 2013).

3.2 I risultati dei dati di copertura ed accesso del programma pilota LTCI

Lo studio di questi progetti pilota ha riscontrato molte difficoltà, soprattutto nella ricerca empirica, a causa della carenza di dati statistici sociali validi e dell'uniformità del costo di LTCI. Gli studi empirici sul finanziamento di LTC sono rari; la maggioranza di lavori si è limitata a fornire indicazioni di policy per migliorare il sistema LTCI in Cina (Xu X., Chen L., 2019).

Gli studi empirici sulla domanda di LTC rientrano in due categorie principali: la prima misura il costo di LTC attraverso macro-dati (ad esempio, i tassi di disabilità) e la discussione sulle tendenze dei servizi LTC. E la seconda? Riscrivere perché non si capisce!

In questo modo, tenendo presente le indagini sul campo in varie città, come il Chinese Longitudinal

Healthy Longevity Survey (CLHLS) ed il China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS), entrambi dell'Università di Pechino, il Survey of the Aged Population in Urban/Rural China (SSAPUR) ed il China Research Center on Aging (CRCA), è stato possibile acquisire indicatori fondamentali per misurare i livelli di disabilità (Xu X., Chen L., 2019).

I risultati della valutazione sulla qualità della funzionalità del programma LTCI si basano, principalmente, sull'indagine qualitativa sulla soddisfazione dagli anziani disabili. Partendo dall'indagine effettuata nel 2015 dal China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS) in cui viene stimata la popolazione con le più alte esigenze di LTC, è possibile effettuare una comparazione sul segmento assicurato dalla sperimentazione del programma LTCI, al fine di prevedere un lancio a livello nazionale di ciascuno dei progetti pilota.

Il CHARLS è un'indagine rappresentativa a livello nazionale della popolazione cinese dai 45 anni in su ed è condotta dal China Center for Economic Research dell'Università di Pechino. Nel 2015, 21.095 persone hanno preso parte all'indagine, ma la porzione interessante sono i 19.939 intervistati di età pari o superiore a 45 anni che sono stati in grado di fornire il maggior numero di informazioni sulle disabilità funzionali e sulla copertura assicurativa medica (Zhu Y., Österle A., 2019).

Nei sondaggi riguardo la sperimentazione del programma LTCI, l'entità della necessità di copertura di LTC è classificata in base alla disabilità funzionale ed è per questo che dieci dei 15 piloti LTCI adottano esplicitamente l'indice di Barthel, una scala ordinale utilizzata per misurare le prestazioni nelle attività quotidiane di un individuo. Utilizzando l'indice di Barthel, rappresentato nella Tabella 3, è possibile stimare la dimensione della popolazione che necessita di LTC valutando le prestazioni delle 10 Activities of Daily Living (ADL), le dieci attività basilari della vita quotidiana: alimentazione, igiene personale, vestirsi, controllo delle proprie funzioni fisiologiche (urinare e defecare), uso del bagno, trasferimenti (ad esempio dal letto ad una sedia), mobilità (su una superficie piana) e capacità di salire dei rialzi come le scale. Il punteggio totale si ottiene sommando il punteggio ottenuto in ciascuna attività, il quale varia da 0 a 100. Più è alto il punteggio maggiore è l'indipendenza dell'individuo.

Tabella 3: Indice della tabella di Barthel

Attività	Punteggio
Alimentazione	0 dipendente
	5 necessita di assistenza (es: tagliare il cibo)
	10 indipendente
Vestirsi / Svestirsi	0 dipendente
	5 necessita aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole
	10 indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni
Igiene personale	0 dipendente
	5 si lava la faccia e i denti, si pettina, si rade (inserisce la spina del rasoio)
Fare il bagno / doccia	0 dipendente
	5 indipendente
Controllo sfinterico intestinale	0 incontinente
	5 occasionali incidenti o necessità di aiuto
	10 continente
Controllo sfinterico vescicale	0 incontinente
	5 occasionali incidenti o necessità di aiuto
	10 continente
Spostamenti Trasferimento sedia-letto	0 dipendente, non ha equilibrio da seduto
	5 in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi
	10 minima assistenza e supervisione
	15 indipendente
Utilizzo della toilette	0 dipendente
	5 necessita qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/sgestirsi o usare carta igienica
	10 indipendente con l'uso del bagno o della padella
Mobilità Deambulazione su terreno piano	0 immobile
	5 indipendente con la carrozzina per > 45m
	10 necessita aiuto per > 45m
	15 indipendente per > 45m (può usare ausili, es. bastone, ma non girello)
Salire o scendere le scale	0 dipendente
	5 necessita di aiuto o supervisione
	10 indipendente, può usare ausili

Fonte: Sghirlanzoni A., Genovese U., 2012.

Il sondaggio CHARLS contiene domande riguardanti le prestazioni di questi ADL. I punteggi degli intervistati ne classifica i livelli di indipendenza in quattro tipi: disabilità grave (punteggio: 0-40), disabilità moderata (punteggio: 41-60), disabilità lieve (punteggio: 61-99) o piena indipendenza (punteggio: 100).

Dato che il programma LTCI riprende l'analisi CHARLS, è così possibile identificare a chi si rivolge, ossia la fascia di popolazione, che rientra nei primi tre livelli di indipendenza. Durante lo studio degli effetti del programma LTCI sulla popolazione anziana cinese è stato considerato in particolar modo la copertura della domanda, per poi cercare di identificare i benefici a lungo termine che LTCI può dare a questa fascia di popolazione.

Come è stato evidenziato anche dallo studio CHARLS, la maggior parte della popolazione che necessita di LTC è costituita da adulti di mezza età e anziani. Il 57,2% delle persone che hanno bisogno di cure quotidiane erano di età compresa tra 45 anni o più nel 2010 e questa proporzione dovrebbe raggiungere il 76,7% dei 110,5 milioni di disabili nel 2050. Secondo questa analisi il 14,3%

dei le persone di età pari o superiore a 45 anni hanno bisogno di cure quotidiane a causa delle limitazioni funzionali, mentre l'86,7% dei disabili sono quelli con disabilità lieve, e il 7,0% e il 6,3% sono rispettivamente moderatamente e gravemente disabili. Per quanto riguarda la loro copertura, come introdotto nel paragrafo 1.3 e riassunto nella Tabella 4, più della metà di queste persone disabili di età pari o superiore a 45 anni sono residenti in zone rurali iscritte al NRCMS. La proporzione di residenti rurali nel NRCMS rappresenta circa il 65%, il 66% ed il 71% dei residenti con disabilità grave, moderata e lieve, rispettivamente. Tra i disabili gravi, circa l'11% e il 9% sono dipendenti urbani iscritti all'UEBMI e residenti urbani iscritti all'URBEMI. I possessori di disabilità lieve e moderata hanno proporzioni di copertura simili in UEBMI e URBEMI. La restante popolazione disabile, rappresentata dal 18% al 19% di ogni livello, non è assicurata da nessuna delle tre assicurazioni mediche (Zhu Y., Österle A., 2019).

Tabella 4: Popolazione con disabilità ADL, per le tre assicurazioni mediche di base, in base ai dati CHARLS (2015)

Livello di disabilità	Tutti	UEBMI (Dipendenti urbani)		URBEMI (Residenti urbani)		NRCMS (Residenti rurali)		Chiunque altro	
	No.	No.	(n)%	No.	(n)%	No.	(n)%	No.	(n)%
Acuto	181	20	11,0%	10	5,5%	117	64,6%	34	18,8%
Moderare	201	18	9,0%	14	7,0%	132	65,7%	37	18,4%
Blando	2485	158	6,4%	104	4,2%	1757	70,7%	466	18,8%
Indipendente	17072	2180	12,8%	968	5,7%	11105	65,0%	2819	16,5%
Totale	19939	2376	11,9%	1096	5,5%	13111	65,8%	3356	16,8%

Fonte: Zhu Y., Österle A., 2019.

L'idoneità a ricevere i benefici LTCI per disabilità non si basa solo sullo schema di Barthel. Alcune delle città pilota aggiungono ulteriori strumenti di valutazione, come il Karnofsky Performance Status (KPS) o il Mini Mental State Examination (MMSE), o introducono propri strumenti di valutazione. Nonostante alcune variazioni nella scala di valutazione, tutti i progetti pilota LTCI classificano la disabilità in base a tre livelli: grave, moderata e lieve.

Sono ammessi a godere dei servizi del programma LTCI, anche, coloro che necessitano di trattamenti

dalla durata minima di sei mesi. Undici delle quindici città, Anqing, Chengde, Chengdu, Chongqing, Guangzhou, Ningbo, Qiqihar, Shangrao, Changchun, Jingmen e Shihezi, hanno stabilito una grave disabilità fisica come soglia minima per ricevere i benefici LTC. Invece, i partecipanti che soffrono di una disabilità fisica moderata possono ricevere i benefici LTC solo se residenti nelle città pilota di Nantong, Qingdao e Suzhou.

Shanghai è l'unico progetto pilota in cui LTCI offre vantaggi, anche, per chi soffre di una lieve disabilità, ma è anche l'unica città a stabilire un limite di età minima per usufruire dei vantaggi LTC, pari a 60 anni. Al di sotto del limite di età, sebbene vi siano molti giovani titolari del diritto di partecipazione, non è possibile trarne alcun beneficio fino al raggiungimento dell'età minima. Lì, il programma LTCI copre anche l'accesso alle case di cura.

Il programma LTCI offre principalmente due tipi di servizi: servizi gratuiti (in-kind) o rimborsabili. I servizi gratuiti sono essenzialmente coperti da LTCI in tutte le città pilota. In particolare, a Changchun e Ningbo, i servizi gratuiti si limitano al ricevere assistenza istituzionale, mentre nelle restanti 13 città, LTCI comprendono, anche, l'assistenza domiciliare.

Sebbene tutte le città pilota offrano servizi gratuiti, le indennità in denaro sono raramente coperte. Invece, le città di Anqing, Shihezi, Nantong e Shangrao offrono la possibilità di ricevere un rimborso in contanti come alternativa ai servizi gratuiti per massimizzare le scelte dei partecipanti LTCI. Naturalmente la copertura gratuita è soggetta a limitazione onde evitarne gli sprechi, infatti la LTCI copre dal 10% al 60% della spesa effettuata. Nelle città di Changchun e Qingdao, il pagamento anticipato varia in base all'assicurazione medica piuttosto che al tipo di servizio, ma, a Qingdao, è anche richiesto un pagamento del 10% per i dipendenti urbani e pagamenti più elevati per i partecipanti URBMI e NRCMS (Zhu Y., Österle A., 2019).

A differenza delle altre città pilota, che riconoscono come disabilità solo quelle di tipo fisico, solo tre città, Guangzhou, Qingdao e Shangrao, estendono la copertura LTCI alle persone con disabilità psichica. Tuttavia, anche in questi tre centri urbani, LTCI è soggetta a limitazioni. Ad esempio, a Guangzhou, coloro che soffrono di disabilità psichiche non sono idonei per i benefici LTC a meno che non siano conformi alla scala di Barthel e quindi abbiano una disabilità fisica. Nel caso di Qingdao, le persone con disabilità intellettiva devono soddisfare ulteriori requisiti tra cui aver compiuto i 60 anni e possedere una certificazione che, attesti soffrono di demenza grave.

Tra le 15 città, solo Shangrao non pone requisiti di accesso, né di tipo fisico che di tipo psichico (Zhu Y., Österle A., 2019).

In seguito all'identificazione delle caratteristiche di coloro a cui si rivolge il programma LTCI sono state definite le modalità di accesso al programma. Secondo i dati riportati nella Tabella 3 e 4, i dipendenti urbani iscritti a UEBMI sono la principale fascia coperta da LTCI durante la

sperimentazione politica. Le dieci città pilota di Anqing, Chende, Chengdu, Chongqing, Guangzhou, Ningbo, Shangrao e Qiqihar hanno coperto solo i dipendenti urbani. Utilizzando le informazioni sulle esigenze di LTC e sullo stato dell'assicurazione medica, il tasso di partecipazione al programma LTCI arriva fino all'11,9% degli adulti di età pari o superiore a 45 anni. Il progetto pilota LTCI a Changchun si estende ai residenti urbani iscritti a URBMI, ciò significa che il 17,4% degli adulti di mezza età e degli anziani rientra tra i destinatari de LTCI. Nelle restanti cinque città di Jingmen, Shihezi, Nantong, Qingdao e Suzhou, i progetti pilota LTCI si sono estesi fino ai residenti rurali iscritti all'NRCMS, portando a un tasso di copertura maggiore dell'83,2% negli adulti pari o superiore a 45 anni. Anche a Shanghai, i dipendenti urbani, i residenti urbani e i residenti rurali coperti rispettivamente dalle tre assicurazioni mediche possono partecipare al programma di copertura LTCI, ma i residenti nelle aree rurali e urbane devono avere un'età pari o superiore a 60 anni, mentre non esiste un tale requisito di età per i dipendenti urbani. Pertanto, si stima che, solo il 47,3% degli adulti di età pari o superiore a 45 anni rientri nel progetto pilota LTCI di Shanghai (Zhu Y., Österle A., 2019).

Shanghai e Chongqing sono tra le prime città che hanno iniziato a testare questo nuovo sistema, studiandone gli effetti tra il 2016 ed il 2019. Sembrerebbe che LTCI debba ancora essere migliorato e approfondito al fine di equalizzarlo in tutte le regioni del paese.

Restano fuori dalla copertura di LTCI coloro che, non hanno nessuna delle tre assicurazioni mediche, indipendentemente dalle loro esigenze di assistenza, ossia il 16,8% degli adulti di età <60 anni, di cui il 15,4% ha una disabilità ADL grave, moderata o lieve (Li L., Fu H., 2017).

A Qingdao è necessaria l'iscrizione ad almeno due delle tre assicurazioni nazionali UEBMI o URBMI. Queste restrizioni escludono molti giovani e residenti rurali con problemi psichici.

Zhang e Yu (2019), nell'inverno del 2017, hanno avviato un'indagine per valutare i risultati e le prestazioni della politica LTCI in Cina. Lo scopo di questa indagine era valutare se i cittadini coinvolti nel processo di implementazione fossero soddisfatti dei risultati e delle prestazioni del programma pilota. Lo studio è stato svolto in collaborazione con l'Ufficio delle risorse umane e della sicurezza sociale, l'Ufficio per la regolamentazione delle assicurazioni, l'Ufficio per gli affari civili. Il sondaggio ha raccolto i dati dei partecipanti LTCI nelle 15 città pilota, attraverso un questionario. Le informazioni raccolte nel sondaggio includevano sesso, età, grado di disabilità, scelte di cura, luogo di residenza, numero di bambini e reddito mensile. Il feedback dei questionari è stato concluso in una scala a 3 punti: soddisfatto, neutro e insoddisfatto. Lo strumento di indagine è stato somministrato a 1500 persone, coperte dalla LTCI, 100 partecipanti in ciascuna città, secondo la distribuzione geografica delle città pilota: tre città nella Cina occidentale, cinque città nella Cina interna e sette città nella Cina orientale costiera, 300 dei 1500 partecipanti provenivano dalla Cina occidentale, 500 dalla Cina interna e 700 dalla Cina orientale. Le 1167 risposte effettive hanno portato a un tasso di risposta

effettivo del 77,8% (1167/1500). I partecipanti si sono dimostrati particolarmente ben disposti a fornire le loro considerazioni sulla politica LTCI. Il 47,0% degli intervistati (548 persone) erano uomini e il 53,0% (619 persone) erano donne. Un totale del 29,8% dei partecipanti effettivi (348 persone) aveva un'età compresa tra 60 e 69 anni, il 39,4% (460 persone) aveva un'età compresa tra 70 e 79, il 23,0% (268 persone) aveva un'età compresa tra 80 e 89 e il 6,6% era da 90 a 99 anni (77 persone). Quattordici risposte, l'1,2%, provenivano da persone di età superiore a 100 anni.

Tra le risposte all'indagine, il 15,2% dei partecipanti effettivi (117 persone) non era affatto disabile, il 19,5% era parzialmente disabile (227 persone), il 41,8% era gravemente disabile (488 persone) e il 23,6% era completamente disabile (275 persone) (Zhang Y., Yu X., 2019).

Degli intervistati, il 71,6% (835 persone) preferiva l'assistenza domiciliare. Un totale del 4,8% dei partecipanti (56 persone) ha preferito pagare le comunità locali per i servizi sanitari e il 12,1% (141 persone) ha voluto pagare la casa di cura. Le restanti 135 persone (11,6%) pagavano l'ospedale per prendersi cura di loro (Zhang Y., Yu X., 2019). I dati dei restanti 333 partecipanti non sono stati considerati a causa di risposte prive di significato e record mancanti.

I redditi mensili dei partecipanti al sondaggio sono stati divisi in sei gruppi: da 0 a 999 RMB (17,0%), da 1000 a 1999 RMB (23,8%), da 2000 a 2999 RMB (17,6%), da 3000 a 4999 RMB (18,0%), da 5000 a 7999 RMB (15,6%) e oltre gli 8000 RMB (8,1%).

I risultati hanno riscontrato che, tra le 1167 risposte effettive, il 72% (840 persone) era soddisfatto dei risultati e delle prestazioni della politica LTCI nelle città pilota. Un totale dell'8% (93 persone) ha espresso un atteggiamento neutrale nei confronti della politica LTCI e il 20% (234 persone) era scontento dell'LTCI come politica pilota (Zhang Y., Yu X., 2019).

3.2.1 Gli effetti del programma LTCI sulla città pilota di Shanghai

Shanghai è stata una delle prime città pilota nel 2016 e l'assicurazione LTCI è stata implementata nell'intera città di Shanghai il 1° gennaio 2018. Durante la somministrazione del progetto pilota LTCI, Shanghai aveva una popolazione di 5.032.800 persone di età pari o superiore a 60 anni, equivalente al 34,4% della popolazione totale della città. In effetti, Shanghai è la città con la più alta percentuale di popolazione anziana della Cina continentale ed è la città che più rappresenta le tendenze in via di sviluppo dell'invecchiamento delle città cinesi e delle richieste di LTC in Cina (Zhang H., Zhang X., Zhao Y., Huang, J., Liu W., 2020).

La domanda di LTC da parte degli anziani fragili può essere soddisfatta sia da cure formali - fornite a seguito del pagamento di un compenso - che da cure informali – gratuite e spesso a cura dei familiari - o da entrambe. Le cure informali, caratterizzate dalle attività di assistenza da parte dei parenti,

coniugi e amici, sono quelle più apprezzate, ma hanno diversi risvolti negativi. Coloro che offrono assistenza perché moralmente in obbligo, tendono ad avere maggiori problemi psicologici, di salute ed a ridurre le proprie opportunità di lavoro e di reddito.

A Shanghai chi è coperto dal programma di LTCI, deve sostenere solo il 10% in caso di cure formali, mentre l'assicurazione medica paga il restante 90%. Inoltre, ogni persona anziana può essere finanziata per un massimo di 7 ore di assistenza formale a settimana tramite la LTCI, ma non riesce, però, ad ottenere gli stessi effetti dell'assistenza informale (Zhang H., Zhang X., Zhao Y., Huang, J., Liu W., 2020).

Zhang et al. (2020) hanno effettuato un'analisi qualitativa sugli effetti dell'assistenza formale e informale a Shanghai in seguito al lancio del progetto pilota LTCI. Sono state selezionate le famiglie, che rientravano nella copertura LTCI, in 55 sotto distretti dei 105 di Shanghai in modo casuale. Le famiglie sono state invitate a partecipare al sondaggio ed ognuna includeva una persona anziana, che aveva usufruito dell'assistenza formale fornita dall'assicurazione di assistenza LTCI per 1-3 mesi (dal 15 maggio 2019 al 15 agosto 2019) e un bambino che è principalmente responsabile della cura. Gli anziani all'interno delle famiglie avevano almeno 60 anni, non avevano disturbi cognitivi e non avevano mai utilizzato altre cure formali. Tra i 550 campioni ottenuti, 26 casi (4,73%) sono stati esclusi a causa di incompletezza dei dati, 27 casi (4,9%) sono stati esclusi per ore di assistenza in eccesso (oltre 40 ore di estrusione a settimana), 13 casi (4,9%) sono stati esclusi perché i *caregiver*²⁸, coloro che effettuavano assistenza informale, avevano meno di 18 anni, 39 casi (7,1%) sono stati esclusi per troppi valori mancanti e 38 casi (6,9%) sono stati esclusi per valori estremi. Dopo la selezione del campione, è stato ottenuto un totale di 407 campioni validi (Zhang H., Zhang X., Zhao Y., Huang, J., Liu W., 2020).

Per evitare che il caregiver esagerasse la propria funzione, è stato prima intervistato il caregiver da solo e solo dopo gli anziani. Tra i destinatari delle cure intervistati, il 32,7% ha riferito di aver frequentato dai 7 ai 9 anni di istruzione formale, seguito dal 30% con sei anni o meno di istruzione formale, l'8,6% ha riferito di avere un'istruzione superiore e il 5,9% ha riferito di avere almeno un'istruzione universitaria. I redditi mensili dei partecipanti erano pari a <4000 yuan, 4000-6000 yuan e >6000 yuan e rappresentavano rispettivamente il 48,9%, 40,8% e 8,4%. Il 73% degli assistiti viveva in modo indipendente e solo il 27% viveva con i bambini. Gli assistiti, in media, avevano un figlio e una figlia e ricevevano una media di 3,88 ore di assistenza formale a settimana. L'età media dei caregiver era di 54,5 anni, con il 40,0% degli uomini e il 47,9% delle donne. Di loro, l'81,6% era

²⁸ Caregiver è un termine inglese che, definisce la figura di colui che si prende cura di una persona malata, anziana o disabile, aiutandola nello svolgimento delle attività quotidiane e nella gestione della malattia (esami, visite mediche, terapie, ecc.), offrendole anche un importante sostegno emotivo (AIMAC, 2017).

sposato, il 3,4% vedovo e il 4,4% non sposato o divorziato (Zhang H., Zhang X., Zhao Y., Huang, J., Liu W., 2020).

La ricerca conferma che, l'utilizzo dell'assistenza formale era significativamente associata al cambiamento dell'assistenza informale nel controllo delle caratteristiche dei caregiver e dei destinatari. In media, le persone anziane intervistate hanno ricevuto 3,88 ore settimanali di cure formali co-pagate dall'assicurazione LTCI. L'uso dell'assistenza formale ha ridotto l'uso dell'assistenza informale fornita dai figli dei beneficiari (Zhang H., Zhang X., Zhao Y., Huang, J., Liu W., 2020).

Assolvendo ad una parte degli obblighi morali dei figli ha un effetto benefico sulla loro psiche, ma anche sull'economia sociale. Questi, così, hanno più tempo da dedicare a sé stessi, incrementando il loro benessere e la loro salute e, di conseguenza, più tempo da dedicare al lavoro aumentando il guadagno ed il reddito. L'aumento del reddito renderebbe possibile una riduzione del risparmio e un incremento dei consumi, a cui seguirebbe un benessere economico e sociale.

3.2.2 Gli effetti del programma LTCI sulla città pilota di Qingdao

Rispetto a Shanghai, il livello della popolazione coperta da LTCI a Qingdao è stato molto più basso. Sin dall'inizio della sperimentazione nel 2012, Qingdao ha ampliato la sua copertura di LTC e il numero totale di beneficiari ha raggiunto 32.056 entro la fine del 2015, di cui circa il 55% erano donne. Il numero totale di beneficiari rappresenta circa il 2,6% della popolazione anziana. L'età media dei partecipanti alla LTCI era di 77,8 anni nel 2015 (Zhejiang University, 2018).

Come nelle altre quattordici città pilota, l'iscrizione alla LTCI a Qingdao è strettamente collegata all'assicurazione medica a cui i cittadini sono iscritti: Urban Employee Insurance (UEI), che copre i residenti urbani con un impiego formale; l'Urban Resident Insurance (URI), che copre i residenti urbani senza un impiego formale²⁹ ed il NRCS, che copre i residenti rurali. I partecipanti idonei a LTCI devono essere iscritti nell'UEI o nell'URI ed avere un alto livello di ADL. Infatti, per iscriversi al programma LTCI di Qingdao, è necessaria una diagnosi da parte di ospedali o fornitori di cure, che confermi le condizioni del richiedente.

I giovani possono essere ammessi se ne soddisfino i criteri. Tuttavia, a differenza dei programmi nelle altre città pilota, a partire dal 2015, le persone anziane affette da demenza o da gravi disabilità cognitive non erano coperte dall'assicurazione (Yu X, Liu H, Yang W., 2020).

I tipi di servizi forniti sono quattro, a seconda delle esigenze e delle condizioni dei pazienti: assistenza ospedaliera presso un ospedale secondario o terziario designato, che fornisce cure intensive sia di

²⁹ Sia l'UEI, che l'URI fanno parte dei sistemi URBMI, presentati nel Capitolo I, Paragrafo 3.

giorno che di notte (24h/24) per gli anziani con esigenze critiche di LTC, assistenza domiciliare destinata ad anziani, che necessitano di cure continue e hanno notevoli difficoltà a far fronte alla normale ADL, assistenza infermieristica domiciliare comprese le visite settimanali di assistenza da parte di medici o infermieri e assistenza domiciliare di base fornita da visitatori sanitari nelle aree rurali, disponibile dal 2015 (Qingdao Human Resource and Social Security Bureau, 2014). Poiché il numero di partecipanti idonei continuava a crescere, l'assistenza LTCI istituzionale stata destinata solo per l'UEI e alcuni partecipanti URI, assicurazioni da cui provenivano i finanziamenti (Qingdao Human Resource and Social Security Bureau, 2014). Nel 2015, circa l'87,2% dei beneficiari LTCI ha utilizzato servizi domiciliari, mentre la percentuale di beneficiari, che ha utilizzato l'assistenza istituzionale era solo del 12,8%. LTCI copre, come mostrato nella Tabella 2 al paragrafo 3.1, fino a 170 RMB al giorno per l'assistenza fornita negli ospedali secondari e terziari, 65 RMB al giorno per le case di cura e 50 RMB al giorno per l'assistenza domiciliare. Anche i tassi di rimborso variano in base agli schemi di appartenenza: dal 90% per i partecipanti UEI al 40% per i partecipanti URI con un contributo annuale di 110 RMB (Yu X, Liu H, Yang W., 2020).

La ricerca svolta da Yang Wei et al. (2020), si basa sulle informazioni raccolte dal lavoro preliminare sul campo condotto a Qingdao durante l'estate del 2016 e da vari documenti politici del governo come il Qingdao Human Resource and Social Security Bureau, Qingdao Finance Bureau, & Qingdao Civil Affairs Bureau. Hanno notato che, uno dei principali cambiamenti positivi apportati dal programma LTCI è stato la ricezione dei servizi strettamente collegati alle esigenze individuali. L'ammissibilità del regime è determinata da una valutazione delle esigenze, così riporta un funzionario durante una loro intervista:

“We have more than 120, 000 disabled people in Qingdao, but only half of the people have received some LTC [...] It is important to identify the neediest population. By introducing the needs assessment score system, we can target our resources to them. We started by piloting a very simple needs assessment in a few districts. Now we are using a uniform needs assessment form across the city.”³⁰.

Questa testimonianza è confermata da quella di un dipendente di una casa di cura, che afferma:

“(These patients) are disabled patients, such as stroke patients...They have to go through a needs assessment. Those who score under 60 are eligible to apply (for LTCNI-funded services) [...] The CAB will also visit patients who sign up for home-based care services to re-check the level of their needs. They usually visit the patients without informing us.”³¹

Quest'ultima intervista esplicita come i controlli vengano eseguiti senza preavviso per confermare la

correttezza dei pazienti.

D'altra parte, lo studio di Yang W. et al. (2020) ha messo in luce l'insoddisfazione da parte di chi non rientrava nel piano LTCI, come raccolto in questa intervista:

“[...] My mother has to pay more than 40% (of the total care costs) out of pocket... This is a serious issue because many older people were once housewives or have never had a formal job [...] they do not have pensions [...] the government needs to implement some policies for these people.”³²

Un altro problema rilevato nelle interviste è che LTCI a Qingdao non copre gli anziani con disabilità cognitive a meno che non soddisfino i requisiti della valutazione dei bisogni, cioè ottengano un punteggio di valutazione dei bisogni inferiore a 60 (indice di Barthel) o siano costretti a letto. Secondo un funzionario governativo, il motivo principale per non coprire queste persone anziane sono gli alti costi di assistenza. I dati dello studio condotto da Yang et al. hanno dimostrato che, circa il 15% delle persone anziane di età pari o superiore a 60 anni può soffrire di disturbi cognitivi. Tuttavia, coloro che non superano la valutazione dei bisogni in base alla loro funzionalità fisica, sono esclusi dal programma. Ciò significa che, la maggior parte degli anziani con disabilità rimane escluso dal programma pilota di LTCI a Qingdao. L'analisi della performance di LTCI a Qingdao indica diversi compromessi intrinseci tra gli obiettivi chiave nel finanziamento di LTC attraverso un modello basato sulle assicurazioni. Ad esempio, il governo ha la responsabilità di coprire i costi delle cure e dei servizi di assistenza, assicurandosi che questi siano sufficienti ed adeguati, con conseguenze significative per il benessere dei pazienti.

3.3 Le sfide del Governo a seguito del successo del programma LTCI

Nell'analisi qualitativa effettuata da Zhang e Yu (2019) riguardo il grado di soddisfazione del programma LTCI in Cina, delle 1167 risposte, il 72% (840 persone) è soddisfatto dei risultati e della politica LTCI nelle città pilota. L'8% (93 persone) ha espresso un atteggiamento neutrale (Zhang Y. e Yu X., 2019, pg. 5). Però, ad oggi, in Cina, sono ancora troppe le persone vulnerabili che hanno bisogno dei servizi di LTC ed abbandonate a sé stesse.

Il programma LTCI ha dimostrato alla Cina, che ci sono molteplici possibilità di espandere l'accesso alle cure mediche tra gli anziani con disabilità, sebbene non abbia sufficientemente considerato come intervenire per ridurre le disparità tra aree urbane e rurali. Infatti, queste costituiscono il limite

^{29 30 31} Yang W., Shuang C., Zhang W., Wang R., Elias M., Wu X., Cui D., Li H., Mi H., 2020

invalicabile e fondamentale, non solo alla crescita economica, ma anche all'accesso alle cure mediche e al riconoscimento dei diritti umani fondamentali in Cina.

La sperimentazione politica sta progressivamente cambiando il panorama LTC in Cina, integrando con progressiva lentezza un sistema basato sull'assistenza informale congiunta all'assistenza formale. Sebbene la Cina riconosca e voglia colmare le disuguaglianze sociali, nel pieno rispetto della tradizione, non riesce a sostenere il peso economico, che ne comporterebbe.

Alla fine del 2017 erano circa 4,4 milioni di persone ad aver partecipato al programma sperimentale LTCI nelle quindici città pilota e più di 75000 sono rientrate tra i beneficiari del progetto. Ciò ha rappresentato un enorme potenziale per esplorare nuove opzioni politiche e per valutare i pro e i contro degli approcci alternativi. L'implementazione di questi progetti pilota a livello nazionale rappresenterebbe un passo importante nello sviluppo di un sistema sanitario più completo in grado di sostenere le crescenti esigenze di LTC (Zhu Y., Österle A., 2019).

Zhang e Yu (2019) ritengono che, l'attuazione formale della politica LTCI è al centro dell'attuale riforma del sistema sanitario cinese e che, è stata riconosciuta come uno strumento politico razionale in grado di fornire una funzione di supplemento finanziario per aiutare lo sviluppo della sicurezza sociale in Cina. I risultati raccolti nel loro studio offrono importanti spunti sulle élite politiche e sui responsabili delle politiche per migliorare il sistema sanitario in Cina.

Pertanto, per estendere la copertura LTC, i responsabili politici devono lottare ancora contro diverse sfide, tra cui la copertura personale di LTCI limitata e la disuguaglianza sociale e di genere, che preclude l'accesso alla copertura LTC a diverse fasce vulnerabili. Inoltre, bisognerebbe potenziare il servizio di assistenza domiciliare.

Lo studio effettuato da Wang Q. et al. (2017) ha mostrato che, la domanda di LTCI in Cina era elevata e le persone erano disposte a pagare una notevole quantità di contributo individuale per i servizi di LTC. È stato, anche, notato che, la grande maggioranza degli schemi LTCI si basa principalmente sul trasferimento di fondi UEBMI come fonte di finanziamento.

Considerando che il finanziamento è una delle maggiori sfide nello sviluppo dell'LTCI cinese, anche questo studio ritiene che, i responsabili politici dovrebbero considerare il contributo come una fonte di finanziamento per l'LTCI importante e possibile.

Wang Q. et al. ritengono, ulteriormente, che, il valore Willingness to Pay (WTP), ossia la disponibilità a pagare, che determina la domanda di LTCI, possa essere utilizzato per impostare un premio LTCI adeguato. Tuttavia, sono ancora necessari ulteriori studi per quanto riguarda i prezzi di LTCI in Cina (Wang Q., Zhou Y., Ding X., Ying X., 2017)

Gli studi relativi ai programmi pilota LTCI analizzati, hanno comprovato come dal 2020 al 2050, la domanda finanziaria di LTC per anziani disabili in Cina diventerà più forte, soprattutto nelle aree

urbane e aumenterà l'onere dei costi di assistenza pro capite nelle aree rurali. Lo sviluppo economico delle aree rurali è relativamente basso, ma il rapporto tra gli anziani nella popolazione rurale è più alto che nelle aree urbane. Il problema dell'invecchiamento della popolazione è, quindi, più grave nelle zone rurali. Con l'ulteriore sviluppo della popolazione che invecchia, il numero di anziani disabili, dementi e lontani dal proprio nucleo familiare o senza, nelle aree rurali, aumenterà drasticamente e la necessità di un sistema LTCI è ancora più urgente.

La mancanza di fondi è un fattore chiave che limita lo sviluppo dei sistemi LTCI nelle zone rurali. Il pesante fardello degli attuali pagamenti della sicurezza sociale sulle imprese, il divario di reddito tra anziani urbani e rurali e la capacità di pagare i premi assicurativi per gli anziani rurali sono limitati. I responsabili politici dovrebbero tenere conto di molti fattori, ma, in particolar modo, cercare di ridurre le differenze tra aree urbane e rurali, che rappresentano la maggiore difficoltà all'accesso alle cure da parte degli anziani. La responsabilità della copertura e diversi tipi di assistenza dovrebbe essere divisa tra tre principali contribuenti: governo, imprese e residenti, al fine di mantenere lo sviluppo sostenibile di LTC nel futuro (Wang Q., Zhou Y., Ding X., Ying X., 2017). Ad esempio, la maggior parte dei partecipanti provenienti da zone periferiche o extra urbane di Qingdao non solo non sono risultati idonei all'assistenza istituzionale, ma devono anche pagare un compenso più elevato per godere dei benefici rispetto ai partecipanti urbani. Col passare del tempo, questa disuguaglianza sociale e geografica potrebbe generare una barriera all'accesso della LTC da parte della popolazione rurale. L'esperimento di Qingdao sottolinea che, durante i primi 6 mesi dopo l'espansione della copertura LTCI alla popolazione rurale, oltre l'86% dei beneficiari è rimasto un dipendente urbano, senza provare a trovare un'occupazione più vicina alla propria abitazione. Il costo dei servizi di visita domiciliare disponibili per i beneficiari rurali ha rappresentato solo lo 0,33% della spesa totale LTC nella città pilota (Zhu Y., Österle A., 2019). Ciò significa che, sebbene il tasso di insoddisfazione sia stato basso, pari al 20% dei partecipanti (234 persone) nella città di Qingdao, il programma LTCI deve prendere in considerazione la futura popolazione anziana, il rapporto dei disabili con la popolazione totale, il livello dei salari e della pensione, le condizioni di cura e l'onere finanziario del governo, al fine di mantenere uno sviluppo sostenibile di LTC.

I risultati degli studi citati fino ad ora, mostrano che, il tasso di contribuzione complessivo di LTCI aumenterà in modo lineare e l'onere di pagamento degli assicurati aumenterà di anno in anno. È urgente stabilire un LTCI nazionale unificato con un meccanismo di finanziamento sostenibile per più forniture finanziarie. La politica può adattare, a breve termine, la struttura del fondo di assicurazione medica e allocare fondi di bilancio dell'assicurazione medica per promuovere l'istituzione di un sistema LTCI. Invece, a lungo termine, al fine di garantire lo sviluppo sostenibile del sistema LTCI, i responsabili politici dovrebbero formulare un rapporto di finanziamento

ragionevole per LTCI o utilizzare una combinazione di trasferimenti di fondi e finanziamento multipartitico.

Indipendentemente dal metodo adottato, risolvere il problema del finanziamento e stabilire un meccanismo di finanziamento scientifico e globale sono i primi compiti della creazione di un sistema LTCI in Cina. Nel contesto della doppia istituzione urbano-rurale, i responsabili politici devono adottare un approccio su più fronti e concentrarsi sull'equità, l'efficienza e la sostenibilità dei fondi LTC (Wang Q. et al., 2018). Inoltre, considerando che la quantità di LTC non riesce a soddisfare la domanda, i servizi di assicurazione privati dovrebbero intervenire come supplemento al sistema LTCI governativo (Zhu Y., Österle A., 2019).

A Marzo 2013, la Cina ha emesso il tredicesimo piano quinquennale e l'Ambasciatore della Repubblica Popolare Cinese all'Unione Europea e Capo della Missione Cinese all'UE, Yang Yanyi, in occasione del Luncheon di EUCBA a Bruxelles si è così espressa:

“[...] China will put in place its 13th Five-year Plan, a Plan that has a clear and strong focus on economic development and on striving for a higher-quality, more efficient, fairer and more sustainable growth and doubling the GDP and per-capita income of urban and rural residents in 2010 by the year of 2020.”³³

Il tredicesimo piano quinquennale ha, quindi, definito la nuova riforma sanitaria, la quale stabilisce gli obiettivi, le priorità politiche e le strategie per la riforma sanitaria nei successivi cinque anni. Ha, inoltre, riformulato la Politica sul Figlio Unico aumentando il numero di figli per famiglia da uno a due.

Nel 2016, il governo cinese ha annunciato, anche, il progetto denominato Healthy China 2030 (HC 2030), che ha, tra i tanti obiettivi come la gestione dell'ambiente, la sicurezza alimentare e farmaceutica, quello di garantire la sicurezza sanitaria universale a tutti i cittadini entro il 2030, senza alcuna distinzione (Mantovani A., 2020).

La sperimentazione e l'implementazione del sistema LTCI in Cina ha prodotto impatti economici e sociali specifici, ma a causa del suo breve tempo di somministrazione, l'effetto politico non è abbastanza significativo e la ricerca accademica pertinente non è abbastanza approfondita. In considerazione dell'alto tasso di disabilità e decessi tra gli anziani di SARS (2003) e SARS-Cov-2 (2020), è imperativo approfondire il sistema LTCI post SARS-Cov-2, al fine di mitigare l'impatto negativo di SARS-Cov-2 e simili emergenze di sanità pubblica, che potrebbero ripresentarsi in futuro. Per rendere questo possibile, la Cina dovrebbe da una parte imparare dalle esperienze del sistema LTCI in altri paesi e promuovere ulteriormente la riforma approfondita del sistema LTCI,

³³ Camera di Commercio Italo Cinese, Il Tredicesimo Piano Quinquennale: <http://www.china-italy.com/it/il-tredicesimo-piano-quinquennale>.

confrontando il suo impatto sul benessere sociale con quello degli altri paesi, dall'altra collaborare con altri paesi per arricchire ed ottimizzare i servizi di LTC ed il loro accesso (Chen L., Xu X., 2020).

Conclusione

Alla luce di quanto analizzato appare possibile sostenere che, attualmente, in Cina sia in corso un significativo processo di analisi critica degli istituti di supporto agli individui ed ai nuclei familiari, finalizzato ad un miglioramento del benessere dei suoi cittadini. All'interno di questa riflessione, il tema dell'invecchiamento – il quale rappresenta, invero, il sintomo di un fenomeno diffuso, il quale sta radicalmente ridisegnando gli scenari della nuova demografia globale – assume una rilevanza centrale, richiedendo il concorrere di condotte (individuali e collettive) responsabili ad opera dei destinatari di forme di assistenza, nonché il contestuale impegno economico e politico da parte degli attori pubblici a promuovere soluzioni volte, da un lato, a rafforzare la risposta domiciliare e territoriale all'invecchiamento, e sviluppando sistemi di cura della cronicità alternativi all'ospedalizzazione, e dall'altro a favorire un'inversione di tale *trend* nel lungo periodo, utile a ricondurre il fenomeno entro i margini di una virtuosa gestione delle risorse del paese. Per riuscire ad intervenire in maniera efficace è indispensabile che, il governo cinese non solo, solleciti l'aumento della natalità intervenendo, come ad esempio è stato fatto riguardo la politica del figlio unico, ma in particolar modo sulle differenze sociali. È da tempo sostenuto, del resto, che se da un lato l'incremento di popolazione anziana sia suscettibile all'aumentare la pressione fiscale sul settore pubblico (in via diretta nei paesi che presentano maggiori strumenti a tutela del *welfare*, ed in via indiretta attraverso il maggior aggravio economico che tali situazioni comportano sulle comunità in quei paesi – come la Cina – ove il supporto degli anziani è demandato alle realtà familiari), dall'altro l'individuazione di nuove strategie di intervento improntate al raggiungimento di obiettivi di sviluppo sostenibile e di uguaglianza sostanziale possa scongiurare i rischi di declino macro-economico che il processo di invecchiamento sistemico della popolazione sembrano implicare.

In questo senso, l'introduzione di misure di intervento volte alla progressiva riduzione delle disuguaglianze sociali – determinate da fattori economici, culturali, e territoriali – rappresenta uno strumento di affermazione di una società maggiormente egualitaria e, al contempo, una risorsa essenziale per mantenere la stabilità economica del paese.

La ricerca scientifica ha dimostrato come, attualmente, tali fattori rappresentino l'ostacolo più grande per ovviare al problema dell'accesso alla sanità da parte della popolazione con difficoltà. Infatti, a subire la discriminazione sociale sono soprattutto gli anziani con disabilità. Definire i loro problemi solamente di tipo economico è generalizzare il problema. È necessario investire in infrastrutture che permettano all'anziano di poter avere l'assistenza necessaria senza sottoporlo ad estenuanti viaggi. Incrementare nelle aree urbane i centri adibiti alla distribuzione delle cure permetterebbe a molti anziani di non doversi allontanare eccessivamente dalle loro abitazioni e aumenterebbe le possibilità

di essere coperti dal proprio sistema hukou di appartenenza. Sulla base del sistema hukou, i residenti nelle aree urbane sono più influenzati da fattori economici, mentre quelli nelle aree rurali sono più influenzati dalle considerazioni temporali. Pertanto, nel promuovere lo sviluppo dei servizi sanitari nelle aree urbane, le politiche e le misure dovrebbero considerare l'impatto dei prezzi dei terreni e del reddito disponibile pro capite. Per le aree rurali, la costruzione di più istituzioni mediche può ridurre efficacemente l'impatto dei costi di tempo sul progresso dei servizi sanitari. D'altra parte, non mancano le difficoltà, che potrebbero ostacolare lo sviluppo dei sistemi sanitari nelle aree urbane e rurali. Ad esempio, le aree urbane dovrebbero coordinarsi e collaborare per sviluppare un sistema in grado di ridimensionare gli ostacoli, che impediscano di perfezionare l'assistenza sanitaria in Cina. Le aree rurali dovrebbero affrontare i problemi sanitari sulla base delle esigenze e delle condizioni locali (Zhang Y. e Yu X, 2019).

La difficile coesistenza di esigenze diverse, emergenti dalla forte eterogeneità che caratterizza la distribuzione della ricchezza – e le caratteristiche della popolazione – in Cina, rende di conseguenza auspicabile favorire un approccio *lato sensu* olistico al problema dell'accesso all'assistenza sanitaria il quale, valorizzando le singole esigenze territoriali, consenta di affiancare agli interventi di carattere generale soluzioni a geometria variabile.

Inoltre, concentrarsi sull'assistenza formale permetterebbe di migliorare l'assistenza informale e, di conseguenza, di favorire la propensione al consumo e la circolazione della ricchezza nel Paese: le famiglie investono nelle cure degli anziani denaro e tempo, che sottraggono al lavoro. Studiare, lavorare e allontanarsi da casa sta generando un fenomeno definito di “nidi vuoti”. Se l'unico figlio fosse disabile o venisse a mancare, i suoi genitori non avrebbero nessuno che si prenda cura di loro. A causa dell'alta richiesta di assistenza formale, il reddito delle famiglie diminuisce e le famiglie sono, così, portate a risparmiare e spendono una percentuale inferiore di reddito con conseguenze sulla crescita e sull'economia del Paese. Dato che, con l'avanzare dell'età le abitudini cambiano, sarebbe opportuno conciliare le esigenze dell'assistenza informale con i servizi di assistenza formale, anche considerando l'esigenza di non determinare un trasferimento eccessivo del costo dell'accesso alle cure sull'operatore pubblico. Non sempre, in questo senso, è necessario che il supporto statale assuma natura economica, posto che in determinate situazioni anche il ricorso a riformulazione della logistica delle strutture può condurre ad un significativo miglioramento delle condizioni di vita dei beneficiari di trattamenti sanitari: si consideri, ad esempio, il fatto che gli anziani prediligono occupare la mattinata per sottoporsi alle cure, rispetto al pomeriggio; di conseguenza, concentrare l'erogazione di cure formali per gli anziani in un determinato momento della giornata a loro più consono semplificherebbe la gestione delle cure, dall'altra aumenterebbe la soddisfazione degli anziani e quella dei loro familiari, che potrebbero organizzarsi e conciliare il lavoro con l'esigenza di assistenza informale degli anziani.

Naturalmente, un ripensamento dell'attuale organizzazione dell'assistenza implica altresì la necessità di una riflessione in merito alle caratteristiche delle strutture che offrono assistenza sanitaria: queste ultime, nel caso in cui non fossero raccolte devono considerare la difficoltà di accesso da parte degli anziani disabili, i quali non riuscirebbero a sostenere distanze troppo lunghe all'interno di un edificio. Offrire loro degli strumenti, come una sedia a rotelle, migliorerebbe la loro mobilità all'interno della struttura stessa, velocizzando gli spostamenti. Per quanto riguarda coloro che, invece, non hanno modo di spostarsi agevolmente, incrementare l'accesso alle cure formali aumenterebbe il loro stock di salute. Avere la possibilità di ricevere assistenza direttamente in casa aumenterebbe la partecipazione all'assistenza sanitaria da parte di chi soffre di disabilità gravi. Inoltre, ridurrebbe la responsabilità di assistenza agli anziani da parte delle famiglie. La fornitura di assistenza informale si sta gradualmente perdendo e le esigenze infermieristiche degli anziani non possono essere pienamente soddisfatte; inoltre, la politica del controllo delle nascite comporta un necessario carico di responsabilità sul figlio unico il quale, ove quest'ultimo sia affetto da condizione di disabilità o vittima di incidenti, determinerà una sostanziale assenza di cura per i genitori dello stesso. Ciò non implica, invero, una completa de-responsabilizzazione dell'assistenza informale a favore di quella di matrice pubblica, anche considerando come la vicinanza della propria famiglia sembra avere dei risvolti positivi sulla psiche dell'anziano, incrementando l'effetto delle cure mediche: viceversa, la ridefinizione del sistema di assistenza sanitaria nei termini di un "servizio pubblico" al popolo deve necessariamente valorizzare la coesistenza tra i due sistemi di assistenza, e al fine di far ciò si rende opportuno valorizzare il principio di prossimità delle cure, attraverso la ridefinizione dell'assistenza sanitaria nei centri rurali.

In questo contesto di complessiva ridefinizione del sistema, il modello LTCI svolge un essenziale funzione di strumento di ripartizione uniforme del rischio connesso all'invecchiamento della popolazione, funzionale ad alleviare efficacemente il peso del ricovero sociale. Una volta ricoverati in ospedale per cure a lungo termine, gli anziani, ricchi o poveri, pagano un prezzo superiore al proprio reddito, che difficilmente permette loro di uscire sani e senza conseguenze. Nondimeno, ed in una logica sintomatica di continuità con quanto precedentemente affermato, gli studi finora condotti in merito a tale strumento hanno evidenziato come la stessa efficacia del LTCI sia profondamente legata alle caratteristiche dei singoli nuclei in termini di localizzazione territoriale e di numerosità della famiglia.

Di conseguenza, emerge in tutta evidenza come la valorizzazione di singoli interventi di *policy* non possa rappresentare, per lo stato cinese, una soluzione efficiente: *a contrario*, si presenta come auspicabile la valorizzazione di un approccio sistemico alla gestione delle esigenze della popolazione cinese, che valorizzi la convergenza tra sviluppo socioeconomico delle diverse aree ed erogazione

delle prestazioni assistenziali.

Proprio come Zhang X. ha affermato e Zhang X. insieme a Yu X. hanno ribadito, la Cina è un grande paese con enormi differenze nelle culture e nei ritmi di sviluppo tra le regioni. La promozione della politica LTCI dovrebbe concentrarsi sulla differenziazione nello sviluppo del sistema di sicurezza sociale locale (Zhang X., 2018; Zhang Y. e Yu X., 2019). In questo senso, al fianco della precedentemente suggerita definizione di un quadro integrato di intervento, assume rilevanza centrale l'introduzione di soluzioni volte a promuovere maggiore autonomia di spesa – con relativa allocazione di fondi – a favore degli enti operanti a livello regionale e municipale, al fine di consentire la declinazione delle spese alle specifiche esigenze della popolazione di riferimento.

Il problema di una società che invecchia e la carenza di LTCI per gli anziani disabili si traduce in un problema irrimediabile per la stabilità sociale in Cina, per questo è fondamentale che il governo cinese si impegni ad intensificare il programma LTCI. Poiché una buona salute aumenta la produttività economica degli individui ed il tasso di crescita dei Paesi, investire nella salute è un mezzo per accelerare lo sviluppo e garantire, così, serenità tanto ai giovani, quanto agli anziani.

Si tratta, certamente, di un obiettivo di non semplice raggiungimento, considerando altresì come i perduranti effetti della crisi economica globale abbiano determinato una significativa riduzione della ricchezza nelle frange più giovani della popolazione, riducendo le risorse per la spesa (corrente) funzionale all'assistenza informale ai componenti più anziani del proprio nucleo familiare, e per quella (futura) di assistenza a sé stessi in tarda età: di conseguenza, è ragionevole ritenere che con il prossimo avvicendamento generazionale il maggiore ricorso a forme di LTCI ne esaspererà ulteriormente i costi. Cionondimeno, bisogna parimenti considerare come lo sviluppo di un efficiente sistema di LTCI sia prodromico, da un lato, a favorire una gestione di lungo periodo del problema del costo dell'assistenza sanitaria (oltretutto, in ottica macroeconomica, con una conseguente riduzione della pressione sul Governo per l'introduzione di forme di assistenza puramente pubblica negli anni a venire) e, dall'altro, a promuovere l'effettiva tutela di un diritto fondamentale quale quello alla salute; aspetto, questo, che naturalmente richiede che LTCI sia contestualmente “messo a sistema” con il complesso degli interventi di riduzione delle disuguaglianze sociali nel Paese.

Bibliografia

- AGNIHOTRI, Shachee. "Disability, Social Welfare Policy and Elderly in India and China". In: *Social Welfare in India and China*. Palgrave Macmillan, Singapore, 2020. p. 177-189.
- AMIGHINI, Alessia. "I cinque virus dell'Economia cinese". Istituto per gli Studi di Politica Internazionale (ISPI), 2020.
- ANDORNINO, Giovanni B. "Cina 2020: implicazioni globali del nuovo ciclo di riforme e prospettive per il partenariato strategico con l'Italia", 2015.
- ANDORNINO, Giovanni B. "Una prospettiva italiana sul 19° congresso nazionale del Partito comunista cinese", *Orizzonte Cina* vol.8, n.25, 2017.
- ARROW, Kenneth J. "Uncertainty and the welfare economics of medical care". In: *Incertezza in economia*. Academic Press, 1978. p. 345-375.
- BANISTER, Judith, BLOOM, David E., ROSENBERG, Larry. "Population aging and economic growth in China". In: *the Chinese economy*. Palgrave Macmillan, London, 2012. p. 114-149.
- BEI, Lu, MI, Hong, ZHU, Yanan, PIGGOTT, John. "A Sustainable Long-Term Health Care System for Aging China: A Case Study of Regional Practice". *Health Systems & Reform* Volume 3: Health Systems for Aging Societies in Asia and the Pacific, sponsored by the Nossal Institute for Global Health, The University of Melbourne, 2017.
- BLOOM, Gerald, XINGYUAN, Gu. "Health sector reform: lessons from China". *Social Science & Medicine*, 1997, 45.3: 351-360.
- BROMBAL, Daniele. "La sanità rurale cinese: interessi privati e necessità sociali nell'era di Hu Jintao e Wen Jiabao". Università Ca 'Foscari, 2012.
- BROWN, Philip H., DE BRAUW, Alan, DU, Yang. "Understanding variation in the design of China's new co-operative medical system". *The China Quarterly*, 2009, 198: 304-329.

BUGETTI, Maria Novella. “Riflessioni sul ruolo della famiglia nella cura degli anziani (anche in riferimento ad un recente intervento del legislatore cinese)”. 2013.

CALZA, Elisa “La Cina ed il Sistema Sanitario”, Istituto per gli studi di politica internazionale (INSPI), 2008.

CHANG, Hongqin, MACPHAIL, Fiona, DONG, Xiao-yuan. “The feminization of labor and the time-use gender gap in rural China”. *Feminist Economics*, 2011, 17.4: 93-124.

CHEE, Hew. “Navigating through China’s Evolving Healthcare”. A cura di *Market Healthcare by 2020*, 2020.

CHEN, Fu, DAVIS, John. “Land reform in rural China since the mid-1980s”. *Land Reform, Land Settlement, and Cooperatives*, 1998, 6.2: 123-37.

CHEN, Huhgta, PHILIPPS, Mary, Cheng Hao, Chen Qi, CHEN Xiang, FRALICK Drew, ZHANG Yufeng, LIU, Mark C., HUANG Jeffrey Shang-Yi. “Mental Health Law of the People's

Republic of China (English translation with annotations): Translated and annotated version of China's new Mental Health Law”. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 2012, 24.6: 305.

CHU Jinn, CAI Yiaoyan, CHANG Xao. “Study on personality traits, mental health and work injury of coal miners”. *Chin J Health Psychol*, 2011, 19:664–5

COLONIA-WILLNER, Regina. “Investing in practical intelligence: Ageing and cognitive efficiency among executives”. *International Journal of behavioral development*, 1999, 23.3: 591-614.

CORRADINI, Piero e BERTINELLI, Roberto. *Rivista degli studi orientali*, 1994, 68.Fasc. 1/2: 161-164.

CROPPER, Maureen. “L. Health, investment in health, and occupational choice”. *Journal of Political Economy*, 1977, 85.6: 1273-1294.

DAI Wei-Dong 戴卫东. "Long term care insurance: a rational choice of old-age security in China. 长期护理保险: 中国养老保障的理性选择" *Population J* 2 (2016): 72-81.

DE BRAUW, Alan, LI, Qiang, LIU, Chengfang, ROZELLE, Scott e ZHANG, Linxiu. "Feminization of agriculture in China? Myths surrounding women's participation in farming". *The China Quarterly*, 2008, 194: 327-348.

DENG, Xiaoping. "Build Socialism with Chinese Characteristics". Wellesley College, 20/6/1984 Editore, I edizione, 2011.

DI NOVI, Cinzia. "La Salute Attraverso gli Occhi di un Economista". *EconoMia*, 2017.

DI NOVI, Cinzia. "Misurare la disuguaglianza in Economia Sanitari: l'indice di Concentrazione". Università degli studi di Pavia, 2012.

DI NOVI, Cinzia, ZENG, Pingping. "Il Sistema di Long Term Care Cinese e la Politica del Figlio Unico". EeS n.29, *Newsletter Economia e Salute*, Coripe Piemonte, 2015.

DONGMIN, Yao, YIXUAN, Xu, PENGYUAN, Zhang. "China's High Savings Rate Puzzle: Role of Precautionary Saving". *China Economist*, 2020, 15.5: 74-88.

DUTTON, Michael Robert, DUTTON, Michael. *Streetlife China*. Cambridge University Press, 1998.

HASLAM, David W. e JAMES, W. Philip T. Obesity in *Lancet*, vol. 366, n° 9492, 2005, pg. 1197–209

EASTON, David. "An approach to the analysis of political systems". *World Politics: A Quarterly Journal of International Relations*, 1957, 383-400.

FANG, Evandro Fei, MORTEN, Scheibye-Knudsen, HEIKO, J. Jahn, JUAN, Li, LI, Ling, GUO, Hongwei, ZHU, Xinqiang, PREEDY, Victor, LU, Huiming, BOHR, Vilhelm A., CHAN, Wai Yee, LIU, Yuanli, NG, Tzi Bun. "A research agenda for aging in China in the 21st century". *Ageing research reviews*, 2015, 24: 197-205.

FENG, Zhanlian, ZHAN, Heying Jenny, FENG, Xiaotian, LIU, Chang, SUN, Ma Mingyue, MOR, Vincent. “An industry in the making: The emergence of institutional elder care in urban China”. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2011, 59.4: 738-744.

FENG, Zhanlian, LIU, Chang, GUAN, Xinping e MOR, Vincent. “China’s rapidly aging population creates policy challenges in shaping a viable long-term care system”. *Health Affairs*, 2012, 31.12: 2764-2773.

FENGSHU Liu. “Negotiating the filial self”. *YOUNG*, 2008, 16:4, pages 409-430

FOLLAND, Sherman, GOODMAN, Allen Charles, STANO, Miron. *The Economics of Health and Health Care: Pearson New International Edition*. Routledge, 2016.

FORESTI, Silvia. “I diritti e le tutele della famiglia e della persona con disabilità in Cina”. 2016.

GRAZIANI, Sofia. “La sessualità e la costruzione/distruzione dell’identità di genere durante la Rivoluzione Culturale: il caso dei Zhiqing”. *Deportati, Esuli e Profughi (DEP)*, 2007.

GROSSMAN, Michael. “On the concept of health capital and the demand for health”. *Journal of Political economy*, 1972, 80.2: 223-255.

GUY, Standing. “Global Feminization Through Flexible Labor: A Theme Revisited”, *World Development* n.27 (3), pg. 583, 1989

HERD, Richard, HU, Hu-Wei, KOEN Vincent. “Providing greater old-age security in China”. 2010.

HU, Hong, XU, Jiangang, ZHANG, Xiang. “The role of housing wealth, financial wealth, and social welfare in elderly households' consumption behaviors in China”. *Cities*, 2020, 96: 102437.

HU, Jianhui. “Old-age disability in China: Implications for long-term care policies in the coming decades”. *The Pardee RAND Graduate School*, 2012.

HUANG, Feng, GAN, Li. “The impacts of China's urban employee basic medical insurance on healthcare expenditures and health outcomes”. *Health economics*, 2017, 26.2: 149-163

HUNTINGTON, Samuel P. *Lo scontro delle civiltà e il nuovo ordine mondiale*. Garzanti, 2010.

LI, Fengyue, OTANI, Junko. “Financing elderly people's long-term care needs: Evidence from China”. *The International journal of health planning and management*, 2018, 33.2: 479-488.

IKELS, Charlotte. “Economic reform and intergenerational relationships in China”. *Oxford Development Studies*, 2006, 34.4: 387-400.

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), 2006.

International Institute on Ageing (INIA), United Nations – Malta. *The International Journal on Ageing in Developing Countries*. Published under the auspices of the International Institute on Ageing, Electronic Press, vol. 1, 2016.

Istituto per gli studi di politica internazionale (ISPI). “Cina 2050 incubo demografico”, 2019.

JACKSON, Richard. “Can an Aging be a Rising in China?” *China Business Review*, 2011.

JONAS, Steven, GOLDSTEEN Raymond L., GOLDSTEEN Karen. “An introduction to the US health care system”. *Springer Publishing Company*, 2007.

KAHN, Joseph, BO, Yibo. “Leader who helped reshape Chinese Economy, dies at 98”. *The New York Times*, 17/1/2017.

KAKWANI, Nanak, LIA, Shi, WANGC, Xiaobing, ZHUA, Mengbing. “Evaluating the effectiveness of the rural minimum living standard guarantee (Dibao) program in China”. *China Economic Review*, 2019, 53: 1-14

KANAMORI, Toshiki, ZHAO, Zhijun. *Private sector development in the People's Republic of China*. Manila: Asian Development Bank Institute, 2004.

KOUTSIMANI Panagiota, MONTGOMERY Anthony, GEORGANTA Katerina. “The relationship between burnout, depression, and anxiety: a systematic review and meta-analysis”. *Front Psychol*,

2019,10:284–84

KROEBER, Arthur R. *China's Economy: What Everyone Needs to Know*®. Oxford University Press, 2020.

LEE, Lily Xiao Hong. “Biographical Dictionary of Chinese Women: v. 2”: *Twentieth Century*. Routledge, 2016.

LEUNG, Joe, LAM Debbie. “Enforcing family care obligations for the elderly in China through mediation”. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 2000, 10.1: 77-89.

LI, Fengyue, OTANI, Junko.” Financing elderly people's long-term care needs: Evidence from China”. *The International journal of health planning and management*, 2018, 33.2: 479-488.

LI, Ling, FU, Hongqiao. “China's health care system reform: Progress and prospects”. *The International journal of health planning and management*, 2017, 32.3: 240-253.

LI, Xi, KRUMHOLZ, Harlan M., YIP, Winnie, CHENG, Kar Keung, DE MAESENEER, Jan, MENG, Qingyue, MOSSIALOS, Elias, LI, Chuang, LU, Jiapeng, SU, Meng, ZHANG, Qiuli, XU, Dong Roman, LI, Liming, NORMAND, Sharon-Lise, PETO, Richard, LI, Jing LI, WANG, Zengwu, YAN, Hongbing, HU Shengshou. “Quality of primary health care in China: challenges and recommendations”. *The Lancet*, 2020, 395.10239: 1802-1812.

YANG, Bing. “We Want to Go Home! The Great Petition of the Zhiqing, Xishuangbanna, Yunnan, 1978–1979”, *The China Quarterly*, 198, 401–421, 2009.

LOHAUS, Daniela, HABERMANN, Wolfgang. “Presenteeism: A review and research directions”. *Human Resource Management Review*, 2019, 29.1: 43-58.

LIU, Gordon G., ZHAO, Zhongyun. “Urban employee health insurance reform and the impact on out-of-pocket payment in China”. *The International journal of health planning and management*, 2006, 21.3: 211-228.

LIU, Jun-E., LIU, Jun-E, TIAN, Jun-Ye, YUE, Peng, WANG, Yong-Li, DU, Xue-Ping, CHEN,

Shuang-Qin. "Living experience and care needs of Chinese empty-nest elderly people in urban communities in Beijing, China: a qualitative study". *International Journal of Nursing Sciences*, 2015, 2.1: 15-22.

LIU, Yuanli. "Reforming China's urban health insurance system". *Health policy*, 2002, 60.2: 133-150.

LONG, Live. "Prosper: Aging in East Asia and Pacific". *World Bank*, 2016.

LU, Mingshan, JIN, Ma, QUAN, Hude. "From A National, Centrally Planned Health System to A System Based on The Market: Lessons from China, 2008". *Health Affairs*, 2008, 27.4: 937.

MAHONEY, Florence I., BARTHEL, Dorothea W. "Functional evaluation: the Barthel Index: a simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill", *Maryland state medical journal*, 1965.

MANTOVANI, Andrea. "Così la Cina riorganizza il suo sistema sanitario". *About Pharma* online, 2020.

Medical and Health Services in China, *Information Office of the State Council*, The People's Republic of China, Beijing, 2012.

MENG, Qingyue, SHI, G., YANG, Haiqin, GONZALEZ-BLOCK, Miguel Angel, BLAS, E. *Health policy and systems research in China*. World Health Organization, 2004.

MICHEL, Jean-Pierre e ROBINE, Jean-Marie. "A "new" general theory of population ageing". *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, 2004, 29.4: 667-678.

MONHEIT, Alan C., GRAFOVA, Irina, KUMAR, Rizie. "How Does Family Health Care Use Respond to Economic Shocks? Realized and Anticipated Effects". *NBER Working Paper* No. w20348, 2014.

NATHAN, Andrew J. "China's changing of the guard: Authoritarian resilience". In: *Critical Readings on the Communist Party of China (4 Vols. Set)*. Brill, 2017. p. 86-99.

National Institute on Aging (NIH). “What is ong Term Care?” a cura del *National Institutes of Health (NIA)*, U.S. Department of Health and Human Services, 2017.

Progress Consulting S.r.l. e Living Prospects Ltd., “La gestione dei sistemi sanitari negli Stati membri dell'UE Il ruolo degli enti locali e regionali”. Numero di catalogo: QG-30-11-072-IT-N, 2012.

QIU Yukun, LU Wei, GUO Jianke, SUN Caizhi, LIU Xinyu. “Examining the Urban and Rural Healthcare Progress in Big Cities of China: Analysis of Monitoring Data in Dalian from 2008 to 2017” *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2020, 17(4), 1148.

ROBINE, Jean-Marie, MICHEL, Jean-Pierre. “A “new” general theory of population ageing”. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, 2004, 29.4: 667-678.

ROBINE, Jean-Marie, MICHEL, Jean-Pierre. “Looking forward to a general theory on population aging”. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 2004, 59.6: M590-M597.

SAICH, Tony, DASSÚ, Marta (ed.). *La Cina di Deng Xiaoping: il decennio delle riforme: dalle speranze del dopo-Mao alla crisi di Tiananmen*. Edizioni associate, 1991.

SCHAIE, K. Warren, WILLIS, Sherry L., O'HANLON, Ann M. “Perceived intellectual performance change over seven years”. *Journal of gerontology*, 1994, 49.3: P108-P118.

SCHWARTZMAN, Robert J., MCLELLAN, Toni L. “Reflex sympathetic dystrophy: a review”. *Archives of Neurology*, 1987, 44.5: 555-561.

SDD-SPPS Project. *Long-term care for older persons in China*. “Working Papers Series Long-Term Care For Older Person In Asia And The Pacific”, 2015.

SGHIRLANZONI Angelo, GENOVESE Umberto. “Guida alla valutazione medico-legale del danno neurologico”. *Springer-Verlag Italia*, 227, 2012.

SHI, Wuxiang, CHONGSUWIVATWONG, Virasakdi, GEATER, Alan, ZHANG, Junhua, ZHANG,

Hong e BROMBAL Daniele. “Effect of household and village characteristics on financial catastrophe and impoverishment due to health care spending in Western and Central Rural China: A multilevel analysis”. *Health Research Policy and Systems*, 2011, 9.1: 16.

SHI, Wuxiang, CHONGSUWIVATWONG, Virasakdi, GEATER, Alan, ZHANG, Junhua, ZHANG, Hong, BROMBAL, Daniele. “The influence of the rural health security schemes on health utilization and household impoverishment in rural China: data from a household survey of western and central China”. *International Journal for Equity in Health*, 2010, 9.1: 7.

SHI, Leiyu, SINGH, Douglas A., WILENSKY, Sara E., TEITELBAUM, Joel B. “Essentials of the US health care system”. *Jones & Bartlett Publishers*, 2015.

SONG, Yapei, MA, Wei, YI, Xiangren, WANG, Shumei, SUN, Xiaojie, TIAN, Jiming, WANG, Shukang, ZHENG, Chunmei, ZHANG, Bingyin, XU, Zhijian, MARLEY, Gifty. “Chronic diseases knowledge and related factors among the elderly in Jinan, China”. *PLoS One*, 2013, 8.6: e68599.

STANDING, Guy. “Global feminization through flexible labor”. *World development*, 1989, 17.7: 1077-1095.

STRAUSS, John, LEI, Xiaoyan, PARK, Albert, SHEN, Yan, SMITH, James P., YANG, Zhe, ZHAO, Yaohui. “Health outcomes and socio-economic status among the elderly in China: Evidence from the CHARLS Pilot. *Journal of population ageing*, 2010, 3.3-4: 111-142.

TAURO, Francesca. “La salute disuguale, analisi della relazione tra economia e sanità”. 2017.

THOMPSON, Stephen. “Disability Prevalence and Trends”. *K4D Helpdesk Report*. Brighton, UK: Institute of Development TONG, James. “The gender gap in political culture and participation in China”. *Communist and Post-Communist Studies*, 2003, 36.2: 131-150.

VOGEL, Ezra F. *Deng Xiaoping and the transformation of China*. Belknap Press of Harvard University Press, 2011.

WAGSTAFF, Adam, LINDELOW, Magnus, GAO, Jun, XU, Ling, JUNCHENG, Qian. *Extending*

health insurance to the rural population: an impact evaluation of China's new cooperative medical scheme. The World Bank, 2007.

WANG, Qun, ZHOU, Yi, DING, Xinrui, YING, Xiaohua. "Demand for Long-Term Care Insurance in China". *Int J Environ Res Public Health*, 2017, 15 (1): 6.

WANG, Yunxiang. "Women's Place in Family and Society: Social Transformation and Gender Relations in China". *Asian Journal of Women's Studies*, 1996, 2.1: 133-157.

WANG, Hufeng. "A dilemma of Chinese healthcare reform: How to re-define government roles?". *China Economic Review*, 2009, 20.4: 598-604.

WANG, Hufeng, GUSMANO, Michael K., CAO, Qi. "An evaluation of the policy on community health organizations in China: will the priority of new healthcare reform in China be a success?". *Health Policy*, 2011, 99.1: 37-43.

WEIDENBAUM, Murray L. *Business, government, and the public*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1990.

WILSON, Charles. "A model of insurance markets with incomplete information". *Journal of Economic theory*, 1977, 16.2: 167-207.

WONG, Yu Cheung, LEUNG, Joe. "Long-term care in China: issues and prospects". *Journal of gerontological social work*, 2012, 55.7: 570-586.

World Bank Group. "Managing higher uncertainty", Economic Update, Maggio 2019

World Health Organization (WHO), "China country assessment report on ageing and health", *World Health Organization*, 2015

WU, Bei, MAO, Zong-Fu, ZHONG, Renyao. "Long-term care arrangements in rural China: review of recent developments". *Journal of the American Medical Directors Association*, 2009, 10.7: 472-477.

WU, Shiyu, FRASER, Mark W., GAO, Qin, CHAPMAN, Mimi V., HUANG, Jin. “Welfare Participation and Depression Symptoms Among Youth in China”. *Global Social Welfare*, 2020, 1-10.

XU, Weiwei. “Competition in the Chinese Health Care Sector-Important pre-conditions to be fulfilled”. 2013.

XU, Xiaocang, HUANG, Xiuquan, ZHANG, Xiaolu, CHENG, Linhong. “Family economic burden of elderly chronic diseases: evidence from China”. In: *Healthcare*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute, 2019. p. 99.

XU, Xiaocang, CHEN, Linhong. “Projection of long-term care costs in China, 2020–2050: based on the Bayesian quantile regression method”. *Sustainability*, 2019, 11.13: 3530.

YANG, Bin. *We Want to Go Home-The Great Petition of the Zhiqing, Xishuangbanna, Yunnan, 1978-1979*, China Q., 2009, 401.

YANG, Wei, SHUANG, Chang, ZHANG, Wenbo, WANG, Ruobing, ELIAS, Mossialos, WU, Xun, CUI, Dan, LI, Hao, MI, Hong. “An Initial Analysis of the Effects of a Long-Term Care Insurance on Equity and Efficiency: A Case Study of Qingdao City in China”. *Research on Aging*, 2020, 0164027520907346.

YONG, Xianting, GAO, Xiaoyan, ZHANG, Zhe, GE, Hua, SUN, Xuewei, MA, Xiaofan, LIU, Jiwen. “Associations of occupational stress with job burn-out, depression and hypertension in coal miners of Xinjiang, China: a cross-sectional study”. *BMJ open*, 2020, 10.7: e036087.

YUNXIAN, Wang. “De-intensification and the Feminization of Farming in China”. *Gender, Technology and Development*, 1999, 3.2: 189-214.

ZANELLA, Riccardo. *Manuale di economia sanitaria*, Vol. 4. Maggioli editore, 2011.

ZHANG, Huimin, ZHANG Xiaoyu, ZHAO, Youhua, HUANG, Jianfeng, LIU, Weiwei. “Impact of Formal Care Use on Informal Care from Children after the Launch of Long-Term Care Insurance in Shanghai, China”. *Int. J. Environ. Ris. Public Health* 2020, 17, 2938.

ZHANG, Linfeng, WANG, Zengwu, WANG, Xin, CHEN, Zuo, SHAO, Lan, TIAN, Ye, DONG, Ying, ZHENG, Congyi, LI, Suning, ZHU, Manlu, GAO, Runlin, “Prevalence of Abdominal Obesity in China: Results from a Cross-Sectional Study of Nearly Half a Million Participants”. *Obesity*, 2019, 27.11: 1898-1905.

ZHANG, Longmei, RAY, Brooks, DING, Ding, DING, Haiyan, LU, Jing, RUI Mano. *China's High Savings: Drivers, Prospects, and Policies*. International Monetary Fund, 2018.

ZHANG, Yanzhe e YU, Xiao. “Evaluation of Long-Term Care Insurance Policy in Chinese Pilot Cities”. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2019, 16.20: 3826.

ZHANG, Yong, XIAO, Gang, WANG, Guanxing, ZHOU, Tao, JIANG, Dawei. “Medical waste management in China: A case study of Nanjing”. *Waste management*, 2009, 29.4: 1376-1382.

ZHAO, Zhong. “Health Determinants in Urban China”. *IZA Discussion Paper No. 1835*, 2005.

Zhejiang University. “Qingdao Human Resource and Social Security Bureau e Qingdao Finance Bureau”, 2018

ZHO, Lihong e NUNES, Miguel Baptista. “Identifying knowledge sharing barriers in the collaboration of traditional and western medicine professionals in Chinese hospitals: A case study”. *Journal of Librarianship and Information Science*, 2012, 44.4: 238-248.

ZHU, Kun, ZHANG, Liuying, YUAN, Shasha, ZHANG, Xiaoyuan, ZHANG, Zhizhou. “Health financing and integration of urban and rural residents' basic medical insurance systems in China”. *International Journal for Equity in Health*, 2017, 16.1: 1-8.

ZHU, Yumei e ÖSTERLE, August. “China's policy experimentation on long-term care insurance: Implications for access”. *The International Journal of Health Planning and Management*, 2019, 34.4: e1661-e1674.

Sitografia

Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti ed amici (AIMAC), 2017:

<https://www.aimac.it/libretti-tumore/tumore-anziani-caregiver/chi-e-il-caregiver-formale>

Ansa.it. *Cina: centrato l'obiettivo 2019 di riduzione della povertà: Popolazione povera ridotta da 1,72 mln a 430.000 persone*, 20 dicembre 2019, ultimo accesso 7/10/2020:

https://www.ansa.it/sito/notizie/mondo/dalla_cina/2019/12/20/cina-centrato-lobiettivo-2019-di-riduzione-della-poverta_ea61ca46-a209-4c7d-ba52-e97ab8b2a1a5.html

Camera di Commercio Italo Cinese. *Il Tredicesimo Piano Quinquennale*, ultimo accesso 6/10/2020:

<http://www.china-italy.com/it/il-tredicesimo-piano-quinquennale>

CUOMO, Virgilio. *Economia Sanitaria Elementi*, ultimo accesso 2/10/2020:

<https://slideplayer.it/slide/4938633/>

HERD, Richard, HU, Hu-Wei, KOEN, Vincent, OCSE. “Fornire maggiore sicurezza per la vecchiaia in Cina”, *OECD Library*, 2010, ultimo accesso 30/09/2020:

https://read.oecd-ilibrary.org/economics/providing-greater-old-age-security-in-china_5kmlh4x7pc7k-en#page43

Ministry of Human Resources and Social Security of the People's Republic of China. “Instructions on Carrying Out Long-Term Care Insurance System Pilots”. *The Portal Website of the State Council of the People's Republic of China*. Available online, ultimo accesso 07/09/2020:

http://www.gov.cn/xinwen/2016-07/08/content_5089283.htm

NHS Foundation Trust. *Savage v South Essex Partnership*, UKHL 74 B, WLR (D) 386, 2008, ultimo accesso 30/09/2020

[http://www.mentalhealthlaw.co.uk/Savage_v_South_Essex_Partnership_NHS_Foundation_Trust_\(2008\)_UKHL_74](http://www.mentalhealthlaw.co.uk/Savage_v_South_Essex_Partnership_NHS_Foundation_Trust_(2008)_UKHL_74)

Qingdao Human Resource and Social Security Bureau, 2014, ultimo accesso 7/10/2020:

http://english.www.gov.cn/state_council/2014/09/09/content_281474986284102.htm

Quello che conta, Il portale dell'educazione finanziaria. *Polizza Long Term Care (LTC)*, ultimo accesso 30/09/2020:

<http://www.quellocheconta.gov.it/it/strumenti/assicurativi/polizza-long-term-care-LTC#:~:text=La%20Long%20Term%20Care%20%C3%A8,o%20infortunio%2C%20ma%20anche%20a>

Ufficio generale del Ministero delle risorse umane e della previdenza sociale 人力资源社会保障部办公厅. 人力资源社会保障部办公厅关于开展长期护理保险制度试点的指导意见 *Pareri orientativi dell'Ufficio generale del Ministero delle risorse umane e della previdenza sociale sul sistema pilota di assicurazione per l'assistenza a lungo termine*, 2016, ultimo accesso 30/10/2020: [https://baike.baidu.com/item/%E4%BA%BA%E5%8A%9B%E8%B5%84%E6%BA%90%E7%A4%BE%E4%BC%9A%E4%BF%9D%E9%9A%9C%E9%83%A8%E5%8A%9E%E5%85%AC%E5%8E%85%E5%85%B3%E4%BA%8E%E5%BC%80%E5%B1%95%E9%95%BF%E6%9C%9F%E6%8A%A4%E7%90%86%E4%BF%9D%E9%99%A9%E5%88%B6%E5%BA%A6%E8%AF%95%E7%82%B9%E7%9A%84%E6%8C%87%E5%AF%BC%E6%84%8F%E8%A7%81/19819590#reference-\[1\]-20510358-wrap](https://baike.baidu.com/item/%E4%BA%BA%E5%8A%9B%E8%B5%84%E6%BA%90%E7%A4%BE%E4%BC%9A%E4%BF%9D%E9%9A%9C%E9%83%A8%E5%8A%9E%E5%85%AC%E5%8E%85%E5%85%B3%E4%BA%8E%E5%BC%80%E5%B1%95%E9%95%BF%E6%9C%9F%E6%8A%A4%E7%90%86%E4%BF%9D%E9%99%A9%E5%88%B6%E5%BA%A6%E8%AF%95%E7%82%B9%E7%9A%84%E6%8C%87%E5%AF%BC%E6%84%8F%E8%A7%81/19819590#reference-[1]-20510358-wrap)

SARTOR, G. *La sanità in Cina*, 2017, ultimo accesso 9/09/20120: <https://www.saluteinternazionale.info/2017/03/la-sanita-in-cina/>

Sole24ore, *Ragioni di scambio*, 13 luglio 2016, ultimo accesso 22/09/2020: <https://argomenti.ilsole24ore.com/parolechiave/ragioni-scambio.html>

State Statistical Bureau, People's Republic of China (PCC), 1985, ultimo accesso 22/09/2020: <http://www.stats.gov.cn/english/>

Worldometer, ultimo accesso 30/09/2020: <https://www.worldometers.info/world-population/china-population/>

XINHUA. *Yearender: China embraces the old and the new to tackle ageing population*. Xinhua.net 2019, ultimo accesso 30/09/2020: http://www.xinhuanet.com/english/2019-12/21/c_138648888.htm

YANG, Liu. "Altezza e tendenze della disuguaglianza dei redditi in Cina". Menabò di Etica ed

Economia, n.102, 2019, ultimo accesso 30/09/2020:

<https://www.eticaeconomia.it/altezza-e-tendenze-della-disuguaglianza-dei-redditi-in-cina/>

ZHANG, Wenjuan, “The Development of Long-term Care System in China”, The Institute of Gerontology, Renmin University of China, 2013, ultimo accesso 30/09/2020:

https://www.unescap.org/sites/default/files/Session4_Ms.ZhangWenjuan_China.pdf

Portale del Governo Centrale 中央政府门户网站. 国务院关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见 (国发) *Pareri guida del Consiglio di Stato sul programma pilota dell'assicurazione medica di base per residenti urbani*, n. 20, 2007, ultimo accesso 30/09/2020:
http://www.gov.cn/zwggk/2007-07/24/content_695118.htm

Abbreviazioni

ADL: Activities of Daily Life

BIS: Basic Insurance Scheme

GIS: Government Employee Insurance Scheme

ICIDH: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps

LIS: Labor Insurance Schemes

LTC: Long Term Care

LTCI: Long Term Care Insurance

MFA: Medical Assistance Finance

MSA: Medical Saving Account

NCMS New Cooperative Medical Scheme

NRCMS: New Rural Cooperative Medical Scheme

RCMS: Rural Cooperative Medical Scheme

RCMS: Rural Cooperative Medical System

RSP: Social Risk Poling

SOSS: Social Old-Age Service Security

UEBMI: Urban Employee Basic Medical Insurance

UEI: Urban Employee Insurance

URBMI: Urban Resident Medical Insurance

URI: Urban Resident Insurance

WTP: Willingness to Pay