



# Università Ca' Foscari di Venezia

Dottorato di ricerca in Lingue, culture e società  
Scuola di dottorato in Lingue, culture e società  
Ciclo XXIV (A.A. 2010 - 2011)

La sanità rurale cinese: Interessi privati e  
necessità sociali nell'era di Hu Jintao e Wen Jiabao

Settore scientifico disciplinare di afferenza: SPS/14  
Tesi di dottorato di Daniele Brombal, matricola 955603

Coordinatore del Dottorato

Prof. Attilio Andreini

Tutore del dottorando

Prof. Laura De Giorgi

Università Ca' Foscari di Venezia

Dottorato di ricerca in Lingue, culture e società  
Scuola di dottorato in Lingue, culture e società  
Ciclo XXIV (A.A. 2010 - 2011)

Titolo: La sanità rurale cinese: Interessi privati e necessità sociali nell'era di  
Hu Jintao e Wen Jiabao

Sottotitolo: -

Settore scientifico disciplinare di afferenza: SPS/14  
Tesi di dottorato di Daniele Brombal, matricola 955603

Coordinatore del Dottorato: Prof. Attilio Andreini  
Tutore del dottorando: Prof. Laura De Giorgi

Le opinioni e i giudizi espressi in queste pagine sono dell'autore.  
Esse non rappresentano le istituzioni presso le quali l'autore è attualmente  
impiegato o è stato impiegato in passato.

Views and opinions expressed in this paper are those of the author alone.  
They do not reflect the views and opinions of the institutions in which the  
author is currently employed, or have been employed in the past.

© 2012 Daniele Brombal

## *Indice*

Lista delle tabelle, figure, grafici e riquadri *p. III*

Premessa e ringraziamenti *p. VII*

**Introduzione.** Un'analisi politica della sanità cinese: contesto generale e peculiarità.

*I Politiche sociali e rapporto Stato-società nella Cina contemporanea: visioni alternative e complementari* *p. 1*

*II Un sistema sociale e politico basato sull'interesse economico?* *p. 8*

*III La sanità quale caso emblematico dell'interazione fra interessi privati e politiche pubbliche* *p. 25*

*IV Strumenti di indagine* *p. 30*

*V Struttura della tesi* *p. 33*

**Capitolo 1.** La sanità cinese in transizione: modelli a confronto

*1.1 Sinossi* *p. 37*

*1.2 Notazioni introduttive* *p. 38*

*1.3 Il sistema maoista (1949-1983): scarse risorse, grandi risultati* *p. 43*

*1.4 Gli anni delle politiche di riforma e apertura (1983-2000): da paziente a cliente* *p. 52*

*1.5 Verso un approccio più equilibrato: politiche sanitarie nell'era Hu-Wen* *p. 62*

## **Capitolo 2. Erogazione del servizio sanitario e interessi economici**

- 2.1 *Sinossi* p. 81
- 2.2 *Notazioni introduttive: entrate degli ospedali, metodi di pagamento, incentivi per il personale sanitario* p. 82
- 2.3 *Fornitura selettiva dei trattamenti e assoggettamento selettivo alla regolamentazione* p. 96
- 2.4 *Ruolo delle autorità locali e strumenti di controllo centrale* p. 104

## **Capitolo 3. L'impatto dell'interesse privato sulle politiche sanitarie nell'era Hu-Wen**

- 3.1 *Sinossi* p. 119
- 3.2 *Assicurazione sanitaria governativa ed erogazione del servizio nelle aree rurali* p. 121
- 3.3 *Accessibilità al servizio sanitario nelle aree rurali* p. 130
- 3.4 *Relazioni Stato-società: utenza, autorità governative, personale sanitario* p. 139

## **Conclusioni. Provvedimenti governativi recenti, gruppi d'interesse e prospettive future**

- 4.1 *Il piano di riforma 2009-2011: caratteristiche, dibattito e resistenze* p. 149
- 4.2 *Prospettive di sviluppo future: la sanità cinese fra interessi privati e necessità sociali* p. 154

Materiale fotografico *Tavole 1-14*

Appendice dati p. 165

Bibliografia p. 170



## *Lista delle tabelle, figure, grafici e riquadri*

### **Tabelle**

|                     |   |               |
|---------------------|---|---------------|
| <b>Tabella 1.1</b>  | Regimi di fornitura di beni pubblici e servizi sociali                                | <i>p.</i> 39  |
| <b>Tabella 1.2</b>  | Indicatori di salute Rpc (1952-1982)  | <i>p.</i> 44  |
| <b>Tabella 1.3</b>  | Variazione tassi di morbilità e mortalità, malattie infettive (1965-1979)             | <i>p.</i> 44  |
| <b>Tabella 1.4</b>  | Strutture di erogazione del servizio sanitario nelle aree rurali (1958-83)            | <i>p.</i> 47  |
| <b>Tabella 1.5</b>  | Strutture di erogazione del servizio sanitario (2005)                                 | <i>p.</i> 79  |
| <b>Tabella 2.1</b>  | Categorie di spesa, ospedale di contea di Kaiyang, Guizhou (2008)                     | <i>p.</i> 86  |
| <b>Tabella 3.1</b>  | Continuità di adesione allo Smcr utenti assicurati, Cina Centro-Occidentale, 2008 (%) | <i>p.</i> 140 |
| <b>Tabella Dati</b> | Interviste. Interviste e testimonianze dirette citate nella tesi                      | <i>p.</i> 166 |

### **Figure**

|                   |   |              |
|-------------------|---|--------------|
| <b>Figura I.1</b> | Rappresentazione grafica del processo politico secondo David Eston                            | <i>p.</i> 23 |
| <b>Figura 1.1</b> | Schema di erogazione del servizio nelle aree rurali; strutture di riferimento aree urbane     | <i>p.</i> 46 |
| <b>Figura 1.2</b> | Fonti di finanziamento del centro sanitario di brigata Xiao Han (Comune Xu Jia), 1981         | <i>p.</i> 49 |
| <b>Figura 1.3</b> | Fonti di finanziamento del centro sanitario di comune Xu Jia, 1981                            | <i>p.</i> 50 |
| <b>Figura 1.4</b> | Flussi del finanziamento pubblico alla sanità nelle aree rurali: quadro generale              | <i>p.</i> 70 |
| <b>Figura 1.5</b> | Funzioni di regolamentazione del sistema sanitario cinese                                     | <i>p.</i> 73 |
| <b>Figura 1.6</b> | Gerarchia amministrativa del settore sanitario  | <i>p.</i> 77 |
| <b>Figura 1.7</b> | Casi di ospedalizzazione e strutture ospedaliere nelle aree rurali (2008)                     | <i>p.</i> 80 |
| <b>Figura 2.1</b> | Centro sanitario <i>township</i> Dahedao (Hebei). Finanziamento e indicatori operativi (2007) | <i>p.</i> 83 |
| <b>Figura 2.2</b> | Ospedale di contea di Quzhou (Hebei). Finanziamento e indicatori operativi (2007)             | <i>p.</i> 83 |

|                     |  |               |
|---------------------|--|---------------|
| <b>Figura 2.3</b>   | Modalità calcolo spesa trattamenti in regime di FFS, ospedale di contea (stampato sistema HIS, caso di ricovero d'emergenza)                               | <i>p. 86</i>  |
| <b>Figura 2.4</b>   | Promozione e dotazioni tecnologiche, ospedale di contea di Xiangtan  | <i>p. 89</i>  |
| <b>Figura 2.5</b>   | Produzione, distribuzione e consumo dei prodotti farmaceutici  | <i>p. 95</i>  |
| <b>Figura 2.6</b>   | Casi di ricovero ospedaliero e pagamento anticipato. Cina centrale (2008)  | <i>p. 97</i>  |
| <b>Figura 2.7</b>   | Sistema informativo sanitario: dati anagrafici e di pagamento, ospedale di contea (2010)   | <i>p. 99</i>  |
| <b>Figura 3.1 a</b> | Casi rimborsati sul totale dei ricoveri di pazienti convenzionati, 2008, Cina Centro-Occidentale (%)   | <i>p. 130</i> |
| <b>Figura 3.1 b</b> | Rimborso Smcr sul totale delle spese di ricovero sostenute da pazienti convenzionati, 2008, Cina Centro-Occidentale (%)                                    | <i>p. 130</i> |
| <b>Figura 3.2</b>   | Accesso alle cure ospedaliere, Cina Centro-Occidentale (2008)  | <i>p. 134</i> |
| <b>Figura 3.3</b>   | Schema medico cooperativo e propaganda governativa locale. Prima pagina del bollettino dello Smcr della contea di Ningcheng (Mongolia Interna), marzo 2007 | <i>p. 139</i> |
| <b>Figura Dati</b>  | Attività di ricerca sul campo: esempio distribuzione sul territorio delle famiglie intervistate  | <i>p. 167</i> |

## **Grafici**

|                     |   |               |
|---------------------|---|---------------|
| <b>Grafico 1.1</b>  | Posti letto in ospedale ogni mille abitanti, aree urbane e rurali (1950-1980)                                     | <i>p. 44</i>  |
| <b>Grafico 1.2a</b> | Spesa sanitaria a confronto: Cina e altri Paesi (2008)  | <i>p. 66</i>  |
| <b>Grafico 1.2b</b> | Spesa sanitaria a confronto: Cina e altri Paesi (2008)  | <i>p. 66</i>  |
| <b>Grafico 1.3</b>  | Composizione della spesa sanitaria e dell'investimento governativo in sanità (% sul totale della spesa sanitaria) | <i>p. 67</i>  |
| <b>Grafico 1.4</b>  | Copertura assicurativa sul totale della popolazione nel 2008 (per cento)  | <i>p. 68</i>  |
| <b>Grafico 2.1</b>  | Ospedale di contea di Quzhou (Hebei). Sussidi governativi sul totale del bilancio ospedaliero (%)                 | <i>p. 84</i>  |
| <b>Grafico 3.1</b>  | Premi assicurativi Smcr e loro composizione, Cina Centro-Occidentale (2002-2009)                                  | <i>p. 122</i> |
| <b>Grafico 3.2</b>  | Aumento costi medi per trattamento ospedaliero 2003-2005 (%)  | <i>p. 126</i> |
| <b>Grafico 3.3</b>  | Entrate da erogazione del servizio, ospedale di contea di Quzhou (1.000.000 RMB)                                  | <i>p. 127</i> |
| <b>Grafico 3.4</b>  | Entrate da erogazione del servizio, Centro sanitario <i>tonwhsip</i> Dahedao (1.000.000 RMB)                      | <i>p. 127</i> |

|                    |   |               |
|--------------------|---|---------------|
| <b>Grafico 3.5</b> | Incidenza spese catastrofiche ( $\geq 10\%$ reddito familiare), utenti convenzionati e non, Cina Centrale e Occidentale, 2008 (%) | <i>p. 131</i> |
| <b>Grafico 3.6</b> | Mancati accessi al servizio di ricovero ospedaliero per condizione economica, Cina Centro-Occidentale, 2008 (%)                   | <i>p. 135</i> |
| <b>Grafico 3.7</b> | Interruzione del trattamento ospedaliero contro parere medico per condizione economica, Cina Centro-Occidentale, 2008 (%)         | <i>p. 136</i> |
| <b>Grafico 3.8</b> | Mancati accessi al servizio di ricovero ospedaliero per diverso status di salute percepito, Cina Centro-Occidentale, 2008 (%)     | <i>p. 136</i> |

## **Riquadri**

|                     |  |               |
|---------------------|--|---------------|
| <b>Riquadro 2.1</b> | Incentivi economici e etica medica socialista                                  | <i>p. 94</i>  |
| <b>Riquadro 2.2</b> | Mercato farmaceutico, interessi economici e incentivi alla commercializzazione | <i>p. 95</i>  |
| <b>Riquadro 3.1</b> | Piano Smcr della Regione Autonoma del Guangxi, 2007                            | <i>p. 129</i> |



## *Premessa e ringraziamenti*

Provengo da un piccolo paesino delle Alpi Venete, Longarone. Il luogo è conosciuto e ricordato, più che grazie all'amenità dei dintorni, per una delle più grandi sciagure della storia italiana. Qui infatti, il 9 ottobre del 1963, il fianco nord del monte Toc franò nel lago artificiale del Vajont, generando un'onda che travolse, annientandoli, la vecchia Longarone e i suoi quasi duemila abitanti. Non è questo il luogo adatto per dilungarsi sulle cause del disastro. Basterà qui dire che esso fu dovuto a un malinteso senso del progresso e a interessi economici che dovettero sembrare, agli occhi di quanti avrebbero potuto evitare la catastrofe, più importanti che non il rischio, rivelatosi poi fatale, a cui quella diga aveva esposto gli abitanti delle piccole comunità locali. Credo siano stati i racconti dei nonni, che da quella sciagura si salvarono per puro caso, a far nascere in me sin da bambino una prima, embrionale sensibilità nei confronti del conflitto che, molto spesso, oppone l'interesse individuale al bene pubblico, segnando un limite preciso fra il benessere di pochi e il progresso della società intera.

Questa sensibilità mi ha risparmiato, una volta ultimata la prima fase dei miei studi sinologici, il grande imbarazzo, condiviso da molti colleghi, di dover scegliere un filone di ricerca a cui dedicare le mie energie. Mi pare di poter affermare infatti che la decisione di concentrarmi sui grandi squilibri sociali esistenti in Cina, sulle possibili soluzioni a essi e sul ruolo di interessi di natura economica nell'ostacolare una composizione positiva di tali contraddizioni sia arrivata in modo per così dire "naturale". La curiosità (poiché di questo si trattava, all'inizio) per il sistema sanitario cinese e i suoi malanni nasce invece da un'intervista fatta nel 2005, da corrispondente di un giornale locale, a un imprenditore italiano, il quale aveva una certa familiarità con la Cina. L'intervista, di cui si riporta un estratto a pagina 98 di questo volume, racconta di una notte nera come la pece, un contadino investito da un'auto, le sirene dell'ambulanza e, infine, di paramedici che esitano a raccogliere il ferito, poiché di soldi con sé, necessari per pagare le cure, quell'uomo in fin di vita non ne ha.

Sarà compito del lettore, che invito ad addentrarsi con severo senso critico nelle pagine che seguono, giudicare quali siano stati i risultati del lavoro di ricerca nato da queste premesse. Ci si limita qui a opporre, a una possibile obiezione circa l'irrilevanza di attività di ricerca focalizzate sulle campagne, in un frangente storico caratterizzato da rapidi processi di urbanizzazione e inurbamento, la consapevolezza, maturata dall'autore

nel corso del lavoro sul campo, del ruolo svolto dalle campagne quale cassa di risonanza delle contraddizioni esistenti nel sistema cinese, da cui discende per il ricercatore la necessità (o, meglio, il *dovere*) di uscire dai limiti delle città costiere e dei grandi centri industriali, in modo tale da poter osservare la materia prima con cui il cosiddetto “miracolo cinese” è stato costruito.<sup>1</sup>

Le persone che hanno reso possibile questo lavoro e che l'autore sente di dover ringraziare sono molte, anzi moltissime. Per non far torto a nessuno (o, al contrario, per rendere i più partecipi del torto subito), ci si limiterà qui a un paio di loro. Grazie anzitutto al *tutor* di dottorato, prof.ssa Laura De Giorgi, la quale ha pazientemente seguito lo svolgimento del lavoro di ricerca, contribuendo in modo determinante ad ampliare il mio orizzonte scientifico. Enorme gratitudine va al dott. Giorgio Mario Cortassa, il quale mi ha guidato in un'esperienza umana e professionale che, pur guardando al futuro con ottimismo, ritengo essere irripetibile per intensità e profondità. Un'esperienza senza la quale questo lavoro, semplicemente, non sarebbe stato possibile. Grazie anche a Nada, la quale mi è stata accanto in questi anni, condividendo le gioie e gli scoramenti (le prime fugaci, i secondi duri da scacciare) che ogni grande avventura porta con sé.

Questo lavoro è dedicato alle popolazioni delle campagne cinesi, che hanno dimostrato infinita ospitalità e sollecitudine, pure nelle loro limitate possibilità, nei confronti dell'autore, nonché a quei medici e funzionari cinesi<sup>2</sup> che, fra enormi difficoltà, cercano di fare del loro meglio per curare i malanni dei propri compatrioti, lottando per un avvenire migliore. Spero di essere stato degno di loro.

*Daniele Brombal*

Belluno, 29 gennaio 2012

---

<sup>1</sup> Per gli elementi scientifici alla base della scelta di focalizzare l'attenzione del presente lavoro di ricerca sulle aree rurali, vedi Introduzione, paragrafo III.

<sup>2</sup> Fra questi, una dedica speciale va al dott. Zhang Junhua, alla sua umanità e al suo coraggio professionale.

## **Introduzione.** Un'analisi politica della sanità cinese: contesto generale e peculiarità

*Threaten a reduction on the profit of their money  
and the beast in them awakes with a snarl.  
They become ruthless as savages, brutal as madmen,  
remorseless as executioners.*

Dr. Norman Bethune (1939)<sup>1</sup>

### *I. Politiche sociali e rapporto Stato-società nella Cina contemporanea: visioni alternative e complementari<sup>2</sup>*

Gli anni di Hu Jintao e Wen Jiabao saranno ricordati per la considerevole attenzione posta dalle autorità cinesi a temi di rilevanza sociale. Commentatori cinesi e osservatori stranieri concordano nell'interpretare tale attenzione quale risposta alle crescenti tensioni in seno a una società caratterizzata da pesanti squilibri in termini di reddito e accesso ai servizi essenziali (sanità, educazione, pensioni), potenzialmente in grado di minare la stabilità sociale e la legittimità

---

<sup>1</sup> Larry HANNANT (a cura di), *The Politics of Passion: Norman Bethune's Writing and Art*, Toronto, University of Toronto Press, 1998, p. 101. Conosciuto in Cina con il nome di *Bai Qiuen* 白求恩, il canadese Norman Bethune fu un medico e attivista politico della prima metà del XX secolo. Già in Spagna negli anni della guerra civile, nel 1938-39 operò in Cina, nell'area di Yan'an, punto d'approdo della Lunga Marcia e roccaforte comunista, servendo come medico di emergenza. Morì nel novembre 1939 a causa di una setticemia contratta durante un intervento chirurgico su un soldato ferito. E' tuttora celebrato fra gli eroi del pantheon rivoluzionario comunista cinese.

<sup>2</sup> In considerazione dell'egemonia politica esercitata dal Partito Comunista Cinese (Pcc) e della compenetrazione fra strutture di partito e organi del potere civile e militare, con il termine "Stato" si fa qui riferimento all'ibrido "partito-Stato". In merito, vedi David SHAMBAUGH, *The Modern Chinese State*, Cambridge (UK), Cambridge University Press, 2000.

dell'attuale regime.<sup>3</sup> La presa in carico da parte dello Stato delle necessità essenziali della popolazione è andata intrecciandosi a una graduale apertura al dialogo con ampi settori della società, coinvolgendo nel processo di formulazione delle politiche elementi esterni alla nomenclatura di partito, in specie membri di istituzioni accademiche, nonché istituendo canali istituzionali attraverso cui suggerimenti dei comuni cittadini circa specifiche politiche di rilevanza sociale possano essere veicolati alle autorità.<sup>4 5</sup>

Gran parte delle analisi dedicate in ambito accademico allo sviluppo delle politiche sociali e delle relative dinamiche nel rapporto Stato-società nella Cina contemporanea si muovono entro una cornice teorica che individua un nesso causale fra sviluppo economico e maggiore complessità sociale da un lato, e una più marcata propensione da parte dello Stato a rispondere positivamente alle sollecitazioni sociali dall'altro. A fare riferimento in tal senso è in particolare l'opera dello scienziato politico statunitense Samuel Huntington, la quale fa conseguire alla diffusione del benessere economico una graduale, per così dire "naturale" apertura di sistemi politici autoritari verso forme più partecipative: "as societies become economically well off and socially complex [...] political systems also have to become more open, participant and responsive".<sup>6</sup>

---

<sup>3</sup> Secondo le Nazioni Unite, la Cina era nel 2000 fra i paesi con maggiore disparità di reddito. L'indice di Gini, utilizzato nella misurazione delle disparità di reddito su una scala da 0 a 1 (1=tutta la ricchezza detenuta da un unico individuo), era arrivato nel 2000 a quota 0,45, livello ritenuto allarmante in termini di coesione sociale. UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP), "China Human Development Report, 2005", in "UNDP", 2006, <http://www.undp.org.cn/modules.php?op=modload&name=News&file=article&topic=40&sid=228>, 31/03/2010, p.14.

<sup>4</sup> Sulle priorità dell'attuale *leadership* in termini di politiche economiche e sociali, vedi Willy Wo-Lap LAM, *Chinese Politics in the Hu Jintao Era, New Leaders, New Challenges*, New York, M.E. Sharpe, 2006, p. 20.

<sup>5</sup> In tal senso, il processo di riforma sanitario è spesso citato quale modello. Vedi Yuanli LIU "Reforming China's Health Care System: The Balancing Act", intervento reso durante la conferenza *Where Is China Headed?*, Boston University Pardee Center for the Study of Longer-Range Future, 8 dicembre 2008, <http://www.bu.edu/pardee/multimedia/china-2008-system-4/>, 10/06/2011.

<sup>6</sup> Samuel P. HUNTINGTON, "Social and Institutional Dynamics of One-Party Systems", in Samuel P. HUNTINGTON, Clement H. MOORE, (a cura di), *Authoritarian Politics in Modern Society: The Dynamics of Established One-Party Systems*, New York, Basic Books, 1970, p. 4.



L'assunto di tale visione è una forte correlazione fra sviluppo economico da un lato, e il formarsi di prerogative individuali e di gruppo dall'altro, le quali tenderebbero a perseguire una maggiore partecipazione alla vita politica attraverso forme strutturate di rappresentanza, essenzialmente di carattere democratico. Scrive lo stesso Huntington, nel suo saggio "Democracy's Third Wave", pubblicato nel 1991:

Few relationships between social, economic, and political phenomena are stronger than that between the level of economic development and the existence of democratic politics. [...] The correlation between wealth and democracy implies that transitions to democracy should occur primarily in countries at the mid-level of economic development. In poor countries democratization is unlikely; in rich countries it usually has already occurred. In between there is a "political transition zone": countries in this middle economic stratum are those most likely to transit to democracy, and most countries that transit to democracy will be in this stratum. As countries develop economically and move into the transition zone, they become good prospects for democratization.<sup>7 8</sup>

Pur se con considerevoli diversità di vedute, in specie sull'importanza dello sviluppo economico nel determinare mutamenti politici, su tale modello di transizione si fonda il lavoro di numerosi scienziati politici, sociologi e sinologi, cimentatisi nell'interpretare (e prevedere) l'evoluzione del sistema politico cinese nell'era delle riforme post-maoiste, in larga misura attraverso lo specchio di una dicotomia fra democrazia e autoritarismo. Molti autori tendono a evidenziare i segni di una democrazia cinese in fieri, scorgendone i prodromi in una maggiore

<sup>7</sup> Samuel HUNTINGTON, "Democracy's Third Wave", *The Journal of Democracy*, 2, 2 (1991), pp. 21-22.

<sup>8</sup> Nel generalizzare la necessità di un'evoluzione in senso democratico, lo stesso Huntington suggerisce peraltro cautela, prendendo in considerazione l'importanza di fattori di natura culturale e religiosa nel determinare l'esito del processo di espansione democratica. Con riferimento alla Cina continentale, Huntington scrive: "Almost no scholarly disagreement exists regarding the proposition that traditional Confucianism was either undemocratic or antidemocratic [...] The modernizers of China have been (in Lucian Pye's phrase) the 'Confucian Leninists' of the Nationalist and Communist parties [...] In China, economics reinforced culture in holding back democracy". Vedi Samuel P. HUNTINGTON, "Democracy's ...", cit., pp. 15-16. Non mancano studi sull'armonizzazione degli ideali confuciani con forme di governo democratiche. In merito, vedi Daniel A. BELL, "Democracy with Chinese Characteristics: A Political Proposal for the Post-Communist Era", *Philosophy East and West* 49, 4, (1999), pp. 451-493.

coscienza del singolo individuo circa la propria natura di cittadino, in quanto tale dotato del “diritto ad avere diritti”.<sup>9</sup> In tal senso, Alfred Chan e Paul Nesbitt-Larking nel 1995 evidenziano la crescente capacità dei cittadini cinesi di adottare un approccio critico nei confronti del regime e delle autorità.<sup>10</sup> Dieci anni più tardi, nel volume *From Comrade to Citizen*, Merle Goldman sottolinea:

[...] in the post-Mao era a number of individuals began to act as citizens. And at times, through their words and actions, they forced the leaders of China's party-state to reconsider their policies [...] [an] example is Cao Siyuan, an independent consultant who in June 2003 convened a conference of leading academics and a number of officials to propose revisions to China's 1982 constitution [...] Though Cao was put under surveillance and harassed by the authorities [...] his actions accelerated existing official discussions on revisions to the constitution; for instance, it was decided [...] [in 2004] to insert into China's constitution a commitment to “protect private property” and to “respect and protect human rights”.<sup>11</sup>

Al crearsi di una cittadinanza critica viene fatta conseguire la nascita di una società civile, intesa quale forza sociale portatrice di istanze autonome da quelle espresse e perseguite dallo Stato, pronta a farsi parte attiva nei processi politici che regolano gli affari pubblici<sup>12</sup> e sostenuta, in tempi recenti, dalla crescente diffusione in Cina dei nuovi media.<sup>13</sup> Nell'articolo “The Internet and Civil Society in China: A Preliminary Assessment”, Yang Guobin osserva come internet abbia contribuito

<sup>9</sup> Vedi Xingzhong YU, “Citizenship, Ideology and the PRC Constitution”, in Merle GOLDMAN, Elizabeth PERRY (a cura di), *Changing Meanings of Modern Citizenship in Modern China*, Cambridge (MA), Harvard University Press, 2002, p. 290.

<sup>10</sup> Alfred J. CHAN, Paul NESBITT-LARKING, “Critical Citizenship and Civil Society in Contemporary China”, *Canadian Journal of Political Science*, 28, 2, 1995, p. 293.

<sup>11</sup> Merle GOLDMAN, *From Comrade to Citizen: The Struggle for Political Rights in China*. Cambridge (MA), Harvard University Press, 2005.

<sup>12</sup> Con affari pubblici, si prende qui a riferimento la definizione fornita da James P. Townsend nel 1972, ovvero “affairs which are seen to have an impact on the entire community even when they deal specifically with only a part of it”. Vedi James R. TOWNSEND, *Political Participation in Communist China*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1972, pp. 4-5.

<sup>13</sup> Per una trattazione generale sulla società civile in Cina, vedi Heath B. CHAMBERLAIN, “On the Search for Civil Society in China”, *Modern China*, 19, 2 (1993), pp. 199-215. Vedi anche Kjeld Erik BRØDSGAARD, David STRAND (a cura di), *Reconstructing Twentieth-Century China: State Control, Civil Society, and National Identity*, Oxford, Clarendon Press, 1998.

allo sviluppo della società civile, facilitando le attività delle organizzazioni esistenti e creando nuove forme di associazione, attraverso la comunità virtuale. Inoltre, internet avrebbe introdotto “new elements into the dynamics of protest”.<sup>14</sup>

Alla società civile viene altresì attribuito un ruolo determinante nel portare a compimento la transizione verso un sistema democratico, facilitando l'organizzazione di gruppi omogenei e strutturati, dotati di un considerevole grado di autonomia rispetto alle autorità e in grado di intraprendere iniziative politiche. Così scrive, a proposito, lo scienziato politico Barrett McCormick nel 1994:

The single greatest obstacle to creating a democracy in China is the lack of intermediary organizations, or, in other words, the weakness of civil society, but there is hope that this problem could be overcome [...] there are signs of an 'embryonic' or “emergent” civil society in China.<sup>15</sup>

In altri termini, la società civile costituirebbe una necessaria preconditione alla costruzione di un'alternativa politica credibile al Partito comunista cinese (Pcc), anche se, come concede la già citata Merle Goldman, altrove entusiastica nel prospettare il futuro democratico della Cina:

Yet [...] China's emergent civil society in the late twentieth century did not establish political alternatives to the party-state or confront the state directly, with the possible exception of the CDP [China Democracy Party].<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> Guobin YANG, “The Internet and Civil Society in China: A Preliminary Assessment”, *Journal of Contemporary China*, 12, 36 (2003), p. 453.

<sup>15</sup> Barrett L. MCCORMICK, “Democracy or Dictatorship? A Response to Gordon White”, *The Australian Journal of Chinese Affairs*, 31 (1994), p. 109.

<sup>16</sup> GOLDMAN, *From Comrade ...*, cit., p. 21. Il Partito democratico cinese (*Zhongguo minzhu dang* 中国民主党) è stato istituito ufficialmente nel luglio 1998. Raccoglie dissidenti già coinvolti nelle proteste di piazza Tian'an men, culminate nella repressione del 1989, costituendo in tal senso un *trait d'union* con i movimenti di studenti e lavoratori degli anni Ottanta. Nella dichiarazione che costituisce l'atto di nascita del partito, i fondatori si descrivono come “We, a group of idealists from all walks of society who are willing to so devote our lives, have been discussing the establishment of the China Democracy Party (CDP) in order to enhance freedom, democracy, justice and peace” (vedi il sito internet ufficiale, all'indirizzo <http://www.hqcdp.org/english/xuanyan.HTM>). Il partito è stato oggetto di repressione sin dal 1998, e ha ora la propria base operativa nello stato di New York (USA). Il Partito democratico cinese non va confuso con la Lega democratica cinese (*Zhongguo minzhu tongmeng* 中国民主同盟), formalmente riconosciuta dal governo e omogenea al regime.

Con riferimento alla costruzione della cittadinanza e all'affermarsi di modalità alternative di gestione del potere politico, alcuni autori hanno messo in luce le potenzialità già esistenti nella struttura istituzionale del sistema cinese, con particolare riferimento al ruolo dell'Assemblea nazionale del popolo (Anp). Nell'articolo "Constructing Citizenship: The National People's Congress as Catalyst for Political Participation", Michael W. Dowdle mette in rilievo come l'Anp abbia, a partire dagli anni Ottanta, giocato un ruolo fondamentale nel promuovere processi decisionali fondati sul consenso istituzionale, nonché nel catalizzare lo sviluppo di una concezione di cittadinanza politica, dimostrandosi accessibile a interessi privati cui riuscirebbe, secondo l'autore, a dare rappresentanza formale.<sup>17</sup> Lo stesso Dowdle, circa le prospettive future di evoluzione del sistema cinese, si esprime così:

China seems to be gradually evolving toward a fuller realization of what political citizenship demands of public decision-making [...] increasingly pluralist social and political environments are likely to accompany China's present trajectory of economic development and relative social stability.<sup>18</sup>

L'istituzione, a partire dalla seconda metà degli anni Ottanta, di forme elettive per la selezione dei comitati di villaggio nelle aree rurali viene anch'essa annoverata quale elemento rilevante in questo quadro interpretativo, evidenziando un lento progresso verso forme democratiche di governo, significativamente sostenuto da un atteggiamento pro-attivo di parte delle stesse autorità governative centrali. Secondo Shi Tianjian, nonostante le elezioni dei comitati di villaggio siano ancora organizzate e supervisionate dal Pcc, esse avrebbero creato nella Cina rurale uno stato di incertezza per i capi villaggio, concludendo "such uncertainty is the essence of democracy".<sup>19</sup>

---

<sup>17</sup> Michael William DOWDLE, "Constructing Citizenship: The NPC as Catalyst for Political Participation", in Merle GOLDMAN, Elizabeth PERRY (a cura di), *Changing Meanings of Modern Citizenship in Modern China*, Cambridge (MA), Harvard University Press, 2002, pp. 330-349.

<sup>18</sup> *Ibidem*, p. 349.

<sup>19</sup> Tianjian SHI, "Village Committee Elections in China: Institutionalist Tactics for Democracy", *World Politics*, 51, 3 (1999), p. 386.

Al paradigma della transizione, nonché a un approccio sostanzialmente dicotomico fra democrazia e autoritarismo, non sfuggono quanti, posponendo in maniera indefinita l'evoluzione del sistema in senso democratico (che pure continua a essere da questi identificato come l'esito più *desiderabile* delle trasformazioni in atto), concentrano la propria attenzione sullo stadio attuale di sviluppo del sistema politico cinese, caratterizzandolo come fortemente centralizzato politicamente, impegnato a garantire la stabilità sociale attraverso l'espansione dei diritti di libera iniziativa in campo economico, nonché (in maniera largamente strumentale) quei diritti di cittadinanza sociale consistenti nella capacità da parte della popolazione di accedere in maniera equa a beni di pubblica utilità e servizi sociali, secondo le coordinate del "neo-autoritarismo".<sup>20</sup>

Andrew Nathan, in un articolo pubblicato nel 2003, scrive di quella che definisce una "authoritarian resilience", ovvero della capacità da parte dell'attuale classe politica cinese, rappresentata dal Pcc, di mantenere saldamente nelle proprie mani il potere politico, grazie al miglioramento degli standard di vita, un rinnovato senso di orgoglio nazionale, la definizione di canali istituzionali attraverso cui la popolazione possa convogliare le proprie lamentele verso il governo e la lotta alla corruzione dei funzionari (o, quantomeno, l'impegno preso dalle autorità centrali in tal senso).<sup>21</sup>

Tale "resilienza" è rintracciabile anche negli autori che, nel descrivere il sistema cinese, ricorrono alle categorie del cosiddetto "autoritarismo rivoluzionario", enfatizzando gli elementi di continuità, in termini politici, del sistema attuale con quello di epoca maoista. Scrive Elizabeth Perry:

It is entirely possible that the engineers responsible for running the train of Chinese Communism will soon discover that they cannot proceed full steam ahead along an outmoded set of rails. Advanced economic development may indeed demand new

*(la citazione continua alla pagina seguente)*

---

<sup>20</sup> Sull'influenza del pensiero politico neo-autoritario nell'evoluzione del dibattito politico *interno* alla Rpc, vedi Barry SAUTMAN, "Sirens of the Strongman: Neo-Authoritarianism in Recent Chinese Political Theory", *The China Quarterly*, 129 (1992), pp. 72-102.

<sup>21</sup> Andrew J. NATHAN, "Authoritarian Resilience", *Journal of Democracy*, 14, 1 (2003), pp. 6-17.

political arrangements to afford far greater autonomy of legal institutions and civil society. Without a willingness on the part of its leadership to risk the consequences of such a political transformation, the PRC could devolve into a run-on-the-mill authoritarianism [...] Even if this “transition” to stable authoritarianism should occur [...] we should still be well advised to cast a more discerning eye back upon the past quarter-century. [...] For better *and* worse, China has yet to bid farewell to revolution.<sup>22</sup>

## *II. Un sistema sociale e politico basato sull'interesse economico?*

Pur se caratterizzato da una grande eterogeneità di vedute, lo studio del sistema politico cinese contemporaneo sembra dunque giocato in larga misura sul paradigma di una transizione verso forme di governo democratiche, coniugato attraverso una dicotomia formale fra autoritarismo e democrazia. Tale approccio, focalizzandosi sulle caratteristiche istituzionali del sistema politico, quali presenza/assenza di espressioni organizzate della società civile, partiti politici, organi di governo rappresentativi democraticamente eletti, rischia tuttavia di ridurre l'eterogeneità della vita politica cinese e delle interazioni Stato-società a considerazioni di carattere formale, tralasciando l'analisi strutturale dei ruoli giocati da diversi attori nel sistema politico e, dunque, di processi politici in grado di incidere sulla gestione della cosa pubblica.

In altri termini, pare evidente come la presenza di forme di interazione fra la sfera pubblica e quella privata non possa essere ricondotta di necessità a una tipologia di sistema politico piuttosto che a un'altra, poiché, come scrivono sul finire degli anni Sessanta gli scienziati politici Gabriel Almond e Bingham Powell:

There are different kinds of interests and demands in every society, and there must be some way for these interests and demands to be communicated and transmitted into the political system [...] even the most extreme form of totalitarianism [...]

*(la citazione continua alla pagina seguente)*

---

<sup>22</sup> Elizabeth J. PERRY, “Studying Chinese Politics: Bidding Farewell to Revolution?” *The China Journal*, 57 (2007), p. 22. Vedi anche Marina MIRANDA, “Il 'maoismo' di Hu Jintao”, in DE TROIA, Paolo (a cura di), *La Cina e il Mondo - Atti del XI Convegno dell'Associazione Italiana degli Studi Cinesi (AISC)*, Roma, La Sapienza Orientale - Convegni, 2010, pp. 293-304.

still contains pluralistic tendencies and what we might call a political process.<sup>23 24</sup>

In tal senso, è possibile concepire lo spazio esistente fra autoritarismo e democrazia come un *continuum*, caratterizzato da forme più o meno complesse, regolate e incisive di interazione fra interessi privati, struttura burocratico-amministrativa e organi decisionali dello Stato.<sup>25</sup>

Con ciò non si intende sostenere che il dibattito su democrazia e autoritarismo in Cina sia privo di ragion d'essere. Esso, al contrario, risponde alla necessità di inquadrare, semplificandole e rendendole così intelleggibili attraverso categorie note, le grandi trasformazioni dell'era post-maoista. È tuttavia ragionevole ritenere che nel caso cinese tale dibattito, in specie l'attenzione dedicata a tempi e modi di una possibile transizione democratica, abbia avuto conseguenze profonde sul modo di fare ricerca sulla realtà politica e sociale della Cina contemporanea. Secondo quanto scrive Scott Kennedy nel volume del 2005 *The Business of Lobbying in China*, la generale accettazione del paradigma della transizione avrebbe posto molti osservatori nelle condizioni di orientare la propria ricerca verso un evento che *ancora non è avvenuto*, trasformandoli, scrive lo stesso Scott, in "prognosticators", dediti dunque a prevedere la possibile evoluzione del sistema cinese, anziché analizzarne freddamente le caratteristiche, distogliendo così l'attenzione da questioni altrettanto importanti, quali la distribuzione dell'influenza politica.<sup>26</sup>

Una via d'uscita da questa *impasse* epistemologica, in grado di offrire una prospettiva complementare a quelle introdotte nel paragrafo precedente, può essere fornita dallo studio dei gruppi d'interesse (*interest groups*). Tale approccio

---

<sup>23</sup> Gabriel ALMOND, Bingham POWELL, *Comparative Politics. A Developmental Approach*, Boston, Little Brown and Company, 1966, p. 272.

<sup>24</sup> Sull'appropriatezza del termine "totalitarismo" per definire l'Urss di era staliniana, si veda anche Eric J. HOBSBAWM, *Il secolo breve*, Milano, Rizzoli, 1997, pp. 460-461.

<sup>25</sup> In merito, vedi Nicholas Sergejevitch TIMASHEFF, "Totalitarianism, Despotism, and Dictatorship", in Carl J. Friedrich, ed., *Totalitarianism*, Cambridge (MA), Harvard University Press, 1954, p. 39.

<sup>26</sup> Scott KENNEDY, *The Business of Lobbying in China*, Cambridge (MA), Harvard University Press, 2005, p. 14.

muove da una concezione di società come composta da singoli individui portatori di interessi privati (*self-interest*), i quali agirebbero in maniera razionale, “with respect to some outcome which would be preferable to the actor from a *utilitarian* and *egoistic* point of view”, serbando un’attenzione predominante alle conseguenze di una qualsivoglia azione sul proprio benessere individuale.<sup>27</sup> Su tali presupposti, un gruppo d’interesse può essere definito in termini generici come “group of individuals who are linked by particular bonds of concern or advantage, and who have some awareness of these bonds”.<sup>28 29</sup>

In termini politici, i componenti di un gruppo di interesse cercheranno di difendere le proprie prerogative dosando il grado di conformità alle pressioni normative imposte dallo Stato e muovendo richieste (*demands*) alle istituzioni di governo, attraverso canali formali o informali.<sup>30</sup> Adottato sistematicamente per la prima volta negli anni Cinquanta nell’analisi del sistema politico statunitense da David Truman,<sup>31</sup> lo studio dei gruppi d’interesse è stato in seguito impiegato per analizzare le interazioni fra diversi gruppi sociali in paesi a regime comunista (privi di istituzioni tese alla rappresentanza formale degli interessi), fornendo una cornice teorica allo studio della resistenza opposta da organi di governo periferici e singoli individui alle pressioni normative delle autorità governative.<sup>32</sup>

---

<sup>27</sup> Felix E. OPPENHEIM, “Self-Interest and Public Interest”, *Political Theory*, 3, 3 (1975), p. 267. Corsivo in citazione originale.

<sup>28</sup> ALMOND, POWELL, *Comparative Politics...*, cit., p. 75.

<sup>29</sup> Il concetto di interessi di gruppo, qui descritto quali interesse comune condiviso in maniera cosciente da un determinato gruppo di individui, non va confuso con l’interesse di classe, categoria ampiamente utilizzata nel pensiero marxiano. Questa ha infatti fondamento nella teoria marxista, prediligendo un approccio normativo, ponendo “una distinzione fra gli interessi ‘oggettivi’ una classe e le sue aspirazioni concrete in un dato momento. I suoi obiettivi ‘oggettivi’ consistono presumibilmente in ciò che la classe domanderebbe se i suoi membri fossero pienamente consapevoli della propria posizione sociale e del massimo sarebbero in grado di ottenere per essi stessi [qualora avessero tale consapevolezza]”. John PLAMENATZ, “Interests”, *Political Studies*, 2 (1954), pp. 1-8, in Lars BERGSTRÖM, “What is a Conflict of Interest?”, *Journal of Peace Research*, 7, 3 (1970), p. 206.

<sup>30</sup> Cfr. David B. TRUMAN, *The Governmental Process: Political Interests and Public Opinion*, New York, Alfred A. Knopf, 1951, p. 37.

<sup>31</sup> *Ibidem*.

<sup>32</sup> Vedi John BURNS, *Political Participation in Rural China*, Berkeley, University of California Press, p. 32.



Le prime analisi caratterizzate da questo approccio aventi per oggetto sistemi politici controllati da partiti comunisti risalgono agli anni Sessanta e Settanta. Esse tendono a evidenziare l'esistenza di diversi gruppi d'interesse in seno agli apparati della burocrazia statale, specie fra dipartimenti responsabili dello sviluppo di diversi settori produttivi, in competizione per le risorse allocate dal centro in un contesto dominato da una rigida pianificazione economica.<sup>33</sup> Lo scienziato politico canadese Gordon Skilling, in un articolo intitolato "Interest Groups and Communist Politics", sostiene così l'esistenza di gruppi d'interesse in paesi a regime comunista, descrivendone *ratio* e canali d'accesso al sistema politico:

It seems difficult to deny that there are in the URSS and other communist states political interest groups in Truman's sense of the term: namely, group which "on the basis of one or more shared attitudes," make certain claims upon other groups in the society [...] these groups seek not so much to "become the government" as to "realize aspirations through governmental decision-making"—in other words, to influence policy rather than to seek power [...] the main point of access is at the topmost level of the party, in its apparatus, secretariat, and presidium.<sup>34</sup>

Con particolare riferimento alla Cina di epoca maoista, David Lampton, in un lavoro dedicato al sistema sanitario, individuava sul finire degli anni Settanta dinamiche compatibili a quelle esposte negli studi dedicati al blocco comunista europeo. Pur tenendo in debita considerazione le peculiarità del processo politico cinese e delle forme di *governance* adottate nel caso del sistema sanitario, Lampton sottolinea infatti l'esistenza di interessi talvolta conflittuali fra diversi organi della burocrazia, sede principale di interazione di diversi interessi, individuando quale tema fondamentale nelle future analisi da dedicare al sistema sanitario cinese la comprensione dei meccanismi di istituzionalizzazione di tali interessi in seno alla burocrazia stessa.<sup>35</sup>

---

<sup>33</sup> Zbigniew BRZEZINSKI, Samuel P. HUNTINGTON, *Political Power: Usa/Urss*, New York, Viking Press, 1964, pp. 195-198.

<sup>34</sup> Gordon SKILLING, "Interest Groups and Communist Politics", *World Politics* 18, 3 (1966), pp. 450-451.

<sup>35</sup> David M. LAMPTON, *The Politics of Medicine in China: The Policy Process, 1949 – 1977*, London, Dawson & Sons, 1977, pp. 250-267.

In epoca post-maoista, successivamente all'avvio delle politiche di riforma e apertura, l'adozione di tale approccio all'analisi del sistema politico cinese ha evidenziato, secondo il docente dell'Università del Popolo Yang Guangbin, una situazione in cui "the largest and most active interest groups is [sic!] economically driven and has a great impact on China's political and social affairs".<sup>36</sup> Tale analisi, che si sofferma sulla natura economica dei gruppi d'interesse più rilevanti, si fonda peraltro sulla riduzione del concetto d'interesse a quello di avidità, ovvero ricerca metodica, razionale e costante di occasioni di arricchimento economico, comune nelle analisi dedicate alla Cina post-riforme. Se da un lato tale riduzione è presente anche in contesto occidentale, dove l'arricchimento viene spesso considerato quale motore e misura principale dell'interesse privato,<sup>37 38</sup> è tuttavia possibile affermare come nel caso cinese l'enfasi su questo aspetto venga accordata sulla base di una serie complessa di mutamenti, connessi al contenuto e alle modalità delle riforme degli anni Ottanta e Novanta.

Innanzitutto, la predominanza attribuita alla performance economica del paese, da migliorare attraverso l'adozione di meccanismi di mercato e l'espansione delle libertà di iniziativa economica privata, generò in larghi strati della società cinese il desiderio di perseguire un miglioramento materiale delle proprie condizioni di vita. Un desiderio comprensibile, dopo decenni in cui la politica economica del paese aveva portato a disastri quali il crollo della produzione agricola e la conseguente carestia negli anni del Grande Balzo (1958-1961) o, ancora, in cui lotte ideologiche avevano impedito di concentrare le energie del paese nel cercare di uscire da una evidente arretratezza, come negli anni della Rivoluzione Culturale (1966-1976).

---

<sup>36</sup> YANG Guangbin, "Interest Groups in China's Politics and Governance", *East Asian Institute Background Brief*, 361 (2007), p. 2.

<sup>37</sup> Così Adam Smith, ne *La Ricchezza delle Nazioni*: "An augmentation of fortune is the means by which the greater part of men propose and wish to better their condition. It is the means the most vulgar and the most obvious". Citato in Albert HIRSCHMAN, *The Passions and the Interests. Political Arguments for Capitalism before Its Triumph*, Princeton, Princeton University Press, 1977, pp. 39-40.

<sup>38</sup> Christine SWANTON, "The Concept of Interests", *Political Theory*, 8, 1 (1980), p. 88.

Le campagne tese a combattere la diffusione dei valori borghesi e liberali,<sup>39</sup> comuni negli anni Ottanta, non impedirono alle aspirazioni della gente comune di cambiare radicalmente, divenendo distintamente materialistiche. Secondo la pregnante descrizione dello storico Jonathan Spence, in questa fase

The “Four Musts” were no longer enough. The “Four Musts” that had set a limit of materialist yearnings under Maoism had been a bicycle, a radio, a watch, and a sewing machine. In the new world of Deng Xiaoping they were replaced by the “Eight Bigs”: a color television, a refrigerator, a stereo, a camera, a motorcycle, a suite of furniture, a washing machine, and an electric fan.<sup>40</sup>

A questi, continua Spence, erano da aggiungere i “Tre alti”, necessari a un uomo per prendere moglie, ovvero “a high salary, an advanced education, and a height of over five feet six inches”.<sup>41 42</sup>

Ai fini della nostra trattazione, è peraltro significativo notare come la volontà di perseguire le proprie aspirazioni, per quanto modeste, in ambito economico, fosse accompagnata soprattutto in contesto rurale da un generale scetticismo verso dinamiche e obblighi tipici della vita collettiva e di comunità, includendo in tale ampia definizione anche il mantenimento a spese della collettività di servizi sociali quali la sanità di base.<sup>43</sup>

---

<sup>39</sup> Le autorità cinesi erano consapevoli di come il processo di riforma economica e di apertura al mondo esterno potessero avere un effetto destabilizzante sulla società. Tale percezione, acuita dalle dimostrazioni studentesche del 1986, si tradusse nell'adozione di provvedimenti governativi “contro la liberalizzazione borghese”. Come scrive Guido Samarani, secondo Deng Xiaoping la diffusione di idee e modelli di vita capitalistici avrebbe potuto divenire, “combinata con le cose pessime e negative che entreranno in Cina con l'apertura al mondo esterno, una forza distruttiva per la [...] modernizzazione socialista”. Guido SAMARANI, *La Cina del Novecento*, Torino, Einaudi, 2004, pp. 305-306.

<sup>40</sup> Jonathan D. SPENCE, *The Search for Modern China*, W.W. Norton & Company, New York, 1999, p. 693.

<sup>41</sup> Un piede (*foot*) corrisponde a 30,48 cm, mentre un pollice (*inch*) a 2,54 cm. Si fa dunque qui riferimento a un'altezza di 1 m e 67 cm.

<sup>42</sup> SPENCE, *The Search...*, cit., p.693.

<sup>43</sup> Su dinamiche sociali, economiche e istituzionali successive alla riforma rurale dei primi anni Ottanta, vedi Jean C. OI, *State and Peasant in Contemporary China: The Political Economy of Village and Government*, Berkeley, University of California Press, 1989. Vedi inoltre: Jean C. OI, *Rural China Takes Off. Institutional Foundations of Economic Reform*, Berkeley, University of California Press, 1999.

La rilevanza attribuita nel contesto cinese alla dimensione economica dell'interesse è giustificata anche alla luce della penetrazione nella nomenclatura del Pcc di una concezione delle riforme in senso liberista quale sdoganamento degli istinti più "volgari" (riprendendo una definizione datane da Adam Smith),<sup>44</sup> ossia tesi a un rapido arricchimento personale. Questo atteggiamento, che come vedremo era già negli anni Ottanta oggetto di una forte critica da parte della società e, parzialmente, della classe dirigente, divenne se possibile più pervasivo allorché la caduta dell'Urss cancellò, come scrive Eric Hobsbawm "ogni speranza per un socialismo migliore [...] che potesse in qualche modo emergere dall'eredità della Rivoluzione d'ottobre", privando il capitalismo del suo *memento mori*, il socialismo reale.<sup>45</sup>

Alcune testimonianze rese da funzionari nel corso di indagini su casi di corruzione negli anni Novanta sono significative nel descrivere il tenore delle aspirazioni fra i burocrati in quel particolare frangente storico. Così Li Zhen, capo del dipartimento delle tasse dello Hebei, condannato a morte per corruzione nel 2003, in una testimonianza riportata da Minxing Pei nel volume *China's Trapped Transition*:

After the collapse of the Soviet Union, many former senior Soviet officials had to work as security guards and peddle pancakes on the street. I wrongly thought that, rather than losing everything once the party's power is gone, I should start making economic preparations [accumulating wealth] when I still have power—just to be ready for the worst.<sup>46</sup>

Le parole di un altro funzionario, riferite al medesimo periodo, restituiscono un'immagine ancor più vivida del significato associato da parte della classe

---

<sup>44</sup> Cfr. nota No. 37 a p. 12.

<sup>45</sup> Eric J. HOBBSAWM, *Come cambiare il mondo. Perché riscoprire l'eredità del marxismo*, Milano, Rizzoli, 2011, p. 385.

<sup>46</sup> Minoxin PEI, *China's Trapped Transition: the Limits of Developmental Autocracy*, Cambridge (MA), Harvard University Press, 2006, p. 20.

dirigente alla transizione dell'economia cinese verso il mercato:

The disintegration of the Soviet Union at the end of 1991 made me lose my faith. I thought it was hard to say whether the CCP could survive and avoid the same fate! Two months later, Deng Xiaoping's speech on his southern tour was published, I wrongly thought that the market economy China was going to build was the same as the free economy that followed the Soviet disintegration. Free economy means freely grabbing money. So I used my power to grab money aggressively.<sup>47</sup>

Se queste testimonianze non pretendono di rivestire un valore generale (si tratta in fondo delle parole di funzionari condannati per corruzione), esse hanno tuttavia il pregio di evidenziare la scarsa considerazione, propria di quella fase storica, per dettami di natura morale (quali propri del sistema di valori tradizionale e/o rivoluzionario), o per un ossequio quantomeno formale ai valori ideologici a cui certamente questi funzionari erano stati educati. Alla "perdita della fede", come viene definita nella seconda testimonianza, sembra far seguito senza soluzione di continuità il rivolgere interamente la propria attenzione verso una valutazione razionale della condotta più opportuna da tenere nel nuovo contesto politico, sociale ed economico, tale da massimizzare i vantaggi economici offerti dalle riforme, minimizzando al contempo i rischi connessi a un'eventuale perdita del potere da parte del Pcc. "Fede" politica e adesione al Pcc, dunque, sembrano essere intesi come meri strumenti di promozione dell'interesse individuale: una volta venuta meno la loro utilità, essi potranno essere abbandonati.<sup>48</sup>

Un'altra dimensione sottesa dalle testimonianze dei due funzionari, in grado di attribuire un significato ulteriore alla definizione di interesse, è l'uso del potere politico quale mezzo di arricchimento. Come sarebbe avvenuto di lì a poco anche

---

<sup>47</sup> PEI, *China's trapped...*, cit., p. 21.

<sup>48</sup> Nel corso delle attività di ricerca sul campo che costituiscono il fulcro di questo lavoro, alla domanda: "Hai un qualche credo religioso?" chi scrive molto spesso si è sentito rispondere: "Credo nel Partito comunista!" (*wo xin gongchandang!* 我信共产党!). Ciò sembra accadere più spesso in aree con una presenza storica (e retorica) forte del comunismo, nonché laddove la presenza di comunità religiose (specialmente cristiane) porti i non credenti a dichiarare con forza la propria ortodossia "rossa", come capita ad esempio nella zona di Yan'An, Shaanxi settentrionale.

nei paesi dell'ex blocco sovietico,<sup>49</sup> le riforme crearono infatti un terreno favorevole a fenomeni di corruzione, offrendo a quanti occupassero posizioni di potere all'interno del sistema (ovvero a quanti disponessero della capacità di controllare l'allocazione di fondi pubblici, beni di pubblica utilità, servizi sociali, posti di lavoro) l'opportunità di perseguire in maniera ragionevolmente libera da rischi immediati le proprie motivazioni in termini di arricchimento personale.<sup>50</sup>

La commistione fra interessi privati di natura economica e incarichi pubblici fu una tematica vivacemente dibattuta negli anni Ottanta dai circoli intellettuali che animarono le proteste di piazza Tian'an men (nel 1986-87 e, con il ben noto, tragico epilogo, nel 1989). La percezione diffusa di ingiustizia sociale, ovvero della possibilità data a membri della nomenclatura di perseguire l'arricchimento sfruttando il proprio potere e le zone grigie di una politica economica contraddittoria, si intrecciava infatti in quegli anni con un dibattito di ampio respiro, relativo alla direzione da imprimere alla dimensione politica delle riforme.

Dalla preoccupazione circa la crescente interconnessione fra potere economico e politico discendeva infatti un dibattito circa la possibilità, per un sistema che conservava spiccate caratteristiche autoritarie, di perseguire la separazione fra i poteri politico ed economico, nonché di operare per il bene della società nel suo complesso<sup>51</sup>. Le stesse autorità cinesi (a ben ragione, vista l'intensità delle dimostrazioni di fine anni Ottanta) erano preoccupate per il possibile effetto destabilizzante in termini di ordine politico della corruzione dilagante. I casi di peculato e di pagamento di tangenti a funzionari registrarono un deciso aumento nel corso degli anni Ottanta, con picchi nel 1982, 1986 e 1989, giocando un ruolo fondamentale nel provocare le manifestazioni di fine decennio.<sup>52 53</sup>

---

<sup>49</sup> Per un paragone con la situazione nella Russia post-sovietica, vedi Yan SUN, "State, and Corruption: Is Corruption Less Destructive in China than in Russia?", *Comparative Politics*, 32, 1 (1999), pp. 1-20.

<sup>50</sup> Sulle precondizioni di una "fiorente" corruzione, vedi Yan SUN, *Corruption and market in Contemporary China*, Ithaca (NY), Cornell University Press, 2004, p. 4.

<sup>51</sup> Vedi SAUTMAN, "Sirens of...", cit., pp. 72-102.

<sup>52</sup> SUN, *Corruption and...*, cit., pp. 40-42. A quelli che abbiamo definito come "picchi" nei casi di corruzione, corrisposero altrettante campagne di repressione del fenomeno lanciate dal governo. Come

L'evoluzione politica ed economica in questa fase viene dunque a caratterizzarsi con il costituirsi di un legame quasi simbiotico fra potere e denaro, nonché nel crearsi di gruppi d'interesse di natura essenzialmente economica:

The problem is the CCCP is a party built on the basis of Leninism. It controls all the resources of the country [...] under a market economy, after property becomes legitimate and legal, the CCP inevitably becomes corrupt. Those with power will certainly use their control of the resources to turn society's wealth into their private wealth. These people have become a huge entrenched interest group [...] What China has now is the worst form of capitalism. Western capitalism in its early phase was also bad, but it could gradually become more progressive. But the worst form of capitalism in China today is incapable of becoming more progressive.<sup>54</sup>

Queste parole, pronunciate da Zhao Ziyang anni dopo la sua deposizione all'alba del giugno 1989, offrono un elemento ulteriore, utile a caratterizzare in maniera ancora più ristretta il concetto di interesse privato, ponendolo in contrapposizione con quello di bene comune (*public interest*).<sup>55</sup> L'accento posto sulla scarsa volontà da parte della classe dirigente (sia essa intesa come nomenclatura del Pcc che come imprenditoria d'élite) di perseguire obiettivi di sviluppo condivisi, in grado di beneficiare la popolazione nel suo complesso, introduce infatti quale elemento centrale quello del conflitto. Riprendendo la definizione di azione basata sull'interesse privato fornita all'inizio di questo paragrafo, l'azione dei gruppi d'interesse sarebbe dunque non soltanto ispirata a un perseguimento razionale e

---

evidenziato dall'autore, i dati relativi alla presenza di fenomeni di corruzione non restituiscono necessariamente una valutazione realistica del fenomeno. Le stesse campagne di repressione, infatti, potrebbero aver spinto a un maggiore zelo le autorità incaricate di scoprire e perseguire i casi di corruzione, influenzando così le statistiche governative.

<sup>53</sup> Quello della lotta alla corruzione rimane, almeno nella retorica ufficiale, un obiettivo fondamentale dell'azione del governo cinese. Nel suo discorso in occasione dell'Assemblea nazionale del popolo (Anp) 2011, il primo ministro Wen Jiabao ha significativamente incluso fra le aree prioritarie dell'azione governativa la lotta alla corruzione, inserita nel novero delle "questioni che generano forte preoccupazione fra le masse". Cfr. THE TELEGRAPH, "China's Wen pledges to address 'great resentment'", in "The Telegraph", 2011, <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/asia/china/8363512/Chinas-Wen-pledges-to-address-great-resentment.html>, 11/01/2012.

<sup>54</sup> PEI, *China's trapped...*, cit., p. 8.

<sup>55</sup> OPPENHEIM, *Self-Interest ...*, cit., p. 263.

metodico dell'arricchimento materiale, ma tale perseguimento sarebbe altresì incompatibile con gli interessi, più ampi e articolati, della società nel suo complesso. L'unica eccezione, in tale modello di comportamento, sarebbe costituita da situazioni in cui il singolo o gruppo portatore di interesse consideri "this 'higher-order interest' [...] as a means to still greater private satisfaction".<sup>56 57</sup>

Muovendo da una concezione di interesse quale motivazione di natura essenzialmente economica, nonché dalla sua penetrazione nella società e nelle dinamiche politiche cinesi, Zheng Yongnian dipinge nel 2002 uno scenario dove "the conscious pursuit of economic expansion has led to the emergence of an interest-based social order, which in turn has resulted in the creating and expansion of a private arena".<sup>58</sup> L'analisi del docente della National University di Singapore è di particolare interesse poiché si propone di offrire un'interpretazione complessiva e coerente del processo di evoluzione politica cinese del periodo post-riforme, inquadrando l'apertura del Pcc alla categoria dell'imprenditoria privata, dopo l'enunciazione ad opera di Jiang Zemin della "Teoria delle rappresentatività" (*san ge daibiao* 三个代表),<sup>59</sup> in un processo di evoluzione politica e sociale più ampio. In quest'ottica, l'innovazione introdotta da Jiang "is not going against the tide but is a recognition of reality instead", ovvero della trasformazione in senso "borghese" di molti membri del Pcc.<sup>60</sup>

L'analisi del professor Zheng ruota attorno al considerare la cooptazione della classe imprenditoriale cinese come punto d'approdo della scelta cosciente, maturata in seno all'élite, di privilegiare un sistema di valori che abbia nel

---

<sup>56</sup> *Ibidem.*

<sup>57</sup> Il concetto è qui ispirato alla definizione datane da Lars Bergström, che definisce come "conflitto d'interessi" una situazione in cui il perseguimento di due diversi obiettivi non è possibile, ovvero in cui il raggiungimento dell'uno esclude l'altro. Cfr. BERGSTRÖM, "What is...", cit., pp. 207-208.

<sup>58</sup> Yongnian ZHENG, "Interest Representation and the Transformation of the Chinese Communist Party", *Copenhagen Journal of Asian Studies*, 16 (2002), p. 64.

<sup>59</sup> La 'Teoria delle tre rappresentatività' venne enunciata pubblicamente per la prima volta da Jiang Zemin nel luglio del 2001, in occasione del novantesimo anniversario della fondazione del Partito Comunista Cinese.

<sup>60</sup> ZHENG, "Interest Representation..", cit., p. 57.



perseguimento della crescita materiale, anziché nell'ottemperanza con dettami di natura ideologica e rivoluzionaria, il suo punto centrale, avviando un processo di transizione verso un ordine sociale basato sull'interesse economico, inteso come strumento in grado di per se stesso (al di là dunque di possibili squilibri fra strati diversi della popolazione) di agire quale motore di stabilità sociale e politica.<sup>61</sup>

Qualunque fosse il grado di consapevolezza con cui Pechino decise di lasciare spazio all'affermarsi di un ordine sociale basato sull'interesse, riponendo fiducia nella capacità dello stesso di generare consenso per il regime (in parte erroneamente, data la frustrazione evidente in larghe fasce della popolazione, escluse dalle opportunità di ricchezza), molti osservatori sembrano concordare come "the notions [...] that bureaucracy controls the scene no longer capture critical elements of the political process",<sup>62</sup> in considerazione della crescente influenza di interessi privati, in grado di incidere sulla gestione della cosa pubblica. Nel suo lavoro d'indagine dedicato all'influenza delle lobby industriali sul processo decisionale sul finire degli anni Novanta, il politologo statunitense Scott Kennedy nota come le compagnie private abbiano, attraverso pressioni ben orchestrate, "yielded victories on scores of issues, including trade, taxes, intellectual property rights protection, technical standards, and competition".<sup>63</sup>

---

<sup>61</sup> Nel delineare la sua teoria circa il modello di sviluppo del sistema politico cinese contemporaneo, il professor Zheng attinge a piene mani dal lavoro dell'economista Albert Hirschman, come esposto nel volume *The Passions and the Interests: Political Arguments For Capitalism Before Its Triumph* (1977). Analizzando la contrapposizione fra i concetti di "passione" e "interesse", caratterizzati rispettivamente da irruenza e irrequietezza (la passione) e raziocinio, metodicità, calcolo (l'interesse), Zheng elabora un'interpretazione della storia recente cinese giocata su due estremi politico-ideologici. Da un lato l'era maoista, caratterizzata da frequenti rivolgimenti, caos sociale e instabilità politica (in specie con la Rivoluzione Culturale), alimentati da una retorica politica tesa alla mobilitazione della società, la quale veniva plagiata a farsi interprete dei più disinteressati e luminosi traguardi rivoluzionari. Dall'altro, il nuovo corso inaugurato da Deng Xiaoping, in cui le classi dirigenti sostituirebbero, secondo l'interpretazione di Zheng, il preesistente sistema di incentivi e motivazioni individuali basato su virtù rivoluzionaria ed eroico sacrificio di sé (dotato degli attributi della passione) con la possibilità di perseguire l'interesse individuale, inteso in senso materiale. Occupazione quest'ultima certo più quieta, atta a essere intrapresa con razionalità, in grado di fungere da puntello a sostegno del regime.

<sup>62</sup> KENNEDY, *The Business...*, cit., p. 160.

<sup>63</sup> *Ibidem*.

La fenomenologia dell'influenza di interessi privati di natura economica non può peraltro venire ridotta in maniera esclusiva a fenomeni di *lobbying* aventi origine nelle aziende, siano esse di proprietà privata o statale. Essa deve piuttosto essere inteso come insieme eterogeneo di dinamiche di sostegno/opposizione al quadro normativo esistente e articolazione dell'interesse, ovvero la capacità di esercitare sulle autorità incaricate di regolamentare un dato settore pressioni perché venga adottato un quadro d'indirizzo o normativo confacente ai propri interessi. Yang Guangbin, ricercatore dell'Università del Popolo di Pechino, offre in tal senso un'utile distinzione, basata sulle caratteristiche strutturali dei gruppi d'interesse:<sup>64 65 66</sup>

- (a) gruppi d'interesse istituzionali (*jigouxing liyi jituan* 机构型利益集团);
- (b) gruppi d'interesse aziendali (*gongsixing liyi jituan* 公司型利益集团);
- (c) gruppi d'interesse associazionistici (*shetuanxing liyi jituan* 社团型利益集团).

La presenza di gruppi d'interesse della prima tipologia (istituzionali) viene ricondotta dal professor Yang al permanere di rivalità fra diversi dipartimenti governativi, organi ministeriali e para-ministeriali dello Stato,<sup>67</sup> incaricati dello sviluppo di determinati settori produttivi, nonché della gestione e/o fornitura di beni di pubblica utilità e servizi sociali.<sup>68</sup> Si tratta, nella sostanza, di gruppi spesso in conflitto circa l'allocazione di risorse economiche limitate, la cui destinazione

---

<sup>64</sup> YANG, "Interest Groups...", cit., pp. 3-11.

<sup>65</sup> Le rispettive dizioni in lingua inglese sono le seguenti: *institutional interest groups*; *corporate interest groups*; *associational interest groups*.

<sup>66</sup> È significativo come Yang interpreti come reazione all'iniquità sociale creata dalla pervasività dei suddetti gruppi d'interesse economico il crearsi e operare di gruppi di interesse anomici (*fei changtai liyi jituan* 非常态利益集团), composti da quanti, trovandosi di fronte all'impossibilità di articolare altrimenti i propri interessi, ricorrono a dimostrazioni, talvolta violente, di dissenso. Avremo modo di fare riferimento a tali fenomeni in ambito sanitario in Capitolo 3, paragrafo 3.4.

<sup>67</sup> *State owned enterprises*, cui nelle fonti in lingua inglese si fa solitamente riferimento con l'acronimo SOEs.

<sup>68</sup> Yang pone l'accento in maniera specifica su organi statali incaricati di controllare specifici settori produttivi, quali il Ministero delle ferrovie, quello delle costruzioni, ecc.

viene decisa in ambito burocratico, secondo dinamiche già ampiamente analizzate in riferimento a paesi a regime comunista.<sup>69</sup>

I gruppi d'interesse di natura aziendale coinvolgerebbero invece compagnie che agiscono in regime di monopolio o quasi-monopolio in singoli settori industriali, nonché in settori altamente remunerativi, che richiedono per la loro stessa natura operazioni su larga scala. Telecomunicazioni, energia elettrica, servizi postali, trasporto su rotaia, petrolio, banche e assicurazioni vengo citati fra i settori maggiormente caratterizzati dalla presenza di compagnie di Stato di grandi dimensioni, in grado di controllare direttamente grosse fette di mercato. In merito Barry Naughton, in un'indagine circa l'organizzazione delle imprese di Stato pubblicata nel 2008, conclude evidenziando "the rising influence of powerful corporate groupings in China",<sup>70</sup> mentre Andrew Walder, facendo riferimento all'industria dell'acciaio, nota come le imprese di Stato dispongano di un considerevole "bargaining leverage within the halls of government".<sup>71</sup> Il regime di proprietà non costituisce peraltro una discriminante fondamentale per il costituirsi di gruppi d'interesse di tipo aziendale. Anche entità private, in specie in settori che richiedono notevoli investimenti quali il minerario e l'edilizia, tendono quando possibile ad agire in termini di gruppo per articolare i propri interessi, cercando di ottenere un quadro normativo più favorevole. Un esempio, che avremo modo di analizzare più oltre nel corso della nostra trattazione è costituito dall'industria farmaceutica, dove, secondo la testimonianza resa dal dipendente di un'azienda produttrice di medicinali, "non c'è speranza di fare buoni affari senza delle entrate nel governo [...] ogni azienda ha un dipartimento, denominato generalmente 'dipartimento delle relazioni governative', atto in maniera specifica a

---

<sup>69</sup> Vedi BRZEZINSKI, Samuel P. HUNTINGTON, *Political Power...*, cit.; SKILLING, "Interest Groups ...", cit..

<sup>70</sup> Barry NAUGHTON, "Sasac and Rising Corporate Power in China", *China Leadership Monitor*, 24 (2008), <http://media.hoover.org/sites/default/files/documents/CLM24BN.pdf>, 20/07/2011, p. 1.

<sup>71</sup> Andrew WALDER, "China's Bureaucratic Capitalism: Creating the Corporate Steel Sector", articolo presentato durante la conferenza *Globalization and Public Sector Reform in India and China*, Copenhagen Business School (CBS), Copenhagen, 23-24 settembre 2011, p. 2.

gestire le relazioni con gli uffici governativi competenti".<sup>72</sup>

La terza categoria, quello dei gruppi di interesse basati sulle associazioni, rimanda in larga misura alle associazioni nazionali e locali (il cui numero si aggirerebbe rispettivamente fra le 2.000 e le 1.500 nel caso di quelle nazionali, circa 100.000 nel caso di quelle locali<sup>73</sup>) su base occupazionale e/o settoriale. Queste includono, ad esempio, la Federazione per l'industria e il commercio o, nel caso del settore sanitario, l'Associazione ospedaliera cinese. Utilizzate tradizionalmente quali cinghie di trasmissione delle politiche governative, pur rimanendo in buona parte controllate dal Pcc tali associazioni hanno dimostrato, come scrivono Jonathan Unger e Anita Chan, una tendenza a "gradually coming under the influence of, and beginning to speak on behalf of, their designated constituencies",<sup>74</sup> ovvero di essere permeabili agli interessi privati dei loro membri, sostenendone le richieste presso le autorità e distanziandosi dal ruolo di meri strumenti atti a sollecitare la conformità degli associati alle direttive politiche e al quadro normativo.<sup>75</sup>

La distinzione strutturale dei diversi gruppi ha come necessario completamento l'analisi dei diversi canali attraverso cui i rispettivi, diversi interessi possono essere difesi e articolati. Al fine di poter analizzare tali processi, è innanzitutto necessario definire la natura del processo politico, ovvero del rapporto esistente fra l'ambiente (sociale ed economico) nel quale il sistema politico è inserito e il processo decisionale operato dallo stesso sistema. Il politologo David Easton divide questo processo in tre fasi: (a) fase di *input*, ovvero sollecitazione del reame economico e sociale nei confronti del sistema politico; (b) conversione, ossia traduzione delle sollecitazioni in politiche statali, attraverso la produzione di norme e di linee di indirizzo; (c) *output*, vale a dire implementazione delle

---

<sup>72</sup> Doc Intervista #1130, 2011.

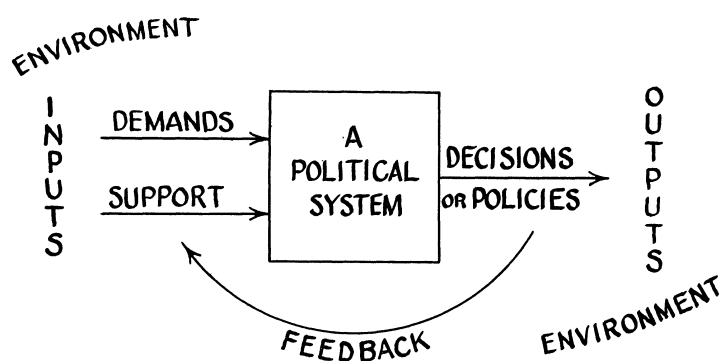
<sup>73</sup> Yijiang DING, "Corporatism and Civil Society in China: An Overview of the Debate in Recent Years", *China Information*, 12, 44, 1998, p. 48.

<sup>74</sup> Jonathan UNGER, Anita CHAN, "China, Corporatism and the East Asian Model", *The Australian Journal of Chinese Affairs* 33 (1995), p. 51.

<sup>75</sup> Vedi DING, "Corporatism and..", cit., p. 65.

decisioni, le quali agiscono sull'ambiente economico e sociale.<sup>76</sup>

Figura I.1 Rappresentazione grafica del processo politico secondo David Eston<sup>77</sup>



Con riferimento specifico alla nostra trattazione, risulta particolarmente rilevante la distinzione delle sollecitazioni del reame economico-sociale in azioni di “sostegno” (*support*) e “richieste” (*demands*). Con “sostegno”, sono da intendersi le azioni o orientamenti tesi a promuovere o resistere un sistema politico, le richieste che in esse vanno generandosi e le decisioni che da questo vengono prese.<sup>78</sup> È possibile ricondurre a tale categoria la tendenza a contrastare la pressione normativa esercitata dalle autorità governative cinesi, in specie centrali. Nota sin da tempi antichi, quando all’ossequio formale per l’autorità faceva riscontro la difficoltà per il potere centrale di imporre le rispetto delle proprie politiche nelle aree periferiche,<sup>79</sup> tale dimensione del processo politico chiama direttamente in causa l’effettiva capacità e volontà di supervisione delle autorità locali nelle aree

<sup>76</sup> David ESTON, “An Approach to the Analysis of Political Systems”, *World Politics*, 9, 3 (1957), p. 384.

<sup>77</sup> *Ibidem*.

<sup>78</sup> ESTON, “An Approach...”, cit., p. 390.

<sup>79</sup> Tale concetto viene espresso in cinese con l’espressione “il cielo è alto e l’imperatore lontano” (*tian gao huangdi yuan* 天高皇帝远), a significare la difficoltà per le autorità centrali di mantenere un controllo efficace in aree lontane dal luogo del quotidiano esercizio delle proprie funzioni di potere. Fu forse ricordando gli scritti classici (di cui era avido lettore) che Mao Zedong, discutendo con André Malraux che lo lodava per le profonde trasformazioni della Cina post-rivoluzionaria, ostentò grande modestia dicendo: “Per carità, ho cambiato al massimo due o tre cose nei dintorni di Pechino”. Vedi Renata PISU, “Cambiare la Cina? Molto difficile”, in “East”, 2010, <http://www.eastonline.it/article/cambiare-la-cina-molto-difficile>, 10/01/2012.

sotto la propria giurisdizione.

La letteratura dedicata alla Cina post-maoista evidenzia in tal senso il permanere di pratiche di assoggettamento parziale alla regolamentazione, dettate dalla volontà di difendere interessi locali che vedono allineati organi governativi e gruppi d'interesse, secondo logiche di corporativismo locale. Brian Hook, nell'introduzione al volume *The Individual and the State in China*, fa riferimento in questo senso alla cosiddetta "filosofia del semaforo", ovvero la possibilità (in questo caso da parte delle autorità provinciali) di rispondere in tre modi differenti ai tentativi del centro di imporre il proprio controllo:

a red light means, rather than stop, they make a detour to circumvent any control; a amber light means they ignore the warning and keep going at constant speed; a green light means they open the throttle and go full speed ahead.<sup>80</sup>

Resistenza alle pressioni normative da parte di gruppi d'interesse privato e scarsa propensione (o capacità) da parte delle autorità ad applicare la normativa a livello locale hanno giocato, come vedremo più oltre nel corso della nostra trattazione, un ruolo fondamentale nel determinare gli esiti dello sforzo governativo in termini di politiche socio-sanitarie nell'ultimo decennio.

Nel caso della seconda modalità di sollecitazione o immissione (*input*), ovvero l'articolazione di richieste nei confronti degli organi decisionali, la letteratura analizzata pone in risalto nel caso cinese una specificità, rappresentata dal privilegiare i legami personali (*guanxi*) a forme organiche e/o formali di rappresentanza. La cooptazione dell'imprenditoria privata d'élite nelle file de Pcc ha se possibile rafforzato questa tendenza: come sottolinea Joseph Fewsmith, "ever since Party cadres began to 'jump into the sea' (*xiahai*) of business [...] the line between Party membership and entrepreneurship has become increasingly blurred".<sup>81</sup> In altri termini, la diluizione e annullamento della sfera privata entro quella pubblica, così vigorosamente perseguiti negli anni dominati dall'esperienza

---

<sup>80</sup> Brian HOOK, *The Individual and the State in China*, Oxford, Clarendon Press, 1996, p. 4.

<sup>81</sup> Joseph FEWSMITH, "The Sixteenth National Party Congress: The Succession That Didn't Happen", *The China Quarterly*, 173, 2003, p.4.

rivoluzionaria, sembra essere di fatto venuta meno, lasciando spazio a un contesto in cui operare una distinzione fra l'esercizio di una funzione pubblica nell'interesse comune e il perseguimento dell'interesse privato è divenuto un compito assai arduo<sup>82</sup>.

### *III. La sanità quale caso emblematico dell'interazione fra interessi privati e politiche pubbliche*

L'utilità di considerare la sanità quale caso di studio utile a illustrare le attuali dinamiche di interazione fra interesse privato (di singoli e gruppi d'interesse) e politiche pubbliche trova ragion d'essere in tre categorie di fattori, riconducibili rispettivamente alle sfide di *governance* in ambito sociale affrontate dall'amministrazione guidata da Hu Jintao nell'ultimo decennio, alle difficoltà di allineare interessi diversi in seno a uno stesso settore (nel caso in questione: utenza, organi governativi centrali e locali, medici, strutture di erogazione del servizio, industria farmaceutica e biomedicale) e, infine, alle tendenze più ampie di evoluzione del sistema politico cinese e dei relativi processi decisionali in ambiti di pubblico interesse.

Partendo dal primo di questi elementi, è opportuno notare come il settore sanitario sia stato uno dei terreni di prova che più hanno impegnato Pechino nell'inaugurare il nuovo corso delle politiche economiche e sociali, ispirato a un modello di "sviluppo scientifico", inteso come maggiore equilibrio fra performance economica e necessità sociali, finalizzato alla realizzazione di una società armoniosa, ovvero giusta ed equanime, che mantenga l'armonia fra l'uomo e la natura.<sup>83</sup> Se la crisi della sanità e l'incapacità per ampie fasce della popolazione di accedere ai servizi sanitari essenziali erano evidenti sin dagli anni Novanta, è opportuno ricordare come l'ascesa al potere della quarta generazione di leader

---

<sup>82</sup> In merito, vedi Bruce DICKSON, *Red Capitalists in China: The Chinese Communist Party, Private Entrepreneurs, and Political Change*, New York, Cambridge University Press, 2003.

<sup>83</sup> Cfr. CHAN Kin-man, "Harmonious Society", *International Encyclopedia of Civil Society*, New York, Springer, 2009, p. 821-825.

comunisti nel 2002-2003 sia coinciso con la diffusione della SARS,<sup>84</sup> una crisi capace di portare drammaticamente allo scoperto tutte le inadeguatezze della sanità pubblica cinese, anche a causa dell'effetto moltiplicatore dovuto all'enorme copertura mediatica. Un'evento, inoltre, in grado di persuadere del legame diretto esistente fra salute e crescita economica anche quanti, in seno al governo centrale, conservavano un'attitudine di scetticismo nei confronti dell'investimento pubblico in settori sociali considerati nei vent'anni precedenti come sostanzialmente improduttivi.<sup>85</sup>

Dalla prospettiva delle più ampie problematiche di *governance*, la natura emblematica della sanità è rintracciabile inoltre nella presenza di un diffuso senso di frustrazione fra quanti, specie appartenenti alle categorie più vulnerabili (contadini, lavoratori migranti e quanti impiegati nel settore informale in genere), si vedono preclusa la possibilità di usufruire del servizio sanitario a causa di barriere economiche all'accesso. Le espressioni talvolta violente di questo malcontento possono essere annoverate fra il complesso di manifestazioni anomiche che costituiscono in termini politici uno dei tratti distintivi più caratteristici dell'epoca post-riforme, caratterizzata da "conflicts and incidents in areas like relations between cadres and the masses, labor relations, the environment, public health, as well as law and order [which] could tear asunder

---

<sup>84</sup> I primi casi di SARS (acronimo di Severe Acute Respiratory Syndrome), furono registrati nella provincia del Guangdong nel novembre 2002. Secondo L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), tra il novembre 2002 e l'agosto 2003 i casi confermati di SARS nel mondo furono 8.422, con 916 morti. Vedi WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), "Summary Table of SARS Cases by Country, 1 November 2002 - 7 August 2003", in "WHO", 2004, [http://www.who.int/csr/sars/country/2003\\_08\\_15/en/index.html](http://www.who.int/csr/sars/country/2003_08_15/en/index.html), 10/06/2011. La "guerra del popolo alla SARS", dichiarata dal presidente Hu Jintao a inizio 2003, è spesso considerato uno spartiacque fra le "vecchie" politiche sanitarie, fondate sul ruolo del mercato, e il "nuovo" corso iniziato dalla quarta generazione di leader comunisti. Vedi PERRY, "Studying Chinese...", cit., p. 15.

<sup>85</sup> Tony SAICH, *Governance and Politics of China*, Houndmills, Palgrave & Macmillan, 2011, p. 316; Xin GU, "Health Care Regime Change and the SARS Outbreak in China", in Zheng YONGNIAN and John WONG (a cura di), *The SARS Epidemic. Challenges to China's Health Management*, Singapore, World Scientific Publishing 2004, p. 154.



the social fabric".<sup>86</sup> Conflitti, scrive Yang Guangbin, che sono spesso "the by-products of [...] interest groups in profit making industrial sectors".<sup>87</sup>

Con riferimento all'interazione fra diversi interessi, la ristrutturazione dei settori produttivi e il disimpegno statale degli anni Ottanta e Novanta hanno dato origine in ambito sanitario a una penetrazione rapida e pervasiva di quelle logiche di interesse privato tipiche dell'epoca di riforme inaugurata da Deng Xiaoping. L'abolizione delle comuni popolari e, successivamente, la ristrutturazione secondo criteri di efficienza economica della grande industria provocarono infatti il collasso del preesistente sistema di welfare sanitario basato sulla gestione collettiva delle risorse, avendo come ripercussioni immediate la crisi del sistema assicurativo, con un repentino calo della popolazione assicurata in particolare nelle campagne, e la riduzione dei sussidi alle spese di funzionamento degli ospedali. Alle prese con ristrettezze di bilancio e forti incentivi alla commercializzazione del servizio, le strutture sanitarie presero a privilegiare l'erogazione di trattamenti in grado di garantire il maggior ritorno economico.

Quella che viene generalmente definita come privatizzazione *de facto* della sanità, ovvero la necessità per le strutture di erogazione del servizio di finanziarsi attraverso la vendita dei servizi, si traduce in un caso esemplare di conflitto d'interesse fra prerogative individuali o di gruppo (quelle dei singoli elementi del personale sanitario e delle strutture ospedaliere) e quelle pubbliche, dove una per così dire "naturale" predisposizione alla massimizzazione del profitto si trova in contraddizione con le necessità sanitarie dell'utenza e con l'obbligo fatto alle strutture sanitarie pubbliche e al personale ivi impiegato di garantire la tutela della salute della popolazione nel suo complesso.<sup>88</sup> Oltre che indicativa del processo di penetrazione delle logiche di interesse privato, l'analisi di tale dimensione può essere altresì di utilità nell'illustrare le dinamiche di sostegno del sistema politico

---

<sup>86</sup> LAM, *Chinese Politics...*, cit., p. 65.

<sup>87</sup> YANG, "Interest Groups...", cit., p. 5.

<sup>88</sup> Daniele BROMBAL, "Salute e sanità pubblica in Cina: fra diritto e ragion di Stato", *Inchiesta*, 171 (2011), p. 88.

(nei termini definiti da David Eston e riportati nel paragrafo precedente), ovvero possibili contraddizioni esistenti fra: (a) il quadro normativo stabilito a livello centrale; (b) i comportamenti individuali e di gruppo degli agenti statali incaricati di erogare il servizio (nel nostro caso i *provider* sanitari<sup>89</sup>); e (c) l'attitudine delle autorità locali aventi giurisdizione sul settore oggetto di analisi.

Con riferimento infine alle tendenze più ampie di evoluzione del sistema politico cinese, il coesistere nel settore sanitario di fattori quali l'estrema redditività (in specie per il comparto farmaceutico), l'immissione di crescenti risorse pubbliche, l'esistenza di diverse strutture (istituzionali, aziendali, associazionistiche) in grado di favorire una concentrazione degli interessi condivisi da parte degli attori del settore e, infine, l'esistenza di canali di rappresentanza in grado di veicolare richieste agli organi statali incaricati della pianificazione, regolamentazione e finanziamento della sanità, rendono il settore sanitario un terreno ideale nel quale misurare l'influenza di gruppi d'interesse nel processo di formulazione delle politiche.

In termini di processi politici, le analisi dedicate al sistema sanitario cinese si concentrano in particolare sulla fase di *output*, ovvero sul prodotto finale del processo normativo, considerata in genere come frutto dell'operato di una leadership interessata, quantomeno a livello centrale, a garantire il benessere della popolazione e, così facendo, la stabilità del regime.<sup>90</sup> Laddove elementi esogeni all'apparato burocratico vengano considerati, si tende a concentrare l'attenzione su manifestazioni di interesse anomico (dimostrazioni, anche violente, di insoddisfazione da parte della popolazione), stabilendo un legame di causalità

---

<sup>89</sup> Con *provider* si fa qui genericamente riferimento alle strutture di erogazione del servizio sanitario.

<sup>90</sup> Sulle narrazioni attraverso cui l'evoluzione della sanità cinese e le problematiche dell'attuale processo di riforma vengono presentate, vedi in particolare Gerald BLOOM, "Building Institutions For an Effective Health System: Lessons from China's Experience with Rural Health Reform", *Social Science & Medicine*, 72 (2011), pp. 1032-1039. Per un tentativo (parziale) di analizzare le dinamiche su cui si fonda l'evoluzione delle politiche sanitarie, vedi Yanzhong HUANG, "From Bandwagoning to *Buckpassing*: The Political Logic of China's Healthcare Transition", in "Jjxypeixun", 2006, [http://jjxypeixun.shufe.edu.cn/ces/paper/ces\\_pdf/6/6-1.pdf](http://jjxypeixun.shufe.edu.cn/ces/paper/ces_pdf/6/6-1.pdf), 20/10/2011. Circa il periodo maoista, rimane valido riferimento l'analisi svolta da David Lampton, pubblicata nel 1977 (LAMPION, *The Politics...*, cit.).

diretta fra tali dimostrazioni e le misure varate dal centro.<sup>91</sup> Mancano tuttavia analisi che mettano in relazione sistematica lo sforzo di pianificazione, regolamentazione e finanziamento messo in campo dal governo centrale e il recepimento da parte delle autorità locali e degli agenti governativi, più o meno positivo e puntuale, della normativa nella fase di implementazione. Parimenti, la letteratura è carente nell'individuare possibili piattaforme di articolazione dell'interesse, in grado di influenzare il processo di formulazione delle politiche in quest'ambito.

Dalla consapevolezza di tali carenze, nonché della già citata potenzialità, per il settore sanitario, di rivestire un ruolo esemplare nell'illustrare dinamiche più ampie, applicabili anche a diversi settori di pubblico interesse, nasce l'ipotesi di lavoro attorno a cui questo studio è articolato. Questa si basa sul considerare la costituzione di interessi di natura economica quale elemento in grado di avere un impatto sensibile sull'implementazione delle politiche sanitarie nazionali, limitando la capacità dell'amministrazione di raggiungere gli obiettivi strategici di sviluppo del settore. Nello specifico, questo lavoro cercherà di verificare se, e in quale misura, gli interessi economici delle strutture pubbliche di erogazione del servizio sanitario abbiano avuto un impatto sugli obiettivi della riforma sanitaria varata dall'amministrazione Hu-Wen, ovvero garantire più agevole accesso alle cure per i meno abbienti e costruire una rete di salvataggio finanziaria attraverso lo sviluppo del settore assicurativo. Infine, sulla base delle risultanze dell'analisi relativa all'interazione fra sfera pubblica e privata nella fase di implementazione delle politiche, l'autore cercherà di individuare possibili piattaforme di articolazione dell'interesse economico in grado di influenzare in futuro il processo di formulazione delle politiche sanitarie.

Come si vedrà più oltre, nel paragrafo dedicato a illustrare la struttura della tesi, la verifica dell'ipotesi di lavoro è stata affidata a un *case study* sulla sanità rurale, i cui risultati sono esposti nel secondo e terzo capitolo. La scelta di concentrarsi sull'analisi del settore rurale è stata dettata principalmente da cinque

---

<sup>91</sup> Cfr. LIU, "Reforming China's...", cit..

fattori, ovvero: (a) la pervasività delle trasformazioni del settore sanitario nelle aree rurali nell'era delle riforme (dove lo smantellamento delle comuni popolari a inizio anni Ottanta fece tabula rasa del preesistente modello maoista) e la conseguente rapida penetrazione di considerazioni di mero interesse economico nell'esercizio delle funzioni di sanità pubblica; (b) la particolare rilevanza attribuita allo sviluppo delle campagne e al miglioramento del tenore di vita delle popolazioni contadine nella retorica politica dell'era Hu-Wen; (c) il conseguente concentrarsi degli investimenti governativi nelle aree rurali; (d) la possibilità di restringere il campo di analisi degli effetti del maggiore impegno governativo all'estensione della copertura assicurativa, caratteristica principale delle politiche sanitarie rurali dell'ultimo decennio; (e) la percezione, diffusa fra molti operatori dell'industria sanitaria, della sanità rurale come mercato caratterizzato da grandi margini di crescita.

#### *IV. Strumenti di indagine*

Larga parte delle informazioni utilizzate per la stesura di questo lavoro sono contenute in quattro distinte banche dati:<sup>92</sup>

(a) *Documenti istituzionali o pubblici.* Materiale normativo, direttive politiche, lavori scientifici, inchieste e reportage pubblicati sui mezzi di stampa, forum di discussione in rete, campagne pubblicitarie e promozionali in ambito sanitario.

(b) *Interviste mirate e testimonianze spontanee.*<sup>93</sup> Interviste e testimonianze

---

<sup>92</sup> In riferimento alle banche dati (b) *Interviste mirate e testimonianze spontanee*, (c) *Risultanze dell'osservazione non-partecipante* e (d) *Risultanze di attività di indagine su base familiare*, si rimanda all'*Appendice dati*, dove vengono riportati maggiori dettagli circa le procedure di ricerca sul campo.

<sup>93</sup> Con testimonianze spontanee, si fa qui riferimento a materiale raccolto dall'autore nel corso di discussioni che non costituivano di per sé attività di ricerca e con riferimento alle quali non era stata palesata, nei confronti dell'interlocutore, la possibilità di utilizzarne i contenuti ai fini della presente ricerca. In tal caso, nella nostra trattazione saranno riportati soltanto i contenuti salienti della conversazione, avendo cura di rendere non identificabile (per mezzo di nome, affiliazione, professione o altre informazioni) l'interlocutore.

raccolte nel periodo 2008-2011, coinvolgendo utenti del servizio sanitario e operatori del settore (personale medico e amministrativo, funzionari governativi, ricercatori, studenti di medicina, impiegati del settore farmaceutico). Le interviste sono state condotte prevalentemente in maniera individuale, modalità semi-strutturata, in lingua cinese e, in taluni casi, inglese. L'autore ha trascritto i contenuti durante lo svolgimento dell'intervista e/o conversazione o nelle ore immediatamente successive alle stesse, utilizzando la lingua inglese e traducendole successivamente in italiano.

(c) *Risultanze dell'osservazione non-partecipante*. L'osservazione è stata condotta prevalentemente in strutture ospedaliere rurali a livello di contea e *township*, visitate fra 2008 e 2010, concentrandosi sul processo di ammissione, ricovero e cura del paziente e focalizzandosi sulle interazioni fra personale ospedaliero, paziente e familiari dello stesso. Le risultanze dell'attività di osservazione sono state trascritte dopo la conclusione della stessa, con l'ausilio di materiale fotografico raccolto nel corso del lavoro sul campo.

(d) *Risultanze di attività di indagine su base familiare (household survey)*. La quarta banca dati è stata strutturata includendo le informazioni raccolte nel 2008 durante un progetto di ricerca finanziato dalla Cooperazione Italiana allo Sviluppo (Mae/Dgcs) e condotto in cooperazione con il Centro risorse umane del Ministero della sanità della Repubblica popolare cinese.<sup>94</sup> Il progetto di ricerca è stato coordinato per parte italiana da chi scrive, nell'ambito delle attività dell'Unità di coordinamento sanitario di Pechino della Cooperazione

---

<sup>94</sup> *Weishengbu rencai jiaoliu fuwu zhongxin* 卫生部人才交流服务中心. La dizione ufficiale in lingua inglese è la seguente: *Health Human Resources Development Center, HHRDC*. Le attività sono state coordinate per parte cinese dal dott. Zhang Junhua. Hanno partecipato a tutte le attività di progetto, svolgendo un ruolo fondamentale, Shi Wuxiang e Zhang Hong.

Italiana allo Sviluppo, condotta dal dott. Giorgio Mario Cortassa.<sup>95</sup> Tale banca dati contiene informazioni di natura socio-economica (composizione nucleo familiare, occupazione, livello di istruzione, reddito, condizioni abitative) e sanitaria (morbilità, accesso alle strutture sanitarie, spesa sanitaria, percezione dell'azione di governo in ambito sanitario) relative a oltre 3.000 famiglie residenti in aree rurali delle province di Hebei e Shaanxi e della Regione autonoma della Mongolia Interna. Le interviste sono state condotte previo consenso dell'intervistato, su base individuale e utilizzando un questionario sviluppato con i colleghi del Ministero della sanità cinese.

La tipologia di analisi è di natura qualitativa. I diversi strumenti di indagine sono stati utilizzati così da costruire un discorso critico atto a verificare le ipotesi di lavoro, tanto sotto il punto di vista dei processi di difesa dell'interesse privato da parte delle strutture sanitarie, quanto nella prospettiva di una valutazione dell'efficacia dell'autorità statale nel garantire alla popolazione l'accesso ai servizi sanitari. Con particolare riferimento alle interviste mirate e all'osservazione non-partecipante, in virtù di tale approccio qualitativo è evidente come non si sia cercato di costruire un campione statisticamente significativo, quanto piuttosto di trovare delle evidenze puntuali e circostanziate in grado di verificare le ipotesi di partenza, quali elaborate nella fase di studio della letteratura di riferimento che ha preceduto e accompagnato il lavoro sul campo.

Una notazione particolare meritano, tuttavia, i dati e le relative modalità di analisi pertinenti alla quarta e ultima banca dati ("Risultanze di attività di indagine su base familiare"). In questo caso, infatti, la logica di raccolta e analisi dei dati è stata di natura quantitativa: il campione (come detto, consistente in 3.400 famiglie,

---

<sup>95</sup> Oltre al coordinatore, Giorgio Cortassa, l'Unità di coordinamento sanitario era composta da Maria Santonastaso, la quale è stata sin dall'inizio parte fondamentale delle attività di ricerca, e l'assistente amministrativa Li Jia. Per indicazioni più precise su genesi e contesto della ricerca, nonché sulla diffusione dei dati da questa prodotti, vedi Capitolo 3, paragrafo 3.1.

per un totale di circa 11.000 individui) è stato definito in maniera tale da poter essere statisticamente significativo delle condizioni sanitarie della popolazione rurale. Quando, dunque, si proporranno più oltre i dati relativi a spesa sanitaria, accesso ai servizi sanitari, percezione da parte della popolazione delle politiche governative, si farà riferimento a dati e risultati la cui validità è possibile estendere al complesso delle aree rurali della Cina centrale e occidentale. Nell'economia della nostra trattazione, tuttavia, resta evidente come anche questi dati vengano utilizzati secondo un'ottica qualitativa, ovvero al fine di verificare, descrivendo la situazione oggetto di indagine, le ipotesi di partenza.

#### *V. Struttura della tesi*

La tesi è strutturata in tre capitoli e una sezione conclusiva. Il primo capitolo è dedicato all'evoluzione del sistema sanitario cinese. Esso contiene un'analisi del ruolo giocato dallo Stato nella fornitura di servizi sanitari dal 1949 a oggi, proponendo una distinzione in tre fasi (1949-1983; 1983-2002; 2002-2012), ciascuna caratterizzata da peculiarità riconducibili a diversi modelli di finanziamento ed erogazione del servizio sanitario. La trattazione degli aspetti strutturali viene svolta presentando le caratteristiche più rilevanti delle diverse funzioni del sistema sanitario, ovvero: (a) pianificazione e regolamentazione; (b) finanziamento; e (c) erogazione del servizio. L'analisi basata sulla dimensione funzionale viene completata, ove utile all'economia della nostra trattazione, da una presentazione delle relazioni centro-periferia, come articolate tra governo centrale, governi locali e *provider* governativi incaricati di fornire il servizio sanitario.

Il secondo e terzo capitolo, che costituiscono il fulcro di questo lavoro, sono strutturati come *case study* sulla sanità rurale cinese, atto a dimostrare le ipotesi di lavoro. Nel secondo capitolo vengono delineate le modalità attraverso cui gli interessi privati afferenti alla fornitura del servizio sanitario si sono costituiti, sfruttando lacune e criticità della regolamentazione esistente e adattando le modalità di gestione del personale alle condizioni createsi a seguito dello smantellamento del sistema di welfare maoista nei primi anni Ottanta. In questo

capitolo vengono presentati gli strumenti attraverso cui le strutture di erogazione del servizio sanitario sono in grado di perseguire e difendere il proprio interesse economico, in specie attraverso la fornitura selettiva del servizio e l'assoggettamento selettivo alla regolamentazione. Al fine di illustrare le modalità attraverso cui il perseguimento dell'interesse economico influenza la pratica clinica (e dunque la capacità del malato di accedere a cure efficaci a un costo accessibile) viene presentato il percorso di ammissione, trattamento e dimissione dei pazienti curati in regime di ricovero ospedaliero, evidenziando i passaggi chiave di interazione con il personale sanitario. Infine, nel capitolo viene dato altresì conto dell'atteggiamento delle autorità incaricate della gestione della sanità, evidenziando eventuali contraddizioni esistenti fra il rispetto delle priorità nazionali in materia di sanità e la difesa di interessi privati da parte delle élite locali.

Il terzo capitolo si propone di valutare l'impatto dell'interesse economico delle strutture di erogazione del servizio sulle politiche di riforma sanitaria varate da Pechino nell'ultimo decennio, nonché sulle interazioni fra autorità dello Stato, agenti erogatori del servizio e utenza. Viene a tal fine proposta un'analisi del livello di accessibilità del servizio sanitario e del grado di protezione finanziaria garantita dagli strumenti assicurativi in uso nelle campagne, come riscontrata nel corso di indagini sul campo condotte nel 2008,<sup>96</sup> ponendo in relazione gli elementi di criticità riscontrati con le dinamiche di fornitura selettiva del servizio e conformità selettiva alla regolamentazione da parte degli ospedali. Il capitolo illustra inoltre, facendo ricorso a risultanze di interviste condotte sul campo, il tasso di gradimento della popolazione verso le politiche governative e l'attitudine della stessa popolazione verso gli agenti erogatori del servizio.

Nella sezione conclusiva vengono presentate le prospettive di breve e medio termine relative all'interazione fra interessi privati e pubblici nel settore sanitario, illustrando i recenti sviluppi della riforma sanitaria (e relative discontinuità

<sup>96</sup> Sono a tal fine utilizzate in larga misura informazioni contenute nella banca dati di cui in paragrafo IV (d).



dell'azione governativa), nonché i canali attraverso cui gruppi d'interesse di natura economica potrebbero influenzare in futuro il processo di formulazione delle politiche sanitarie.

Per facilitare una più approfondita comprensione del contesto in cui la ricerca ha avuto luogo e delle dinamiche fatte oggetto di studio, dopo il capitolo conclusivo viene proposta una sezione di materiali fotografici, raccolti nel corso del lavoro sul campo.

In appendice viene infine riportata una sintetica descrizione delle fonti dati utilizzate e delle modalità di raccolta.



## Capitolo 1. La sanità cinese in transizione: modelli a confronto

*Rispetto ai miei tempi le cose sono cambiate molto.*

*In quel periodo ci dicevano: "dobbiamo fare l'economia pianificata, come i sovietici!"*

*Poi tutto è cambiato, abbiamo preso altri a modello.*

Ex segretario di Li Lisan (2009)<sup>1</sup>

### 1.1 Sinossi

In questo capitolo sarà illustrato il ruolo dello Stato cinese in termini di pianificazione, finanziamento ed erogazione del servizio sanitario dal 1949, anno della fondazione della Repubblica popolare cinese a oggi. L'evoluzione del sistema sanitario verrà introdotta sullo sfondo dei più ampi mutamenti attraversati dal paese negli ultimi sessant'anni, evidenziando le ricadute delle trasformazioni politiche, economiche e sociali sull'impostazione del sistema sanitario, nonché sul rapporto fra autorità governative, utenza e strutture di erogazione del servizio. Verranno altresì evidenziate peculiarità o parallelismi esistenti fra le dinamiche interne alla Rpc e quelle proprie ad altri contesti a livello internazionale.

Particolare attenzione sarà dedicata al sistema sanitario rurale, cui è dedicato il *case study* i cui risultati sono contenuti nei capitoli secondo e terzo, fulcro del presente lavoro di ricerca. Dopo una sezione introduttiva tesa a definire le caratteristiche dell'evoluzione della sanità cinese in prospettiva storica, verrà dato maggiore spazio alla trattazione delle caratteristiche attuali del sistema sanitario, in

<sup>1</sup> Doc Testimonianza #1201, 2009. L'interlocutore fu segretario dello storico leader comunista dai primi anni Cinquanta al 1961, quando lo stesso Li, oggetto di critiche sempre più pesanti in concomitanza con la rottura sino-sovietica, lo assegnò a diversa mansione. Li morirà nel 1967, dopo essere stato oggetto di violenze da parte delle guardie rosse. Sulla vita di Li Lisan, vedi Patrick LESCOT, *Before Mao: The Untold Story of Li Lisan and the Creation of Communist China*, New York, Harper Collins Publishers, 2005.

modo tale da fornire gli strumenti essenziali atti alla comprensione dell'interazione fra gli interessi privati afferenti alla sanità e il processo di riforma avviato dall'amministrazione guidata da Hu Jintao e Wen Jiabao.

## 1.2 Notazioni introduttive

La funzione dello Stato cinese in termini di fornitura di beni pubblici e servizi sociali<sup>2</sup> è stata oggetto di profonde trasformazioni nel corso dei sessant'anni successivi alla fondazione della Rpc. In termini generali, si tende a individuare una forte cesura nell'impostazione delle politiche di *welfare*, corrispondente all'avvio delle politiche di riforma e apertura sul finire degli anni Settanta.<sup>3</sup> Come afferma Yang Tuan, ricercatrice dell'Accademia cinese di scienze sociali, le riforme determinarono infatti la transizione da un contesto in cui le funzioni di *welfare* "non costituivano una parte indipendente della struttura sociale, ma piuttosto un elemento che apparteneva al [tessuto stesso] [...] dell'organizzazione sociale", a una situazione in cui veniva a porsi la necessità di considerare la fornitura dei servizi sociali come una questione dotata di una propria autonomia, pure se strettamente legata alle più ampie necessità di sviluppo del paese.<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> In termini economici, con "bene pubblico" si intende l'insieme di beni e servizi caratterizzati da non rivalità, ovvero il cui consumo da parte di un individuo non impedisce il consumo simultaneo da parte di un altro/i, e non escludibilità, ossia l'impossibilità di escludere una data persona e/o gruppo dal consumo di un bene. Ne sono un esempio la difesa nazionale, le leggi, l'illuminazione stradale, la diffusione dei segnali radio-televisivi. Gran parte dei servizi dei *welfare* sociale non ricadono sotto questa restrittiva definizione di bene pubblico. Se prendiamo in considerazione la sanità, soltanto alcune aree a essa afferenti sono caratterizzate da assoluta non rivalità e non escludibilità, quali ricerca, sanità pubblica di base, monitoraggio sulla sicurezza di alimenti e medicinali. Per i servizi di *welfare* viene utilizzata la definizione di "bene di merito", ovvero il cui consumo è ritenuto dal settore pubblico meritevole di tutela e incoraggiamento, in virtù delle esternalità positive prodotte a beneficio dell'intera popolazione. Vedi: Paul A. SAMUELSON, "The Pure Theory of Public Expenditure", *Review of Economics and Statistics*, 11, 1954, pp. 387-389; Andrea DELOGU, *Beni pubblici, beni privati e privatizzazioni*, in "Archivio storico giuridico sardo di Sassari", 2006, [http://www.archiviogiuridico.it/Archivio\\_10/Delogu.pdf](http://www.archiviogiuridico.it/Archivio_10/Delogu.pdf), 01/12/2011.

<sup>3</sup> In riferimento alla sanità, vedi in particolare BLOOM, "Building institutions...", cit., pp. 1032-1039.

<sup>4</sup> YANG Tuan 杨团, *Zhongguo shehui zhengce yanjiu shi nian lunwenxuan 1999-2008*, 中国社会政策研究十年论文选, 1999 - 2008 (Dieci anni di ricerca sulle politiche sociali. Saggi scelti 1999 - 2008), Pechino, Shehui kexue wenxian chubun, 2009, p. 012.

A prescindere dai caratteri di specificità del modello cinese in epoca maoista (rigida pianificazione economica, controllo della popolazione, fornitura diretta dei servizi sociali da parte delle unità produttive, mobilitazione delle comunità), da un punto di vista funzionale è possibile individuare la conseguenza principale di questa transizione in una diversa impostazione del regime di finanziamento ed erogazione dei servizi sociali, attraverso una nuova articolazione dei ruoli giocati dai settori pubblico e privato. Utilizzando come riferimento la matrice proposta da Anthony Saich nel volume *Public Goods Provision in P.R.China*<sup>5</sup> (vedi Tabella 1.1), è possibile affermare che le politiche di riforma e apertura comportarono uno scivolamento da un modello essenzialmente pubblico (casella [A] della tabella) a soluzioni che lasciavano uno spazio crescente alla dimensione privata, sia in termini di contribuzione individuale da parte dell'utenza (come nel caso dell'educazione) che di erogazione, come accaduto ad esempio con la commercializzazione del mercato immobiliare a uso abitativo.<sup>6</sup>

**Tabella 1.1** Regimi di fornitura di beni pubblici e servizi sociali<sup>7</sup>

|               |          | Erogazione  |   |
|---------------|----------|---|---|
|               |          | Pubblica (governativa)  | Privata   |
| Finanziamento | Pubblico | [A]<br>Il governo provvede sia al finanziamento che all'erogazione. Servizio gratuito al punto di erogazione. | [B]<br>Il governo provvede al finanziamento. Le strutture di erogazione del servizio sono private.  |
|               | Privato  | [C]<br>Pagamento privato di servizi forniti dal governo   | [D]<br>Servizio acquistato direttamente da strutture di erogazione private, o indirettamente attraverso la copertura di assicurazioni private |

Lo slittamento verso un maggiore ruolo del privato viene interpretato da molti osservatori come segno di una “riluttanza” da parte del governo cinese a investire nei settori sociali, visti come sostanzialmente improduttivi, nonché come causa principale dell'affermarsi di un nuovo criterio di accesso ai servizi, basato sulla

<sup>5</sup> Tony SAICH, *Providing Public Goods in Transitional China*, New York, Palgrave & MacMillan, 2008, p. 7.

<sup>6</sup> Tony SAICH, *Providing Public...*, cit., pp. 7-9.

<sup>7</sup> *Ibidem*.

disponibilità economica dell'individuo, anziché sui diritti connessi alla cittadinanza.<sup>8 9</sup> All'inizio degli anni Novanta, Catherine Chan osserva:

The budget allocation, the priority of service entitlements, the emphasis on family care and self-reliance, all reflect the state's reluctance to provide universal and welfare protection for all.<sup>10</sup>

Tale "riluttanza" a investire nei settori sociali è spesso citata come caratteristica distintiva dei sistemi dell'Asia orientale, in specie di Giappone, Corea del Sud, Taiwan, Hong Kong e Singapore, in cui lo sviluppo del *welfare* sarebbe concepito come "subordinated to the overall developmental goal of fast economic growth—thus guaranteeing cheap production costs: for example, low taxes and wages, flexible and long working hours [...]"<sup>11</sup> e dove, seppure con una grande variabilità dovuta alla diversa struttura politica e sociale dei singoli paesi, concessioni in termini di servizi sociali verrebbero accordate in maniera sostanzialmente selettiva,

---

<sup>8</sup> Sheying CHEN, "The Context of Social Policy Reform in China: Theoretical, Comparative and Historical Perspectives", in Catherine JONES FINER, *Social Policy Reform in China: Views from Home and Abroad*, Aldershot, Ashgate, 2003, p. 23.

<sup>9</sup> Tutte e quattro le costituzioni della Rpc (1954, 1975, 1978 e 1982) affiancano al termine "cittadino" (*gongmin* 公民) quello di "popolo" (*guomin* 人民). Come nota Yu Xingzhong, originariamente "*renmin* includes [the] working class, peasant class, petty bourgeois class, national bourgeois class, patriotic democratic elements", mentre il contesto di cittadino, *guomin*, includerebbe anche "reactionary classes [...] who do not enjoy the rights of the people, but have to perform the duties of the citizens". YU Xingzhong, "Citizenship, Ideology and the PRC Constitution", in GOLDMAN, PERRY, *Changing meanings...*, cit., pp. 289-307. La costituzione del 1982 (Cap. II, Diritti e doveri dei cittadini, art. 45), con riferimento ai servizi sociali, recita: "I cittadini [*gongmin* 公民] della Rpc in situazioni di vecchiaia, di malattia, di invalidità al lavoro, hanno il diritto di percepire aiuti materiali dallo Stato e dalla società. Lo Stato sviluppa le assicurazioni sociali, l'assistenza sociale, l'opera sanitaria ed igienica, necessarie perché i cittadini godano di questi diritti". All'articolo 94 della costituzione del 1954, che pure ha una formulazione simile, si fa significativamente riferimento ai "lavoratori" (*laodongzhe* 劳动者), come anche nella costituzione del 1978 (art. 50). Vedi Giorgio MELIS (traduzione a cura di), *Costituzione della Repubblica Popolare Cinese*, in "Tuttocina.it", 1983, [http://www.tuttocina.it/mondo\\_cinese/043/043\\_cost.htm](http://www.tuttocina.it/mondo_cinese/043/043_cost.htm), 12/01/2011. I testi delle costituzioni sono accessibili all'indirizzo <http://61.133.211.149/jpkcxianfa/>.

<sup>10</sup> Cecilia L.W. CHAN, *The Myth of Neighbourhood Mutual Help: The Contemporary Chinese Community-based Welfare System in Guangzhou*, Hong Kong, Hong Kong University Press, 1993, p. 137.

<sup>11</sup> Christian ASPALTER, "The East Asian welfare model", *International Journal of Social Welfare*, 15 (2006), p. 290.

al fine di assicurare legittimità al potere politico e stabilità sociale.<sup>12</sup> Ian Halliday definisce i sistemi basati questi presupposti come “productivist”, definendoli così in relazione ad altri modelli di *welfare*:

[...] we get a liberal world prioritizing the market, a conservative world defined by status, a social democratic world focused on welfare, and a productivist world premised on growth [...] The two central aspects of the productivist world of welfare capitalism are a growth-oriented state and the subordination of all aspects of state policy, including social policy, to economic/industrial objectives.<sup>13</sup>

Se considerato in questi termini, il paradigma “produttivista” ben si presta a descrivere l’approccio tenuto dallo Stato cinese nel definire il proprio ruolo in termini di fornitura di servizi sociali sin dal 1949. Esso presenta, infatti, il vantaggio di evidenziare un elemento di forte continuità esistente nell’evoluzione delle politiche sociali della Cina continentale, ovvero la predominanza di considerazioni di sviluppo complessivo nell’impostare le politiche sociali. Con particolare riferimento alle politiche sanitarie, a una presa in carico formale delle necessità sanitarie della popolazione, costante dal 1949 a oggi, ha fatto riscontro l’adozione di soluzioni subordinate alle scelte di economia politica e di sviluppo del paese, con scarso riguardo per le fluttuazioni sperimentate dai singoli gruppi sociali nell’accedere ai servizi essenziali.<sup>14</sup>

Le stesse politiche sanitarie rurali di epoca maoista, basate sul ruolo giocato dalle comuni popolari, pur se sostenute da una forte componente ideologica egualitaria, furono il frutto di politiche di collettivizzazione tese a incrementare la produzione agricola, che presentavano come vantaggio “collaterale” quello di fornire la base organizzativa e finanziaria per l’erogazione di servizi sociali (sanità

---

<sup>12</sup> Christian ASPALTER, “The Welfare State in East Asia: An Ideal-Typical Welfare Regime”, *Journal of Societal & Social Policy*, 4, 1 (2005), p. 16.

<sup>13</sup> Ian HOLLIDAY, “Productivist Welfare Capitalism: Social Policy in East Asia”, *Political Studies*, 48 (2000), pp. 709.

<sup>14</sup> Circa la presa in carico formale dello Stato in termini di garanzie sanitarie, vedi Jinqing YANG, “Serve the People. Communist Ideology and Professional Ethics of Medicine in China”, *Health Care Analysis*, 18, 3 (2010), pp. 294-309.

inclusa), rafforzando così il sostegno al regime, parzialmente minato dal precedente processo di formazione delle cooperative. Scrive a proposito David Lampton:

Beside providing the organizational prerequisites for harnessing the energy of China's peasants, communes were supposed to provide the finances for extensive "free" medical and welfare activities. In late 1957 and 1958, there was a series of upward revisions in the grain quotas based on reports of a bumper harvest. Mao believed that [...] with increasing abundance there was the opportunity to stem the political alienation that he found so worrisome.<sup>15</sup>

Non costituiscono un'eccezione, in tal senso, le misure di riforma sanitaria varate dall'amministrazione Hu-Wen. Sin dal loro avvio, esse sono infatti state ispirate a una visione delle garanzie sociali in ambito sanitario come funzionali al raggiungimento di obiettivi più vasti di stabilità sociale, sviluppo economico e stabilità del regime.<sup>16</sup>

Certamente, la predominanza attribuita alla mera performance economica dopo l'avvio delle riforme, nonché l'influenza negli anni Ottanta e Novanta di un modello ispirato a politiche liberiste aventi il loro fulcro nel ruolo del mercato, resero assai più evidente la diversità (o, meglio, la contraddizione) esistente fra priorità di sviluppo e necessità sociali.<sup>17 18</sup> Alle riforme economiche e amministrative avviate negli anni Ottanta è peraltro attribuibile un secondo elemento di discontinuità, di natura politica. Un sistema amministrativo meno accentrato, nonché la possibilità di perseguire vie alternative di potere e autorità, risultarono nella parziale scomparsa del sistema definito da Avery Goldstein come "bandwagoning polity", ovvero del "salire sul carro del vincitore", in cui gli elementi del sistema governativo avevano forti incentivi a essere identificati come sostenitori delle politiche varate dai livelli di

---

<sup>15</sup> LAMPTON, *The Politics...*, cit., p. 86.

<sup>16</sup> Vedi ad es. ZHONGGONG ZHONGYANG, GUOWUYUAN 中共中央, 国务院, *Zhonggong zhongyang, guowuyuan guanyu jin yi bu jiaqiang nongcun weisheng gongzuo de jue ding, zhongfa*, 2002 nian, 13 hao 中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定, 中发 2002年 13号 (Risoluzione del Comitato Centrale e del Consiglio di Stato sull'ulteriore rafforzamento dell'opera sanitaria rurale, Centr., 2002 No.13).

<sup>17</sup> William C. HSIAO, "Marketization - The Illusory Magic Pill", *Health Economics*, 3, 1994, pp. 351-357.

<sup>18</sup> UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP), "China Human...", op. cit., p. 108; Hana BRIXI, *China. Urban Services and Governance*, UNICEF, 2009 (non pubblicato), 2009, pp. 33, 40.



governo gerarchicamente superiori, che minimizzavano i contrasti in seno al sistema di governo ricompensando la fedeltà politica.<sup>19</sup> Un sistema che fu sostituito, secondo Huang Yanzhong, da una situazione in cui autorità locali e agenti statali acquisirono la capacità di agire in maniera selettiva, evitando responsabilità sgradite e perseguendo obiettivi in linea con il proprio tornaconto personale. Un modello definito dall'autore "buckpassing polity", ovvero, dello "scaricare le responsabilità", il quale ebbe l'effetto di accrescere "the preference discrepancy between central [...] leaders [...] and local and bureaucratic officials, [...] allowing the latter to pursue in a strategic manner their departmental or personal interests at the expense of public interest".<sup>20</sup>

### 1.3 Il sistema maoista (1949-83): scarse risorse, grandi risultati<sup>21</sup>

I risultati sanitari ottenuti nei trent'anni successivi alla fondazione della Rpc furono considerevoli. Tra il 1952 e il 1982, la speranza di vita aumentò da 35 a 68 anni e la mortalità infantile sotto l'anno di età diminuì dal 250/1.000 al 40/1.000,<sup>22</sup> mentre i tassi di morbilità e mortalità associati alle malattie infettive più diffuse, quali poliomielite, difterite e morbillo furono drasticamente ridimensionati.

Nonostante la distribuzione delle risorse sanitarie rimanesse caratterizzata da pesanti disomogeneità, con un evidente squilibrio fra aree urbane e rurali, il trentennio maoista vide la costituzione di una rete essenziale di stazioni di sanità pubblica e strutture ospedaliere in tutto il paese. L'obiettivo di dotare ogni contea di un presidio ospedaliero, delineato negli anni Trenta dal governo nazionalista, fu

---

<sup>19</sup> Avery GOLDMAN, *From Bandwagon to Balance of Power Politics: Structural Constraints and Politics in China, 1949-1978*, Stanford, Stanford University Press, 1991.

<sup>20</sup> HUANG, "From Bandwagoning...", cit., p. 4.

<sup>21</sup> La datazione per indicare il sistema maoista parte dalla fondazione della Rpc (1949) all'anno di abolizione delle comuni popolari (1983). Tale scelta è fondata sul ruolo svolto dalle stesse comuni popolari, segno distintivo dell'impostazione politica ed economica definita da Mao, nel delineare le caratteristiche del sistema di finanziamento ed erogazione dei servizi di *welfare* rurale, inclusa la sanità.

<sup>22</sup> William C. HSIAO, "The Chinese Health Care System. Lessons for Other Nations", *Social Science and Medicine*, 41, 8 (1995), p. 1047

raggiunto sul finire del periodo considerato. I posti letto in ospedale, pari nel 1950 a 0,18 ogni 1.000 abitanti, nel 1980 raggiunsero i 2,32/1.000.<sup>23 24</sup>

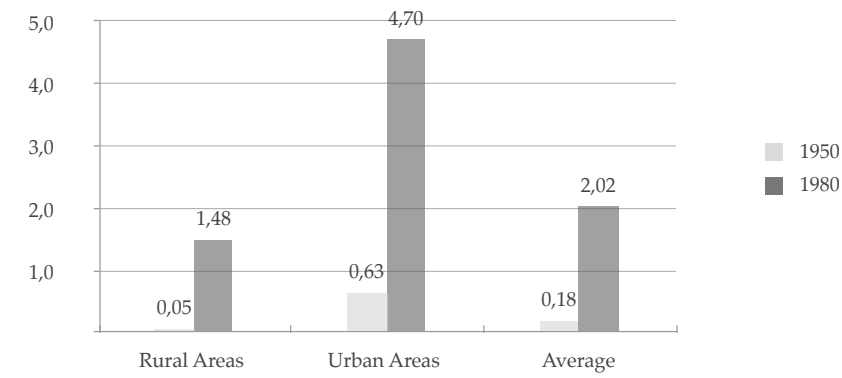
**Tabella 1.2** Indicatori di salute Rpc (1952-1982)<sup>25</sup>

|                                    | 1952      | 1982     |
|------------------------------------|-----------|----------|
| Speranza di vita (anni)            | 35        | 68       |
| Mortalità infantile <1 anno di età | 250/1.000 | 40/1.000 |

**Tabella 1.3** Variazione tassi di morbilità e mortalità, malattie infettive (1965-1979)<sup>26</sup>

|              | Variazione morbilità (%) | Variazione mortalità (%) |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
| Poliomielite | -86,0                    | -87,5                    |
| Difterite    | -87,2                    | -90,4                    |
| Morbillo     | -86,0                    | -91,4                    |

**Grafico 1.1** Posti letto in ospedale ogni mille abitanti, aree urbane e rurali (1950-1980)<sup>27</sup>



<sup>23</sup> ZHONGGUO WEISHENG NIANJIAN BANGONGSHI 中国卫生年鉴办公室, *2006 nian zhongguo weisheng nianjian* 2006年中国卫生年鉴 (Annuario della sanità cinese 2006), Beijing, Renmin Weisheng Chubanshe, 2006, p. 635.

<sup>24</sup> Molti aspetti dell'impostazione del sistema sanitario cinese nel periodo successivo al 1949 possono essere fatti risalire alla pianificazione nazionalista (1928-1949). Questa, rimasta in larga parte incompiuta a causa del conflitto sino-giapponese e della guerra civile, coinvolse numerosi esperti della Lega delle Nazioni, i quali utilizzarono in ambito rurale i risultati di sperimentazioni condotte nell'Europa orientale dopo il primo conflitto mondiale. Vedi: Ka-Che YIP, "Health and Nationalist Reconstruction: Rural Health in Nationalist China - 1928-1937", *Modern Asian Studies*, 26, 2, 1992, pp. 395-415.

<sup>25</sup> HSIAO, "The Chinese..", cit., p. 1047.

<sup>26</sup> Ofra ANSON, Shifang SUN, *Health Care in Rural China. Lessons from Hebei Province*, Aldershot, Ashgate, 2005, p. 11.

<sup>27</sup> *Ibidem*.

Tali risultati furono resi possibili da una pianificazione sanitaria fondata sulla prevenzione e un regime di finanziamento ed erogazione del servizio sanitario in grado di garantire copertura universale in termini di prestazioni sanitarie di base, fornite gratuitamente all'utenza attraverso una rete capillare di punti d'erogazione. I meccanismi di finanziamento si svilupparono in modo integrato con la struttura produttiva dell'epoca maoista, basata sull'industria statale nelle aree urbane e sulle cooperative (e, dal 1958, le comuni popolari) nelle aree rurali. L'economia collettiva (imprese statali, cooperative e comuni popolari) finanziava attraverso i propri fondi di *welfare* e apposite casse mutue i servizi di sanità di base (immunizzazione, educazione alla salute, salute materno-infantile, igiene pubblica), garantendo inoltre rimborsi parziali per trattamenti curativi. Al finanziamento da parte delle strutture produttive collettive si aggiungevano sussidi statali a copertura parziale delle spese correnti (salari per il personale, manutenzione ordinaria), la costruzione e rifacimento delle infrastrutture e l'acquisto di equipaggiamenti biomedicali dei centri sanitari e degli ospedali a livello secondario e terziario.<sup>28</sup>

La messa a regime di tale impostazione fu più rapida nelle aree urbane. Qui, infatti, si concentrarono gli sforzi di Pechino nel periodo immediatamente successivo al 1949, quando la necessità di ricostruire un tessuto industriale devastato da decenni di frammentazione territoriale, guerre e violenza si accompagnò alla decisione di adottare gli elementi fondamentali di un modello di sviluppo centrato sull'industria pesante, sulla falsariga dell'esperienza sovietica. Nel 1951 venne introdotto lo Schema Assicurativo del Lavoro (SAL) (*laobao yiliao zhidu* 劳保医疗制度), destinato ai lavoratori delle imprese statali. Il costo dei servizi erogati ai lavoratori era coperto parzialmente dalle rispettive aziende attraverso

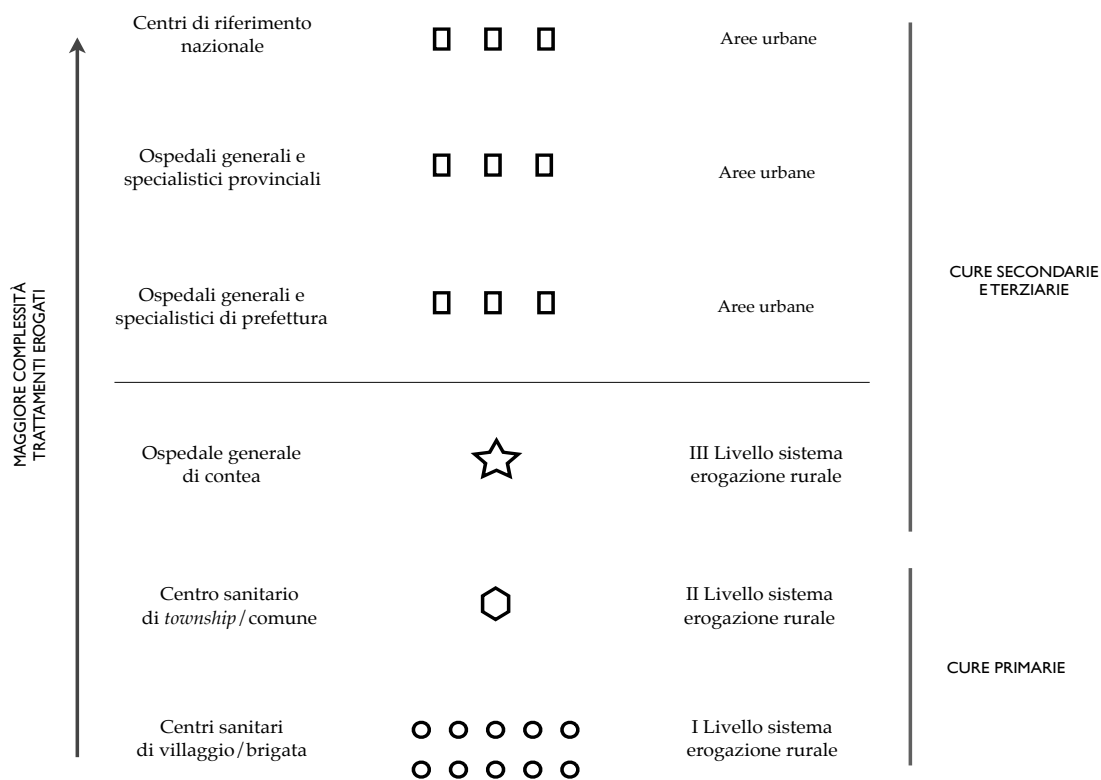
---

<sup>28</sup> Con cure secondarie e terziarie si fa riferimento all'erogazione di procedure diagnostiche e trattamenti di media ed elevata complessità, necessari per far fronte a una condizione acuta o cronica che rende opportuno, al fine di raggiungere un'appropriata diagnosi e cure efficaci, il ricorso a competenze di livello specialistico, non reperibili presso le strutture di erogazione primarie del sistema sanitario (quali costituite in numerosi Paesi occidentali dal medico di famiglia e, nella Cina rurale, dalle stazioni sanitarie di villaggio). Le strutture dove queste cure vengono erogate hanno bacini d'utenza maggiori rispetto a quelle che costituiscono il primo livello del sistema sanitario, e una frazione consistente dei servizi da queste forniti è erogato in regime di ricovero ospedaliero.

fondi assicurativi, che rimborsavano l'ospedale (in genere affiliato alle stesse aziende) delle spese sostenute per trattare i propri convenzionati. Accanto allo SAL, venne introdotto negli anni Cinquanta lo Schema Assicurativo Governativo (SAG, in cinese *gongfei yiliao zhidu* 公费医疗制度), destinato ai dipendenti governativi.

Nelle campagne, il processo di ristrutturazione fu più graduale, procedendo di pari passo alla riforma della produzione agricola. Il sistema di erogazione del servizio sanitario rurale fu organizzato su tre livelli, corrispondenti alle divisioni amministrative di contea (*xian* 县), *township* (*xiang* 乡) e villaggio (*cun* 村).<sup>29</sup>

Figura 1.1 Schema di erogazione del servizio nelle aree rurali; strutture di riferimento aree urbane<sup>30</sup>



<sup>29</sup> Con l'istituzione delle comuni popolari nel 1958, le preesistenti suddivisioni amministrative di villaggio e di township furono sostituite rispettivamente da brigata di produzione (*shengchan da dui* 生产大队) e comune popolare (*gongshe* 公社). Con l'abolizione delle comuni popolari (1983) si tornerà a impiegare, quali divisioni amministrative, il villaggio e la township. Tale cambiamento non comporterà modifiche sostanziali dal punto di vista strutturale (il sistema di erogazione continuerà a essere basato su questi tre livelli), quanto piuttosto nelle modalità di finanziamento e nella natura del servizio erogato dalle strutture di livello inferiore.

<sup>30</sup> Illustrazione dell'autore.

**Tabella 1.4** Strutture di erogazione del servizio sanitario nelle aree rurali (1958-83)<sup>31</sup>

| Denominazione (1958-1983)  |   | No. posti letto | Bacino utenza    | Servizi erogati   |
|----------------------------|---|-----------------|------------------|---|
| Italiano                   | Cinese  |                 |                  |   |
| Ospedale di contea         | <i>xianji yiyuan</i><br>县级医院                    | 100-300         | 50.000-1.000.000 | Pronto soccorso<br>Trattamenti in regime ambulatoriale e di ricovero ospedaliero      |
| Centro sanitario di comune | <i>gongshe weishengyuan</i><br>公社卫生院            | 10-20           | 10.000-20.000    | Pronto soccorso<br>Trattamento patologie minori in regime ambulatoriale<br>Ostetricia |
| Clinica di brigata         | <i>shengchan da dui weishengyuan</i><br>生产大队卫生院 | -               | >2.000           | Sanità pubblica di base<br>Trattamento patologie minori in regime ambulatoriale       |

Come già accennato poc'anzi, anche nelle aree rurali il sistema di finanziamento ed erogazione della sanità si sviluppò in maniera strettamente integrata con la dimensione produttiva. Le prime sperimentazioni di finanziamento della sanità di base attraverso risorse collettive risalgono alla metà degli anni Cinquanta, quando le cooperative agricole introdussero schemi di finanziamento locali, atti a coprire le spese di sanità di base.<sup>32</sup>

L'istituzione nel 1958 delle comuni popolari, nate dall'accorpamento in una unica entità produttiva e amministrativa delle precedenti cooperative agricole di livello superiore, costituisce un passo ulteriore nel rafforzamento della medicina cooperativa. Nel corso della "Conferenza nazionale sull'opera sanitaria rurale", tenutasi a Jishan (Shanxi) nel novembre del 1959, il Ministero della sanità rese noto un rapporto relativo alle dinamiche di sviluppo del settore sanitario dopo l'introduzione delle comuni popolari, fornendo alcune essenziali linee guida,

<sup>31</sup> Nel 1980, l'80 per cento della spesa sanitaria per trattamenti somministrati a pazienti residenti in aree rurali aveva luogo ai livelli di villaggio/brigata, comune/*township* e contea. WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Primary Health Care: The Chinese Experience*, Geneva, WHO, 1983, p. 67.

<sup>32</sup> Circa i vantaggi in termini di organizzazione, finanziamento ed erogazione del settore sanitario rurale, come percepiti dalla classe dirigente dell'epoca, si veda LAMPTON, *The Politics...*, cit., p. 86.

inoltrate l'anno successivo dal Comitato Centrale del PCC ai governi locali:

I delegati ritengono che [...] l'adozione dello schema medico sanitario collettivo [...] sia una misura adeguata. Le caratteristiche essenziali sono: 1) i membri della comune sono tenuti a pagare annualmente un determinato ammontare come tariffa sanitaria; 2) al momento del ricorso alle cure mediche, il pagamento deve essere limitato ai medicinali o alla registrazione; 3) il resto deve essere rimborsato attraverso i fondi di welfare di comune e brigata di produzione. I metodi di applicazione pratica vanno stabiliti tenendo conto delle specifiche condizioni locali.<sup>33</sup>

Nel corso degli anni Sessanta e Settanta il modello prevalente di sanità cooperativa venne caratterizzandosi come uno strumento in grado di finanziare in maniera complessiva i servizi di sanità di base, attraverso: (a) trasferimenti diretti dal fondo di *welfare* delle brigate di produzione; (b) cassa di mutuo aiuto di brigata o comune (Schema medico cooperativo, Smc).<sup>34</sup> I fondi afferenti alla prima voce venivano utilizzati per finanziare le spese correnti dei centri sanitari di brigata, incluso il salario dei paramedici ivi operanti. La seconda voce era costituita dai premi versati dai singoli utenti convenzionati e dalla rispettiva allocazione al fondo di mutuo aiuto da parte dello stesso fondo di *welfare*, secondo un principio di contribuzione pro-capite.<sup>35</sup> Paola Manacorda, che nel 1978 visitò alcune province della Cina settentrionale, in merito alle contribuzioni collettive e private alle casse di mutuo aiuto (Smc) riporta cifre rispettivamente attorno a 1 e 0,5-1 RMB<sup>36</sup> pro capite.<sup>37</sup> In uno studio pubblicato nel 2004, Liu Xingzhu e Yi Yunni hanno quantificato fra l'1

---

<sup>33</sup> ZHONGGONG ZHONGYANG 中共中央, *Zhonggong zhongyang guanyu quanguo nongcun weisheng gongzuo shanxi jishan xianchang huiyi qingkuang de baogao, zhongfa 1960, 70 hao* 中共中央关于全国农村卫生工作山西稷山现场会议情况的报告, 中发 1960年 70号 (Rapporto del Comitato Centrale del PCC sulla conferenza nazionale di Jishan-Shanxi sullo stato attuale dell'opera sanitaria rurale, Centr. 1965, No. 70).

<sup>34</sup> La dizione cinese di Schema medico cooperativo è: *nongcun hezuo yiliao zhidu* 农村合作医疗制度.

<sup>35</sup> Il versamento dei premi individuali avveniva dopo la stagione del raccolto, in denaro o, laddove più appropriato, in natura, sovente attraverso la consegna alle autorità sanitarie locali di una quantità di erbe medicinali di valore corrispondente alla quota di contribuzione individuale.

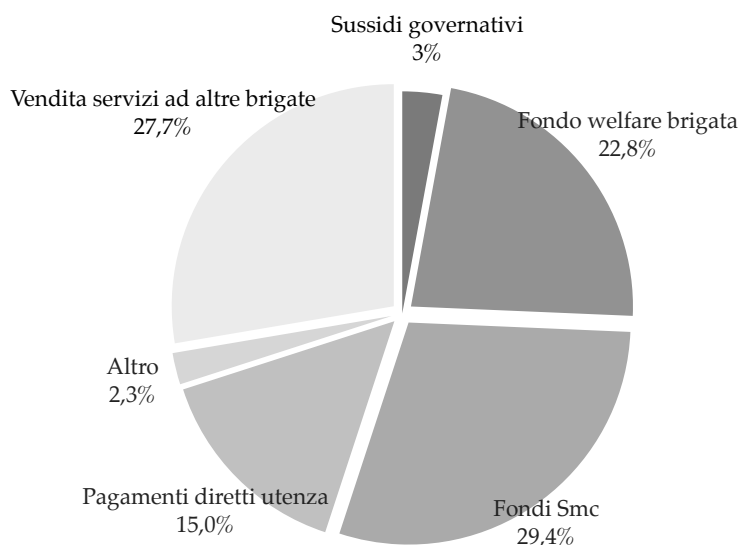
<sup>36</sup> RMB è acronimo di *Renminbi* (人民币), la valuta cinese. Al 27/01/2012, 1 RMB equivaleva a 0,12 Euro.

<sup>37</sup> Paola MANACORDA, "La sanità", *Vento dell'Est*, 51/52 (1978), p. 92.

per cento e il 4 per cento del reddito contadino medio l'ammontare totale dei singoli fondi Smc, pari a 1-5 RMB sul finire degli anni Settanta.

La cassa Smc veniva utilizzata generalmente per erogare rimborsi parziali delle spese mediche in cui gli utenti convenzionati incorrevano presso le strutture di brigata e comune, nonché, in alcuni casi, per complementare i trasferimenti diretti dai fondi di *welfare*, atti come visto a coprire le spese correnti delle strutture sanitarie di brigata. Le casse sanitarie cooperative, la cui gestione era affidata ad appositi comitati istituiti a livello di brigata di produzione o comune, non erano sostenute dalle amministrazioni locali (contea) e provinciali, né dal governo centrale.<sup>38</sup> Dati concreti, relativi alle fonti di finanziamento delle strutture di erogazione del servizio a livello di brigata e comune, possono fornire un'idea precisa delle modalità di finanziamento a livello locale (vedi Figura 1.2 e 1.3).

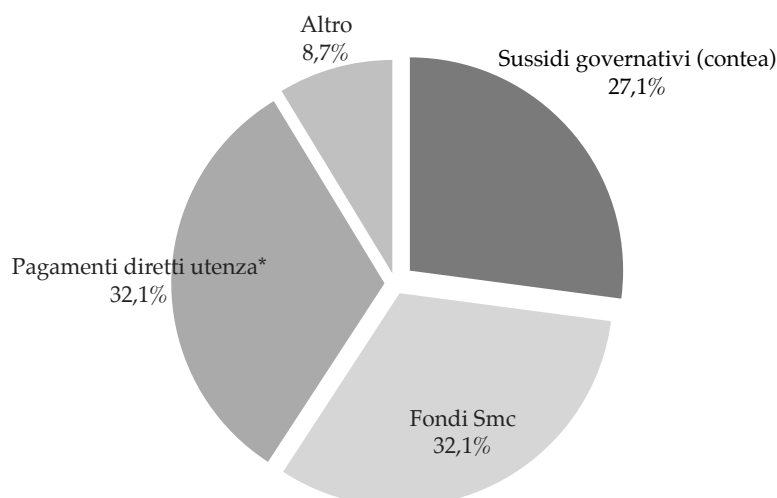
**Figura 1.2** Fonti di finanziamento del centro sanitario di brigata Xiao Han (Comune Xu Jia), 1981<sup>39</sup>



<sup>38</sup> Cfr. ZHONGGONG ZHONGYANG, *Zhonggong zhongyang pizhun weisheng bu dangwei guanyu ba weisheng gongzuo zhongdian fangdao nongcun de baogao, zhongfa 1965 nian, 580 hao* 中共中央批准卫生部党委关于把卫生工作重点放到农村的报告, 中发 1965, 580 号 (Approvazione Comitato centrale del Pcc del rapporto del comitato di partito del Ministero della sanità sulla priorità da accordare all'ambito sanitario rurale, Centr. 1965, No. 580).

<sup>39</sup> Elaborazione dell'autore, basata sui dati inclusi in WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Primary Health...*, cit., p. 62.

**Figura 1.3** Fonti di finanziamento del centro sanitario di comune Xu Jia, 1981<sup>40</sup>



\* Con "Pagamenti diretti utenza", si fa riferimento alla parte di spesa sostenuta direttamente dai pazienti e non rimborsabile dallo Smc. Il calcolo della quota coperta dai rimborsi Smc è stata svolta dall'autore sulla base del piano assicurativo in uso presso la comune Xu Jia nel 1981, il quale prevedeva il 50 per cento di rimborso per i servizi erogati a utenti convenzionati. Si tratta dunque di una cifra indicativa.

Fermo restando tale quadro generale, il pacchetto di servizi assicurato agli utenti convenzionati poteva variare considerevolmente da area ad area. Liu Xingzhu e Yi Yunni ne distinguono cinque diverse tipologie: (1) visita gratuita presso l'ambulatorio di brigata; (2) medicinali gratuiti presso l'ambulatorio di brigata; (3) medicinali a prezzo ridotto presso l'ambulatorio di brigata; (4) rimborso delle spese di registrazione sostenute presso la clinica di comune per visite riferite dagli operatori di brigata (medici scalzi); (5) rimborso delle spese ospedaliere sostenute presso la clinica di comune per trattamenti prescritti dagli operatori di brigata.<sup>41</sup>

Il pacchetto dei benefici garantito agli utenti veniva definito in ogni comune o brigata di produzione da una differente combinazione delle tipologie sopra elencate, in base a necessità e risorse finanziarie. Tuttavia, buona parte delle fonti consultate sono concordi nel definire i benefici (1) e (2) come reciprocamente esclusivi. In altre

<sup>40</sup> Elaborazione dell'autore, basata sui dati inclusi in WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Primary Health...*, cit., p. 62.

<sup>41</sup> Xingzhu LIU, Yunni Yi, "The Health Sector in China: Policy and Institutional Review", in "World Bank", 2004, [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2006/01/27/000160016\\_20060127165524/Rendered/PDF/345250CHA0poli1tutionalreview1final.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2006/01/27/000160016_20060127165524/Rendered/PDF/345250CHA0poli1tutionalreview1final.pdf), 07/01/2012, p. 8.



parole, dove era previsto che il paziente dovesse pagare una piccola somma (generalmente compresa fra 0,05 e 0,10 RMB) per ogni visita condotta presso l'ambulatorio di brigata, i medicinali prescritti erano forniti gratuitamente. Al contrario, laddove tale tariffa di registrazione non fosse prevista, i medicinali erano fatti pagare agli utenti, seppure a un prezzo convenzionato. V'era inoltre un certo grado di flessibilità all'amministrazione quotidiana dei fondi Smc, in specie per trattamenti costosi. Così David Lampton, nel riportare parte di un articolo pubblicato nel dicembre 1968 sul Quotidiano del Popolo:

Medical expenses in excess of 100 yuan<sup>42</sup> are to be covered by individual patients through consultations with the production teams and on the basis of the financial conditions of the patients concerned. In such cases, the excess portions may either be reduced or exempted after they are discussed by poor and lower-middle peasants.<sup>43</sup>

I casi più complessi venivano riferiti all'ospedale di contea, vertice del sistema di erogazione del servizio nelle aree rurali. Laddove fosse previsto il rimborso di servizi ospedalieri, gli utenti convenzionati godevano generalmente di un rimborso, pari al 50 per cento delle spese sostenute, erogato dai fondi Smc. Bisogna peraltro notare che le spese correnti degli ospedali di contea erano pesantemente sovvenzionate dallo Stato, per un valore attorno al 50 per cento del bilancio complessivo di questi ospedali.<sup>44</sup>

Accanto all'importanza attribuita alle fonti di finanziamento locale, un altro elemento distintivo della sanità di epoca maoista fu la graduale introduzione dei medici scalzi, un corpo di paramedici dotati di un addestramento essenziale,<sup>45</sup> reclutato presso le comunità di appartenenza, il quale fornì (in specie dalla seconda

---

<sup>42</sup> Con "yuan" si fa riferimento alla valuta cinese, il RMB.

<sup>43</sup> LAMPTON, *The Politics...*, cit., p. 232.

<sup>44</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Primary Health...*, cit., p.60, 66.

<sup>45</sup> L'addestramento dei medici scalzi si svolgeva negli ospedali di contea e veniva finanziato a spese dello Stato. La sua durata variava dai tre ai sei mesi, con aggiornamenti a cadenza annuale della durata di due/quattro settimane. L'addestramento impartito era di carattere pratico, incentrato su prevenzione e immunizzazione (Tbc, polio, peste, colera, tetano, ecc.), educazione alla salute, medicina tradizionale cinese (terapie manuali, agopuntura, erbe medicinali), pianificazione familiare, trattamento di ferite e

metà degli anni Sessanta) le risorse umane necessarie al funzionamento della sanità cooperativa. I medici scalzi operavano a livello di brigata di produzione e accanto alla professione medica continuavano a dedicarsi al lavoro nei campi. I salari erano pagati attraverso i fondi medici cooperativi sulla base del conteggio dei punti lavoro, e non si discostavano dal reddito medio contadino. Il numero dei medici scalzi, che nel 1967 non arrivava a 100 mila, raggiunse un decennio più tardi gli 1,8 milioni.<sup>46</sup> I medici scalzi furono peraltro essenziali nel coordinare le campagne di massa. Tali pratiche di mobilitazione, caratteristiche del periodo considerato, prevedevano il coinvolgimento delle singole comunità per il raggiungimento di obiettivi di sanità pubblica, in genere consistenti nel miglioramento delle condizioni igienico sanitarie o nella lotta ad agenti infettivi.<sup>47</sup>

#### 1.4 Gli anni delle politiche di riforma e apertura (1983-2002): da paziente a cliente

Nel giugno 1982, la contea di Yexian, nella provincia dello Shandong, ospitava il “Seminario interregionale sulla sanità di base” (*chujǐ weisheng baojian qujian taolunhui*). Funzionari provenienti da una dozzina di paesi in via di

---

malattie comuni (influenza, polmonite, malattie dell’apparato respiratorio, malattie infettive, ecc.), con particolare attenzione alle patologie più diffuse e al primo soccorso. L’adozione dei medici scalzi fu dettata dalla necessità di far fronte alle grandi esigenze della sanità rurale con risorse limitate. Il modello di addestramento basato su un breve corso iniziale e un aggiornamento continuo delle competenze acquisite permise di accumulare gradualmente le risorse professionali necessarie alla sanità rurale, con un investimento iniziale limitato. Precedenti storici all’adozione dei medici scalzi possono essere rintracciati nell’Europa orientale degli anni Trenta, in specie in Jugoslavia. Ai medici scalzi si affiancarono, negli anni della Rivoluzione Culturale (1966-1976), professionisti provenienti dalle aree urbane. Nel 1978 circa 100 mila medici di città erano stati trasferiti in campagna, operando prevalentemente negli ospedali di distretto e di comune. Vedi in merito AnElissa LUCAS, “Changing Medical Models in China: Organisational Options or Obstacles?”, *The China Quarterly*, 83 (1980).

<sup>46</sup> LUCAS, *Changing Medical...*, cit., p. 484.

<sup>47</sup> L’esempio più conosciuto di campagna di mobilitazione di massa in ambito sanitario riguarda la lotta alla schistosomiasi. Detta anche bilharziosi, la schistosomiasi è causata da parassiti, detti schistosomi, che infestano molluschi gasteropodi di acqua dolce. Dopo aver proliferato nel mollusco, lo schistosoma si libera nelle acque circostanti, infettando l’uomo per semplice contatto, diffondendosi poi nell’organismo attraverso il sistema venoso. La malattia, che può decorrere per un lungo periodo in maniera asintomatica, se non trattata può portare nei casi più gravi alla morte.

sviluppo<sup>48</sup> venivano invitati ad apprendere da quella che l'allora direttore Unicef, nel suo discorso di apertura del seminario, definiva "outstanding example [...] of primary health care".<sup>49</sup> In virtù della capacità di garantire accesso universale ai servizi essenziali di sanità pubblica e di base attraverso l'utilizzo di risorse locali, il sistema sanitario cinese veniva infatti in questa fase considerato un modello da seguire per i paesi in via di sviluppo. La Cina era l'esempio concreto della messa in pratica del modello di sanità di base definito nel corso della conferenza di Alma Ata sull'assistenza sanitaria di base, nel 1978:

Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.<sup>50</sup>

È paradossale notare come, proprio nel momento in cui veniva celebrato il successo della Cina nel garantire una sanità essenziale alla sua popolazione, grandi trasformazioni nella politica economica del Paese fossero in procinto di provocare la sostanziale crisi del modello di sanità dell'epoca maoista. La priorità attribuita alla miglioramento delle performance economica del paese con l'avvio dalle riforme di Deng Xiaoping, avrebbe infatti di lì a poco provocato il collasso del sistema sanitario. Mentre delegati di Oms, Unicef e delle varie delegazioni nazionali partecipavano ai lavori di Yexian, verificando la possibilità di impiegare in altri

<sup>48</sup> Erano presenti al seminario delegazioni nazionali di Gambia, Tanzania, Zimbabwe, Barbados, Maldive, Nepal, Thailandia, Jugoslavia, Pakistan, Sudan, Filippine, Vanuatu, Jamaica, Yemen, oltre a rappresentanti del Ministero della sanità cinese e quelli di Organizzazione mondiale della sanità, Unicef e Banca mondiale.

<sup>49</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Primary Health...*, cit., p. 11.

<sup>50</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), "Alma-Ata 1978 Primary Health Care", *Health for all Series*, 1 (1978), p. 1.

contesti la lezione appresa dai colleghi cinesi, nelle campagne del Paese era già in pieno corso la transizione dal sistema produttivo basato sulle comuni popolari al sistema di responsabilità familiare, ovvero la possibilità lasciata alle famiglie di coltivare in autonomia singoli appezzamenti di terra, ponendo dunque fine a una gestione comunitaria in grado di redistribuire a livello locale i proventi della vendita dei prodotti agricoli, destinandone una parte sostanziale alle funzioni di welfare.<sup>51</sup> Quando, nel 1983, una circolare del Comitato Centrale sancì ufficialmente la fine delle comuni popolari, di fatto ponendo fine alla gestione collettiva della produzione rurale e restituendo alle *township* le mansioni amministrative che dal 1958 erano state svolte dalla comune, il collasso del sistema sanitario di epoca maoista fu repentino.<sup>52</sup>

A essere messo in crisi fu innanzitutto il sistema di finanziamento della sanità, sino a quel momento basato sulle contribuzioni dei fondi di welfare collettivi e sui trasferimenti statali. Se nel 1978 la quota di popolazione assicurata nelle campagne era del 90 per cento, nel 1985 essa si attestava attorno al 5 per cento.<sup>53</sup> <sup>54</sup> Al declino della copertura assicurativa si accompagnò una drastica riduzione del

---

<sup>51</sup> Shalid Javed Burki, in uno studio condotto a metà anni Sessanta, riporta i dati seguenti circa l'utilizzazione del reddito complessivo delle comuni: (1) tassa agricola 7 per cento; (2) fondo di riserva 10 per cento; (3) fondo di welfare 3 per cento; (4) costi di produzione 25 per cento; (5) reddito distribuito (reddito contadino netto) 55 per cento. Vedi Shalid Javed BURKI, *A study of Chinese Communes 1965*, Cambridge (MA), Harvard University Press, 1969, p. 20.

<sup>52</sup> Vedi ZHONGGONG ZHONGYANG, GUOWUYUAN 中共中央国务院, *Zhonggong Zhongyang, Guowuyuan guanyu shixing zheng she fenkai jianli xiang zhengfu de tongzhi, zhogfa 1983 nian, 35 hao* 中共中央、国务院, 关于实行政社分开建立乡政府的通知, 中发 1983年 35 号 (Circolare del Comitato Centrale del Pcc e del Consiglio di Stato sulla costituzione dei governi di township per realizzare la separazione fra organi amministrativi e strutture collettive).

<sup>53</sup> Winnie YIP, William C. HSIAO, "The Chinese Health System at a Crossroad", *Health Affairs*, 27, 2 (2008), p. 461.

<sup>54</sup> Il tasso di copertura assicurativa scese anche nelle aree urbane, in seguito alla ristrutturazione del settore industriale, pure se in maniera più graduale. Nel 1998, gli assicurati costituivano il 56 per cento della popolazione, contro il 73 per cento di cinque anni prima. WEISHENG BU TONGJI XINXI ZHONGXIN 卫生部统计信息中心, *1998 nian di'er ci guojia weisheng fuwu diaocha fenxi baogao* 1998 年第二次国家卫生服务调查报告 (Rapporto sulla seconda indagine sul servizio sanitario nazionale, 1998), in "MoH", 1998, <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohwsbwstjxxzx/s8560/201009/49160.htm>, 10/05/2011, p. 23.

finanziamento alle spese correnti delle strutture sanitarie ad ogni livello, causate tanto dalla crisi della medicina cooperativa a livello di villaggio e *township*, quanto dalla riduzione dei trasferimenti statali agli ospedali di livello superiore, segnatamente quelli di contea. I medici scalzi, non più retribuiti attraverso le contribuzioni dei fondi collettivi, presero a erogare servizi a pagamento, trascurando al contempo le attività di sanità preventiva e di base, poco remunerative, per dedicarsi alla più redditizia somministrazione di trattamenti curativi, in genere prescrizione di farmaci.<sup>55</sup> Nel caso del settore ospedaliero, il finanziamento delle spese correnti (salari del personale, manutenzione delle infrastrutture e degli equipaggiamenti biomedicali) passò dal 50 per cento del bilancio medio di un ospedale di contea al 5-10 per cento in pochi anni.<sup>56</sup>

La diminuzione dei finanziamenti pubblici, sia nelle forme di fondi di mutuo soccorso a livello di comunità, quanto in termini di trasferimenti statali, si accompagnò a una maggiore rilevanza di forme di partecipazione alla spesa da parte dell'utenza (ovvero pagamenti diretti, cui nelle fonti in lingua inglese si fa riferimento con il termine di *user fees*). A causa della pressoché inesistente copertura assicurativa, queste ricaddero interamente su di un'utenza in larghissima misura priva di copertura assicurativa e dunque costretta a pagare di tasca propria i servizi erogati dalle strutture sanitarie pubbliche. La tendenza verso un disimpegno dello Stato fu sancita nel 1985, quando gli ospedali si videro attribuire una sostanziale autonomia finanziaria, ovvero la libertà di gestire autonomamente i surplus di bilancio eventualmente generati attraverso la vendita del servizio, venendo altresì tenuti a farsi carico di eventuali deficit.<sup>57</sup> Tale disimpegno, peraltro, non comportò una privatizzazione *tout-court* del sistema, quanto piuttosto una privatizzazione di fatto: le strutture sanitarie, infatti, rimasero in larghissima misura di proprietà

---

<sup>55</sup> Willy DE GEYNDT, Xiyao ZHAO, Shunli LIU, "From Barefoot Doctor to Village Doctor in Rural China", *World Bank Technical Paper Asia - Technical Department Series*, 187 (1992), p. 6.

<sup>56</sup> Qiang SUN *et al.*, "Pharmaceutical Policy In China", *Health Affairs*, 27, 4 (2008), p. 1046; WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Primary Health...*, cit., pp. 66-67.

<sup>57</sup> Qingyue MENG, *Health Care Pricing and Payment Reforms in China: The Implications for Health Service Delivery and Cost Containment*, Stockholm, Karolinska University Press, p. 17.

pubblica (oltre il 90 per cento), e soltanto a livello di villaggio la pratica privata fu incoraggiata. Nel 1998, oltre il 40 per cento delle cliniche di villaggio (ovvero le vecchie cliniche di brigata) erano strutture a tutti gli effetti private, seppure ancora oggetto di supervisione da parte delle autorità e strutture sanitarie di livello superiore.<sup>58</sup>

Il disimpegno governativo dal settore sanitario negli anni Ottanta e Novanta fu il frutto della priorità attribuita allo sviluppo dell'economia, avente come corollario fondamentale la convinzione della sostanziale improduttività degli investimenti nei settori sociali, in specie quello sanitario. Una visione dello sviluppo magistralmente interpretata sul finire degli anni Novanta dall'ex primo ministro Zhu Rongji,<sup>59</sup> il quale, a chi proponeva di utilizzare parte dei proventi della tassa sul tabacco per finanziare la sanità, rispondeva entusiasta: "That's great—we can raise so much revenue from increasing the cigarette tax. That will help a great deal with our Three Gorges Dam Project!"<sup>60</sup>

La predominanza attribuita a considerazioni di carattere economico, nonché la relativa debolezza delle istituzioni governative preposte alla tutela della salute, è evidente nell'opposizione da parte del Ministero dell'agricoltura a tentativi, promossi dal Ministero della sanità a cavallo fra anni Ottanta e Novanta, di reintrodurre forme essenziali di tutela della salute pubblica sotto forma di schemi di mutuo aiuto finanziati attraverso contribuzioni volontarie da parte delle famiglie residenti in aree rurali. Un'opposizione, quella dei funzionari del ministero dell'agricoltura, che si spingerà sino a portarli a definire tali contribuzioni quali "forme di tassazione illegale".<sup>61</sup>

---

<sup>58</sup> Yuanli LIU *et al.*, "Health Care in China. The Role of Non-Government Providers", *Health Policy*, 77, 2 (2006), p. 214.

<sup>59</sup> Primo ministro dal 1998 al 2002. Zhu fu, sul finire degli anni Novanta, fra i principali artefici della riforma delle imprese pubbliche di Stato (SOEs, State Owned Enterprises).

<sup>60</sup> Yuanli LIU, Keqing RAO, "Providing Health Insurance in Rural China. From Research to Policy", *Journal of Health Policy and Law*, 31, 1 (2006), p. 83.

<sup>61</sup> Hufeng WANG, "Rural Healthcare System in China (1949-2010). An Institutional Perspective", 2010 (non pubblicato), p. 10.

A livello locale, la situazione veniva complicata da un malinteso senso del ruolo dello Stato. Un esempio eloquente è costituito dai provvedimenti con cui le autorità sanitarie della provincia dello Henan fornirono negli anni Novanta cornice legale e supporto tecnico-logistico alla raccolta del sangue a pagamento tramite stazioni operanti nelle campagne. Provvedimenti ritenuti dal direttore del Dipartimento sanitario dello Henan, Liu Quanxi, legittimi in quanto basati sull'imperativo della crescita economica, e che saranno causa dell'epidemia di AIDS venuta alla luce in quella provincia nel 2000. Nel corso di una riunione a porte chiuse del dipartimento sanitario provinciale, lo stesso Liu così illustrava la *ratio* del supporto pubblico alla raccolta del sangue e alla successiva commercializzazione del plasma:

Dobbiamo concentrarci sullo sviluppo del settore dei servizi per impiantare molte stazioni di raccolta del sangue. Ci sono vari milioni di persone nello Henan che sono disposte a vendere il loro sangue. Essi possono farlo, una o due volte all'anno. E noi possiamo raccogliere quel sangue e rivenderlo a ditte di prodotti biologici creando un prodotto del valore di centinaia di milioni di *yuan*, il che sarà anche d'aiuto ai contadini per uscire dalla povertà. Perché non unire ora le nostre menti e ragionare su questa nuova linea di pensiero? Un ufficiale [*sic!*] deve fare qualcosa per aiutare il popolo, ed io credo che l'organizzazione della raccolta del sangue sia il modo giusto per farlo. Noi dobbiamo lavorare duramente su questo, e portare capitali esteri nella nostra provincia. La Cina non ha HIV ed il suo sangue è molto pulito, così i forestieri lo vorranno certamente comprare. Dobbiamo raccogliere i capitali iniziali e mobilitare la società per organizzare la raccolta del sangue. Dobbiamo mettere in gioco i vantaggi della provincia dello Henan e spingere per la riforma del suo sistema sanitario!<sup>62</sup>

Negli anni Ottanta e Novanta, le trasformazioni strutturali della sanità cinese non erano un caso isolato. Anche altrove, infatti, la visione del servizio sanitario e, in particolare, del ruolo giocato dallo Stato nel garantire la salute dei propri cittadini, andava scivolando verso una crescente privatizzazione delle fonti di finanziamento e delle strutture di erogazione dei servizi.<sup>63</sup> Gli anni Ottanta videro una crescente

---

<sup>62</sup> Michel RAFFA, "Aids in Cina: il grande pericolo", *Mondo Cinese* (MC), 114 (2003), [http://www.tuttocina.it/Mondo\\_cinese/114/114\\_raff.htm](http://www.tuttocina.it/Mondo_cinese/114/114_raff.htm), 29/12/2011.

<sup>63</sup> La breve trattazione qui proposta deve molto al lavoro del dott. Gavino Maciocco, pubblicato in Gavino

diffusione della dottrina del neoliberismo in merito alla fornitura di servizi sociali, la cui applicazione fu sostenuta dalle istituzioni finanziarie internazionali, in specie la Banca mondiale. I puntelli di tale dottrina erano la fiducia nella sostanziale superiorità della sfera privata su quella pubblica, la convinzione in una fisiologica incapacità dello Stato di fornire servizi in maniera efficace e con alti standard di qualità. Un approccio reso limpido dalla retorica politica dei suoi due principali apologeti, Margaret Thatcher e Ronald Reagan, ispirata ai motti “la società non esiste, esiste solo l’individuo” (Thatcher)<sup>64</sup> e “il governo non è una soluzione al nostro problema, il governo è il problema”(Reagan).<sup>65</sup> Una filosofia così riassunta dal sociologo David Coburn:

If everyone is legitimately seeking their own economic self-interest, as neo-liberalism implies, then there is reason for widespread suspicion of the motives and intentions of others rather than “trust”. There might be an increasing emphasis on self-aggrandizement at the expense of collective goals, an increasing contempt for public institutions and a lack of support for those organizations through which collective notions are expressed, maintained, or reproduced. [ . . . ] The political rise of neo-liberalism is freighted with a more individualistic view of society and, perhaps, itself reflects a decline in the notion of “we are all in the same boat”. Not only do neo-liberal policies undermine the social infrastructure underlying social cohesion but neo-liberal movements themselves are partial causes of the decline of a sense of social cohesion.<sup>66</sup>

Tale approccio si tradusse nell’elaborazione ad opera delle istituzioni finanziarie internazionali di linee guida per la riforma dei sistemi sanitari, tese a promuovere la privatizzazione delle strutture di erogazione del servizio e la crescita del finanziamento privato (attraverso il pagamento diretto delle prestazioni da parte

---

MACIOCCO, “La salute come merce: da Alma Ata all’epidemia globale delle riforme sanitarie”, in Eduardo MISSONI (a cura di), *Osservatorio italiano sulla salute globale - Rapporto 2004*, Feltrinelli 2004, pp. 98-108; e Gavino MACIOCCO, “Evoluzione storica del diritto alla salute”, in *Centenario della istituzione degli Ordini Dei Medici*, Roma, Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, 2010, pp. 37-63.

<sup>64</sup> HOBBSAWM, *Il Secolo...*, cit., p. 396.

<sup>65</sup> Cfr. <http://www.youtube.com/watch?v=6ixNPplo-SU>, 16/01/2012.

<sup>66</sup> David COBURN, “Income Inequality, Social Cohesion and Health Status of Populations: The Role of Neo-liberalism”, *Social Science & Medicine*, 51 (2000), p. 142.



degli utenti) in sanità.<sup>67</sup> La logica di tale approccio viene chiaramente indicata in un documento redatto dalla Banca mondiale nel 1986, teso a offrire una *vademecum* per la riforma dei sistemi sanitari in paesi in via di sviluppo:

Some countries had user fees for decades, and some others, particularly in Africa, are now beginning to introduce them. But the more common approach to health care provision in developing countries has been to treat health care as a right of the citizenry and to attempt to provide free services to everyone. This approach does not usually work.<sup>68</sup>

Il documento continua, proponendo un pacchetto di misure le cui caratteristiche fondamentali sono costituite dai seguenti punti: (a) introduzione di forme di partecipazione alla spesa da parte dell'utenza, ovvero *user fees*, paramenti diretti da parte dell'utenza; (b) incoraggiamento allo sviluppo di un settore assicurativo competitivo, dando spazio rilevante all'impresa privata; (c) decentramento delle funzioni di pianificazione e finanziamento del servizio sanitario.<sup>69</sup>

Politiche ispirate a questo approccio furono adottate in maniera estesa, soprattutto nei paesi con un consistente debito pubblico, dove l'adozione del pacchetto di riforme proposto dalla Banca mondiale fu posta quale condizione *sine qua non* dei programmi di aggiustamento strutturale, nonché in quei contesti (come la Cina) dove la classe politica aveva deciso di attribuire priorità allo sviluppo dell'economia, con scarsa considerazione alle ricadute sociali. In larga parte dei paesi dove furono applicate, tali misure provocarono pesanti conseguenze negative in termini di morbilità non trattata, ridotto accesso alle cure, utilizzo irrazionale di medicinali e impoverimento a causa di spese mediche sostenute.<sup>70</sup> Come scrive William Hsiao in un articolo dedicato all'analisi degli effetti dell'introduzione di

---

<sup>67</sup> Margaret WHITEHEAD, Göran DAHLGREN, Timothy EVANS, "Equity and Health Sector Reforms. Can Low-Income Countries Escape the Medical Poverty Trap?", *The Lancet*, 358 (2001), p. 833- 833

<sup>68</sup> WORLD BANK, *Financing Health Services in Developing Countries, An Agenda for Reforms*, Washington D.C., WB, 1986, p.4.

<sup>69</sup> WORLD BANK, *Financing Health...*, cit., pp. 4-8.

<sup>70</sup> WHITEHEAD *et al.*, "Equity and...", cit., pp. 833-4.

meccanismi di mercato in ambito sanitario a Singapore, nella Corea del Sud, in Cile e nelle Filippine:

Experience shows that economic incentives are potent forces driving organisational and individual behaviours. For example, the insurance companies select good risks to maximize profit and physicians practice price discrimination to increase revenue. However, the question is: toward what end do market forces work? Do they work as the theory postulates, that consumer choice and competition yield a more efficient system of financing and provision of health services than government action? Evidence from the four market-based systems described clearly shows market forces have neither improved their systems' overall efficiency nor contained cost inflation.<sup>71</sup>

La Cina, con cui peraltro la Banca mondiale avviava nel 1982 un programma di cooperazione sanitaria,<sup>72</sup> non fece eccezione. Scarsa copertura assicurativa, incentivi alla somministrazione di prestazioni non necessarie e scarsa attenzione alla sanità preventiva causano crescenti difficoltà di accesso ai servizi (*kan bing gui*、*kan bing nan* 看病贵、看病难 “curarsi è costoso e difficile”) e diffuso impoverimento a causa delle spese mediche sostenute, mentre si diffusero malattie infettive virtualmente eradiccate (schistosomiasi), tenute precedentemente sotto controllo (tubercolosi, epatite) o fino ad allora sconosciute (HIV/Aids).

Secondo stime ufficiali, nel 1993 oltre il 36 per cento della popolazione rurale non aveva accesso a trattamenti ospedalieri in caso di necessità (in larga misura a causa della mancanza di denaro),<sup>73</sup> mentre nel 1998 le spese sanitarie erano causa del 45 per cento dei casi di impoverimento nelle campagne.<sup>74</sup> Secondo dati raccolti dall'Accademia cinese di medicina preventiva e dall'Istituto superiore di sanità, nel 1999-2000 nelle città di Pechino e Lhasa la quota di popolazione senza accesso ai

<sup>71</sup> William C. HSIAO, “Marketization - The...”, cit., p. 355.

<sup>72</sup> Gestita dall'Ufficio credito stranieri del Ministero della sanità (*weisheng bu wai daikuan bangongshi* 卫生部外贷款办公室), la cooperazione è tuttora attiva. Vedi <http://cps.moh.gov.cn/flo/e/view?id=84>.

<sup>73</sup> WEISHENG BU TONGJI XINXI ZHONGXIN 卫生部统计信息中心, 1993 *nian di yi ci guojia weisheng fuwu diaocha fenxi baogao* 1993年第一次国家卫生服务调查分析报告 (Rapporto sulla prima indagine sul servizio sanitario nazionale, 1993), in “MoH”, 1993, <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohwsbwstjxxzx/s8560/201009/49159.htm>, 30 /08/ 2011, p.66.

<sup>74</sup> Yuanli LIU, Keqin RAO, William C. HSIAO, “Medical Expenditure and Rural Impoverishment in China”, *Journal of Health, Population and Nutrition*, 21, 3 (2003), p. 219.

servizi di pronto soccorso in caso di emergenza oscillava fra il 13 per cento e il 26 per cento.<sup>75</sup>

La ricomparsa della schistosomiasi fu presto individuata fra i simboli della crisi del sistema sanitario. Oggetto negli anni Cinquanta e Sessanta di una efficace campagna di sanità pubblica, fortemente caratterizzata da connotazioni ideologiche e modalità di mobilitazione della popolazione tipicamente maoiste, la presenza della schistosomiasi veniva riportata nel 2003 in un numero crescente di contee (specialmente nella valle dello Yangzte, habitat ideale per il parassita veicolo della malattia), con circa 850 mila malati notificati.<sup>76</sup> L'epidemia di HIV/Aids, causata in larga misura dalle pratiche scorrette (mancanza assoluta di sterilità) di raccolta del sangue, si diffonde rapidamente negli anni Novanta nelle campagne della Cina centrale: nella prefettura di Fuyuan (provincia dello Anhui) nel 1996, la prevalenza di HIV tra i contadini che hanno venduto il sangue è del 12,5 per cento.<sup>77</sup> Nella già menzionata provincia dello Henan la situazione è peggiore: nel 1997 nel villaggio di Houyang si contavano già 160 morti e oltre 100 malati di Aids su 4.500 abitanti; secondo esami condotti nello stesso villaggio su 54 contadini venditori di sangue, 49 di loro avevano contratto l'HIV.<sup>78</sup>

Le difficoltà di accesso ai servizi sanitari e il peggioramento di alcuni indicatori sanitari andarono a inserirsi in un quadro di crescente iniquità sociale, come peraltro sottolineato dallo stesso Ministero della sanità in periodici rapporti circa lo stato di salute del sistema sanitario cinese, destinati a rimanere largamente inascoltati. Così recitano le conclusioni del Rapporto sul servizio sanitario nazionale

---

<sup>75</sup> CHINESE ACADEMY OF PREVENTIVE MEDICINE, ITALIAN NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH (CAPM-NHI), *Emergency Care Services and Willingness to Pay in Three Areas of China: Results of a Survey Carried on in Lhasa, Jagedaqi and in the Dongcheng District of Beijing*, 2000 (non pubblicato), pp. 19-20.

<sup>76</sup> Xiaonong ZHOU *et al.*, "The Current Status of Schistosomiasis Epidemics in China", *National Institute of Parasitic Diseases*, 25, 7 (2004), p. 555.

<sup>77</sup> Xinhua SUN *et al.*, "Evolution of Information-driven HIV/ AIDS Policies in China", *International Journal of Epidemiology*, 39 (2010), p. ii8.

<sup>78</sup> Pierre HASKI, *Il Sangue della Cina*, Milano, Sperling & Kupfer Editori, 2006, p. 33.

del 1993:

Gli squilibri esistenti [...] comportano una grande eterogeneità nelle problematiche che aree diverse si trovano a dover affrontare [in ambito sanitario]. Negli ultimi quindici anni, le politiche di riforma e apertura hanno promosso uno sviluppo rapido della nostra società e della nostra economia, allo stesso tempo contribuendo al miglioramento del livello di salute della popolazione. Tuttavia, è necessario anche porre attenzione al fatto che lo sviluppo sociale ed economico è stato assai sbilanciato, che tali squilibri stanno aumentando, e che essi influiscono sullo sviluppo del settore sanitario.<sup>79</sup>

Un allarme ripetuto nel rapporto del 1998:

L'istituzione di un'economia socialista di mercato ha promosso un rapido sviluppo della società e dell'economia del paese [ . . . ] Tuttavia bisogna guardare anche agli squilibri [ . . . ] non soltanto fra aree diverse, ma anche nella stessa zona, il progressivo allargamento della forbice di reddito in seno alla popolazione influisce sui bisogni sanitari, come anche sull'utilizzazione del servizio.<sup>80</sup>

Nel 2000, l'Oms collocava il sistema sanitario cinese, soltanto 18 anni prima considerato un modello da imitare, al 144° posto (dietro al Burundi) per la sua performance complessiva e al 188° posto per equità, su una classifica di 191 paesi.<sup>81</sup>

### 1.5 Verso un approccio più equilibrato: politiche sanitarie nell'epoca Hu-Wen

“Attivare l'intero Partito, mobilitare tutta la popolazione, vincere la dura battaglia contro la SARS!” (*quan dang dong yuan* 、 *quan min dong shou*, *jianjue*

---

<sup>79</sup> WEISHENG BU TONGJI XINXI ZHONGXIN 卫生部统计信息中心, 1993 nian..., cit., p. 64.

<sup>80</sup> WEISHENG BU TONGJI XINXI ZHONGXIN 卫生部统计信息中心, 1998 nian di'er ci guojia weisheng fuwu diaocha fenxi baogao 1998年第二次国家卫生服务调查报告“ (Rapporto sulla seconda indagine sul servizio sanitario nazionale, 1998), in “MoH”, 1998, <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohwsbwstjxxzx/s8560/201009/49160.htm> , 10/05/2011, p. 132

<sup>81</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION, *The WHO Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance*, Geneva, WHO, 2000, p. 152.

*daying feidian fangzhi yingzhang* 全党动员、全民动手，坚决打赢非典防治硬仗).<sup>82</sup> La “guerra del popolo alla SARS”, dichiarata da Hu Jintao nel 2003,<sup>83</sup> viene sovente identificata come lo spartiacque fondamentale delle politiche sanitarie cinesi. Un evento in grado, più a causa dei danni arrecati all’economia e della forte pressione internazionale che delle perdite umane, di spingere il governo ad abbandonare il disimpegno che aveva caratterizzato i due decenni precedenti, dando il via a quella che ben presto, in virtù dell’attenzione a essa dedicata dalle autorità e la dimensione delle risorse allocate, sarà definita come una nuova fase della “riforma sanitaria” (*yiliao weisheng shiye gaige* 医疗卫生事业改革).<sup>84 85</sup>

In termini concreti, la crisi della SARS coincide con il recepimento da parte della nuova leadership di un indirizzo politico già definito nell’autunno 2002, alla vigilia del XVI Congresso del Pcc che avrebbe portato al potere Hu Jintao, condensato nel documento “Decisione del Comitato Centrale e del Consiglio di Stato sull’ulteriore rafforzamento dell’opera sanitaria rurale”. Il documento riveste una considerevole importanza per la maniera esplicita con cui cerca di ridefinire la logica dell’intervento pubblico in ambito sanitario, attribuendo centralità alle aree rurali, duramente colpite dalla crisi della sanità. Un approccio definito nel preambolo

---

<sup>82</sup> ZHONGGUO ZHONGCHANDANG HENGSHUI SHI WEIHUANHUI, *Zhongguo gongchandang hengshuishi weiyuanhui guanyu xiang kangji feidian xianjin jiti he xianjin geren xuexi de jue ding*, 2003 nian qi yue yi ri 中国共产党衡水市委员会关于向抗击非典先进集体和先进个人学习的决定, 2003年 7月 1日 (Risoluzione del Comitato di partito del Pcc della prefettura di Hengshui circa lo studio di gruppo e individuale per il contrasto della SARS).

<sup>83</sup> Vedi Elizabeth PERRY, “Studying Chinese...”, cit., p. 15.

<sup>84</sup> Tony SAICH, *Governance and Politics of China (Third Edition)*, Houndmills, Palgrave & MacMillan, 2011, p. 316; Xin GU, “Health Care Regime Change and the SARS Outbreak in China”, in Zheng YONGNIAN and John WONG (a cura di), *The SARS Epidemic. Challenges to China’s Health Management*, Singapore, World Scientific Publishing, 2004, p. 154

<sup>85</sup> Nonostante l’espressione “riforma sanitaria” venga qui intesa limitatamente alle misure varate nell’ultimo decennio dall’amministrazione guidata da Hu Jintao e Wen Jiabao, è opportuno precisare come in realtà il ricorso a tale espressione sia divenuto comune sin dai primi anni Ottanta, da quando cioè fu avviata la ristrutturazione del sistema sanitario maoista. Il riferimento è, dunque, a un continuo *work in progress*, protrattosi per trent’anni, senza che la sanità cinese riuscisse a trovare un assetto stabilmente regolato e uniforme.

della già citata “Decisione” in questi termini:

L’opera sanitaria rurale è un aspetto fondamentale dell’opera sanitaria nazionale e riveste grande rilevanza per la protezione della produzione agricola, la promozione dell’economia rurale, la protezione dello sviluppo e della stabilità della società rurale.<sup>86</sup>

I riferimenti indicati nel preambolo del documento rimandano essenzialmente al *leit-motiv* dell’azione dell’amministrazione guidata da Hu Jintao o Wen Jiabao, ovvero il tentativo di ridurre le grandi disparità economiche e sociali esistenti nel Paese, che hanno nel divario fra città e campagne il loro storico tratto distintivo, reso ancora più evidente in seguito alle politiche di riforma e apertura avviate sul finire degli anni Settanta. Contenuti e retorica delle politiche sanitarie dell’ultimo decennio sono andate sviluppandosi in maniera coerente con la retorica di uno “sviluppo scientifico”, in grado di bilanciare performance economiche e necessità sociali, teso alla realizzazione di una “società armoniosa”, ovvero giusta, equanime, stabile e ordinata,<sup>87</sup> in seno alla quale le autorità dello Stato svolgano una funzione di garante del benessere collettivo. Un approccio che nel settore sanitario si dovrebbe tradurre, come ebbe a dire Hu Jintao nel 2006, in “un maggiore ruolo governativo [...] con l’obiettivo di garantire a tutti i servizi sanitari essenziali per migliorare la loro salute e il loro benessere”.<sup>88</sup>

La ritrovata consapevolezza nel ruolo dello Stato quale garante del benessere collettivo è evidente in un editoriale a firma della professoressa Li Ling, economista dell’Università di Pechino, pubblicato nel 2010 sul *Giornale della Salute*, edito dal Ministero della sanità:

É necessario un ripensamento degli obiettivi di sviluppo [...] attribuendo centralità

*(la citazione continua alla pagina seguente)*

---

<sup>86</sup> ZHONGGONG ZHONGYANG, GUOWUYUAN, *Zhonggong zhongyang...*, 2002, cit..

<sup>87</sup> CHAN, “Harmonious Society”, cit., p. 821.

<sup>88</sup> Daniele BROMBAL, “Cina”, *Terzo Rapporto dell’Osservatorio Italiano sulla Salute Globale - Salute globale e aiuti allo sviluppo: diritti, ideologie, inganni*, Pisa, ETS, 2008, p. 341.

all'uomo: l'obiettivo finale è permettere alla popolazione il raggiungimento della felicità. Il modello cinese [...] è ispirato all'obiettivo di permettere agli uomini il raggiungimento di salute e benessere.<sup>89 90</sup>

Riferendosi alla riforma sanitaria, l'editoriale continua richiamando la Cina alla responsabilità di "divenire un modello di riferimento per il mondo" in ambito sanitario. Al di là della forte carica retorica espressa da parole come quelle della prof.ssa Li Ling, indicativa di un clima politico e culturale favorevole (a livello centrale) a una rottura rispetto a una logica di sviluppo poco attenta alle necessità sociali della popolazione, nonché velato di una certa nostalgia per i tempi in cui il sistema sanitario cinese era considerato un modello da seguire, è peraltro evidente come la strategia governativa sia legata alla necessità di mantenere la stabilità sociale ed economica del paese nonché, in ultima analisi, al mantenimento del potere da parte del Pcc.<sup>91</sup>

La fine del disimpegno statale in termini di sanità si è tradotta in una crescita della componente pubblica nella spesa sanitaria totale (dal 35 per cento del 2001 al 45 per cento del 2007), pur in un quadro generale caratterizzato da una spesa sanitaria considerevolmente inferiore rispetto ai paesi industrializzati, tanto in termini relativi di spesa sanitaria/Prodotto interno lordo (Pil), quanto in termini assoluti.

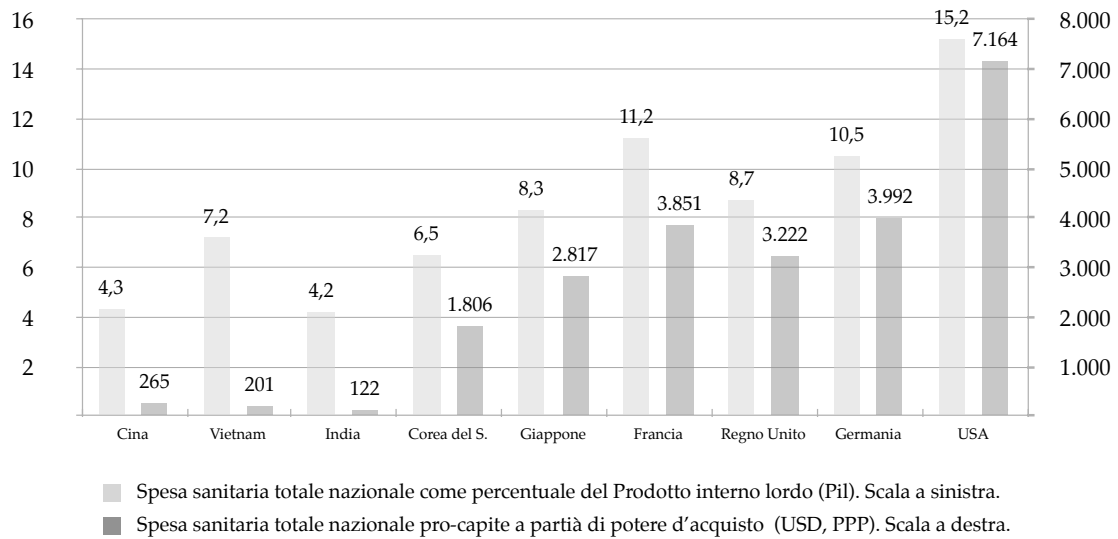
---

<sup>89</sup> Li Ling 李玲, "Yigai you wang chengwei zhongguo moshi zou xiang shijie de xiansheng" "医改有望成为中国模式走向世界的先声" (La riforma sanitaria cinese può divenire l'avanguardia dell'avanzata del modello cinese nel mondo), *Jiangkangbao*, 9 agosto 2010, p. 6.

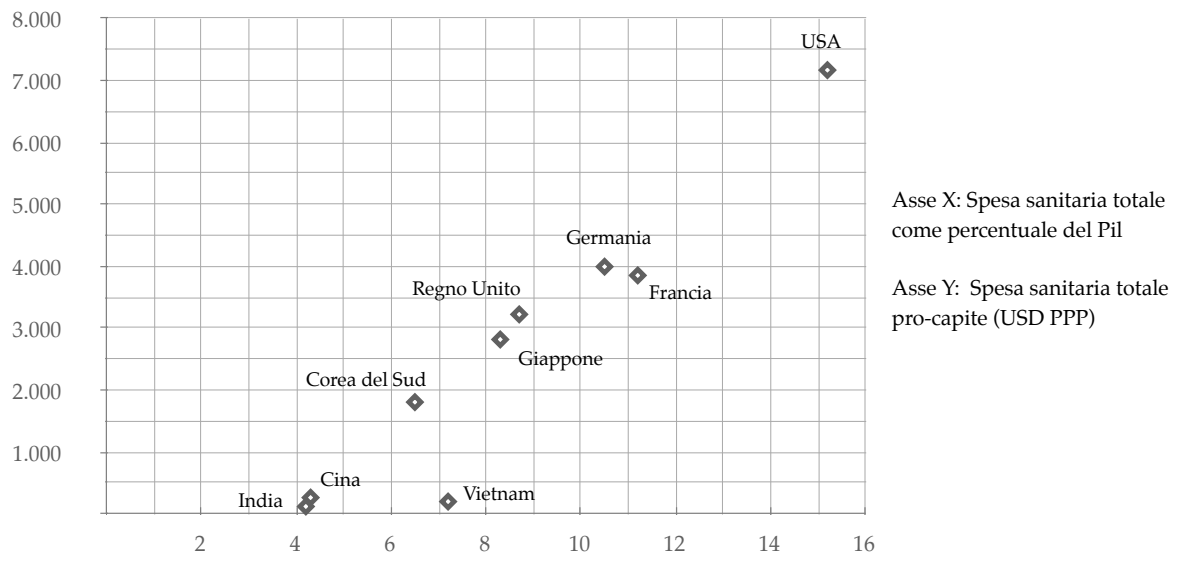
<sup>90</sup> Li Ling, economista, è fra le personalità accademiche più spesso citate in relazione alle politiche sanitarie cinesi. Ha coordinato il gruppo di ricercatori dell'Università di Pechino coinvolti dal Consiglio di Stato nella redazione delle linee guida per il piano di riforma del sistema sanitario cinese adottato nella primavera del 2009, che avremo modo di presentare in dettaglio nel capitolo conclusivo.

<sup>91</sup> L'approccio del governo non è peraltro estraneo alle conseguenze della crisi economica mondiale del 2008-2009. E' significativo notare come nel pieno della crisi l'ambasciatore Wang Xuexian dichiarasse, in occasione della conferenza Asem (Asia-Europe Meeting) 2009 sullo sviluppo, che "impiego e sicurezza sociale sono le chiavi del mantenimento della coesione sociale", dedicando poi ampio spazio del suo intervento al tema dello sviluppo del welfare, in particolare sanitario, in Cina. Un concetto legato a quello espresso dal vice-premier Li Keqiang in occasione del Forum economico mondiale di Davos 2010. Chiamato a esprimersi in merito alla ricetta del governo cinese per uscire dalla crisi, il vice-premier

**Grafico 1.2a** Spesa sanitaria a confronto: Cina e altri Paesi (2008)<sup>92</sup>



**Grafico 1.2b** Spesa sanitaria a confronto: Cina e altri Paesi (2008)<sup>93</sup>



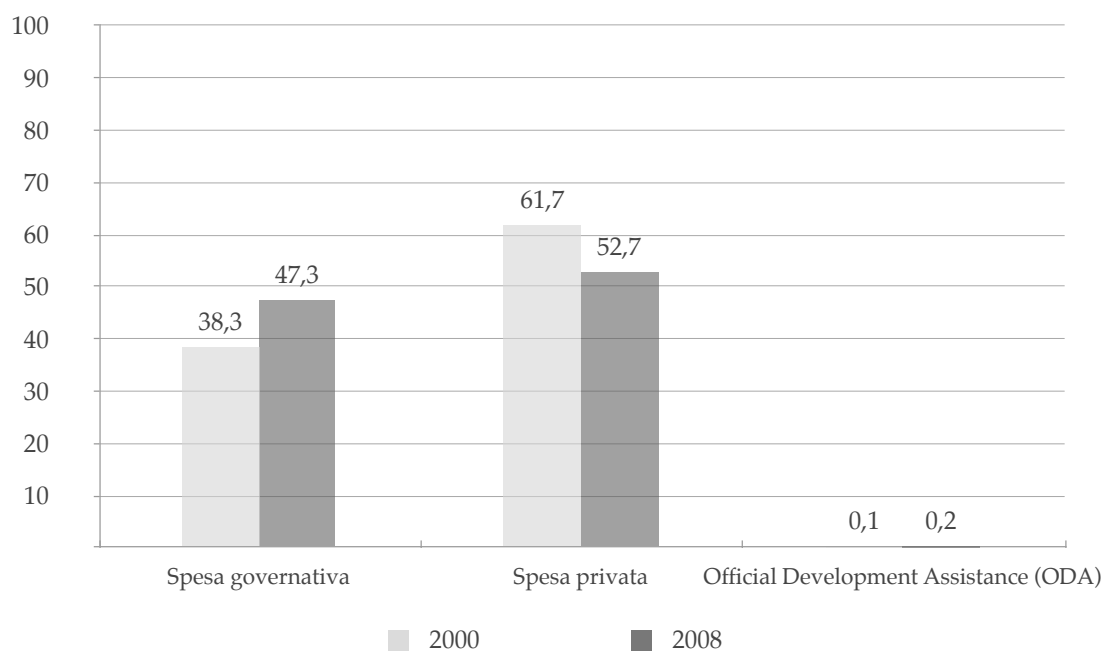
sottolineava l'eccessiva dipendenza della Cina dalle esportazioni e la conseguente necessità di espandere il mercato interno per garantire maggiore stabilità alla crescita economica. Pechino, in altri termini, sembra aver infine compreso che lo sviluppo del mercato interno ha come prerequisito fondamentale la creazione di un solido sistema di previdenza sociale, di cui l'assicurazione sanitaria è parte fondamentale. Secondo le intenzioni del governo, l'estensione della copertura assicurativa dovrebbe portare nel lungo termine a una riduzione del tasso di risparmio precauzionale, con conseguente maggiore propensione al consumo. In merito, vedi Daniele BROMBAL, "Riforma del welfare sanitario, stabilità sociale e sviluppo economico", *Mondo Cinese*, 142 (2010), pp. 84-85.

<sup>92</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION, "World Health Statistics 2011", in "WHO", 2011, <http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html>, 25/11/2011, pp. 128-135.

<sup>93</sup> *Ibidem*.



**Grafico 1.3** Composizione della spesa sanitaria e dell'investimento governativo in sanità (% sul totale della spesa sanitaria)<sup>94</sup>



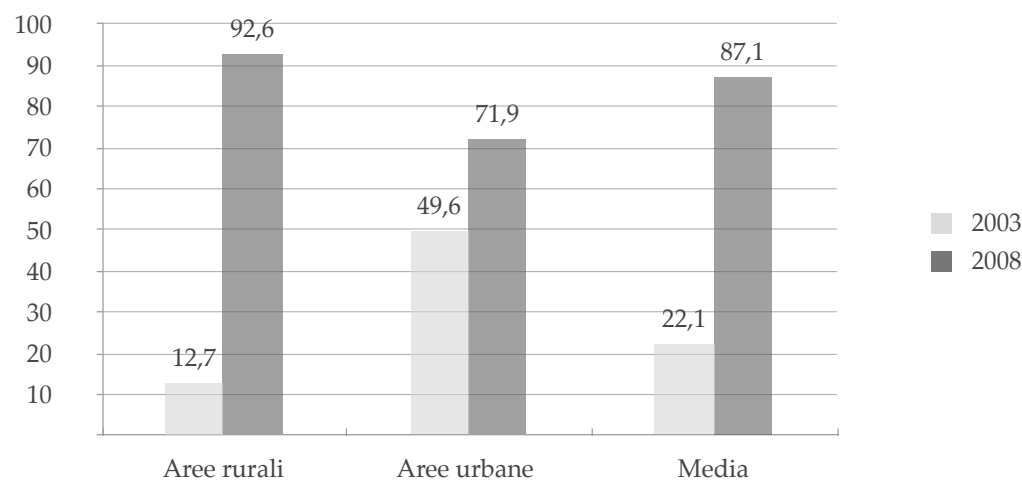
Coerentemente con la priorità accordata alla necessità di garantire benefici tangibili alla popolazione, ponendo rimedio al fenomeno di impoverimento a causa di malattia, l'azione governativa si è concentrata sullo sviluppo di strumenti assicurativi sanitari, attraverso sussidi pubblici arrivati a costituire i due terzi dell'investimento governativo in sanità (66,3 per cento nel 2007)<sup>95</sup>. Il sistema di finanziamento pubblico alla sanità si viene dunque a strutturare come fondato in larga misura su strumenti assicurativi su base occupazionale nelle città e casse mutue di comunità nelle campagne, dove vengono ripresi elementi già sperimentati nel corso dell'epoca maoista. Nel 2008, la quota di popolazione assicurata raggiunge l'87 per cento, contro il 22 per cento di cinque anni prima.<sup>96</sup>

<sup>94</sup> *Ibidem*.

<sup>95</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION, "National Accounts Series - March 2009", in "WHO", 2009, <http://www.who.int/nha/country/chn/en/>, 31/03/2010, China - Table A.

<sup>96</sup> WEISHENG BU TONGJI XINXI ZHONGXIN 卫生部统计信息中心, "2008 nian di si ci guojia weisheng fuwu diaocha fenxi baogao" "2008年第四次国家卫生服务调查报告" (Rapporto sulla quarta indagine sul servizio sanitario nazionale, 2008), in "MoH", 2008, <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohwsbwstjxxzx/s8560/201009/49165.htm>, 10/05/2011, p. 17.

**Grafico 1.4** Copertura assicurativa sul totale della popolazione nel 2008 (%)<sup>97</sup>



L'estensione della copertura assicurativa viene raggiunta in larga misura grazie al potenziamento del nuovo Schema medico cooperativo rurale - Smcr (*xinxing nongcun hezuo yiliao zhidu* 新型农村合作医疗制度), introdotto con il già citato provvedimento di Comitato Centrale e Consiglio di Stato dell'ottobre 2002, arrivato a coprire nel 2009 circa il 93 per cento della popolazione delle campagne, ovvero oltre 800 milioni di persone.<sup>98</sup> Il nuovo Smcr è ad adesione volontaria su base familiare e il premio assicurativo pro-capite minimo è di 150 RMB all'anno. Ogni utente contribuisce al premio con 30 RMB, a cui si aggiungono 120 RMB erogati dal governo. Il contributo governativo nelle province orientali è a completo carico delle autorità locali (provincia, prefettura, contea), mentre nelle province centro-occidentali il 50 per cento del sussidio statale (60 RMB) viene erogato dal governo centrale.

Quanto agli strumenti assicurativi governativi in uso nelle aree urbane, essi sono essenzialmente due: l'Assicurazione medica di base per i lavoratori urbani - Amblu (*chengzhen zhigong jiben yiliao baoxian* 城镇职工基本医疗保险) e l'Assicurazione medica di base per i residenti urbani - Ambru (*chengzhen jumin jiben yiliao baoxian* 城镇居民基本医疗保险). Introdotto nel 1998 per sostituire il preesistente Schema assicurativo del lavoro (Sal), l'Amblu è finanziato attraverso le contribuzioni del

<sup>97</sup> *Ibidem.*

<sup>98</sup> *Ibidem.*

singolo lavoratore e dell'impresa, per un valore pari all'otto per cento del salario annuale. La quota di contribuzione a carico del singolo (due per cento del salario annuale) confluisce in un conto di risparmio individuale, mentre la contribuzione dell'azienda (il restante sei per cento) è utilizzata per finanziare un fondo di rischio sociale gestito a livello di prefettura. I benefici assicurativi nell'Amblu riguardano il singolo lavoratore assicurato, e non possono essere estesi ai famigliari. Lo schema copre attualmente il 44,2 per cento della popolazione urbana. Nel 2007, all'Amblu viene affiancata l'Assicurazione medica di base per i residenti urbani (Ambru), atta a offrire copertura assicurativa per anziani, bambini e disoccupati residenti in aree urbane. Come nel caso dello Smcr, il finanziamento avviene attraverso una contribuzione del singolo utente (20 RMB), cui si aggiunge un sussidio governativo (80 RMB). L'Ambru è stato adottato in 300 città, arrivando a coprire il 12,5 per cento della popolazione urbana. Dal 2009, ai lavoratori migranti privi dei requisiti necessari per essere inseriti nello schema assicurativo per i lavoratori (contratto di lavoro, residenza urbana) è stata concessa, almeno teoricamente, la possibilità di aderire all'Ambru.<sup>99 100</sup>

Fermo restando la priorità attribuita allo sviluppo del sistema assicurativo, il finanziamento governativo viene utilizzato anche per sovvenzionare le spese correnti delle strutture sanitarie pubbliche, incluse le spese di mantenimento e

---

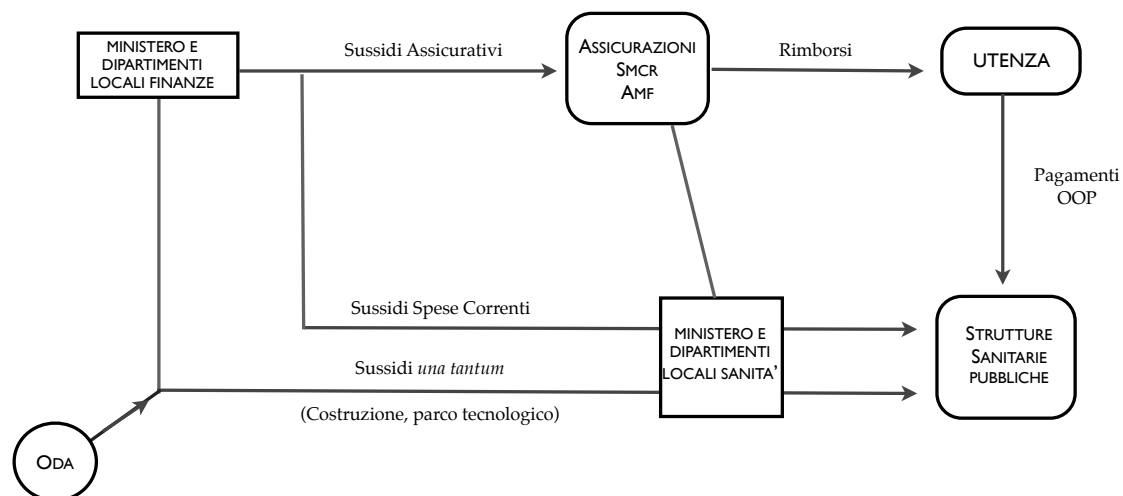
<sup>99</sup> Per una introduzione ai diversi sistemi assicurativi in uso nella Rpc, vedi Daniele BROMBAL, Giorgio CORTASSA, "Le riforme sanitarie in Cina", *Quarto Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale - Salute Globale: In-Formazione*, Pisa, ETS, 2010, p. 195.

<sup>100</sup> Rimborsi addizionali a quelli delle assicurazioni sanitarie governative vengono erogati dall'Assistenza finanziaria medica (Afm; *yiliao qiuzhu* 医疗求助), strumento introdotto nel 2000 con lo scopo di fornire agli utenti poveri sostegno economico in caso di malattia. L'Afm è gestita dal Ministero degli affari civili (*minzhengbu* 民政部) e in genere la preconditione per poter usufruire dei rimborsi da questa erogati è l'appartenere alle categorie *tekun*, *pinkun* o *wubao*, nelle quali vengono inserite le famiglie povere. Le famiglie *tekun* in particolare sono definite come famiglie aventi reddito inferiore alla soglia di povertà assoluta (690 RMB annui pro capite), a causa di inabilità al lavoro, disabilità o malattia, catastrofi naturali. La domanda di inserimento nella categoria *tekun* deve essere presentata al comitato di villaggio dal singolo interessato, per venire poi sottoposta all'esame delle autorità di *township* e, infine, di contea. La richiesta di rimborsi per spese sanitarie avviene anch'essa su iniziativa da parte del singolo utente, il quale dopo aver saldato il conto dell'ospedale deve fare richiesta di rimborso presso un apposito ufficio, generalmente situato nel capoluogo di *township* o contea.

manutenzione ordinaria e i salari del personale da queste impiegato. Risorse aggiuntive vengono sovente allocate per progetti *ad hoc*, in specie per spese di rifacimento e/o costruzione di infrastrutture e l'acquisto di equipaggiamenti. In quest'ultima voce confluiscono anche molti degli aiuti concessi da paesi stranieri alla Cina sulla base di esistenti piattaforme di cooperazione sanitaria, in genere attraverso lo strumento del credito d'aiuto. Questa voce è peraltro piuttosto limitata, considerando che gli aiuti allo sviluppo pesavano nel 2010 soltanto per lo 0,1 per cento della spesa sanitaria totale.<sup>101</sup>

Quanto al finanziamento diretto da parte dell'utenza, che come abbiamo visto continua a pesare per circa la metà della spesa sanitaria cinese, questo è costituito in larghissima misura dai pagamenti diretti effettuati dai pazienti per acquistare prestazioni sanitarie (*out-of-pocket expenditures*, OOP).

**Figura 1.4** Flussi del finanziamento pubblico alla sanità nelle aree rurali: quadro generale



La *governance* del sistema sanitario è caratterizzata da un notevole grado di frammentazione.<sup>102</sup> La cornice programmatica viene elaborata dalle autorità centrali del partito e dell'esecutivo (Comitato Centrale del Pcc e Consiglio di Stato), mentre il ruolo di elaborare un preciso inquadramento normativo è demandato alle

<sup>101</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION, "World Health...", cit., p. 128.

<sup>102</sup> Circa le diverse competenze governative afferenti al settore sanitario, vedi Xingzhu LIU, Junle WANG, "An Introduction to China's Health Care System", *Journal of Public Health Policy*, 12, 1 (1991), pp. 104-116;

strutture facenti capo a una decina di organi a livello ministeriale, fra cui Commissione nazionale per lo sviluppo e le riforme,<sup>103</sup> Ministero della sanità,<sup>104</sup> Ministero delle risorse umane e della previdenza sociale,<sup>107</sup> Ministero delle finanze,<sup>105</sup> Ministero degli affari civili.<sup>106</sup> In termini generali, Comitato centrale e Consiglio di Stato definiscono gli obiettivi strategici e tattici delle politiche sanitarie, nonché i livelli di spesa pubblica relativi. Ai diversi ministeri spetta poi il compito di recepire tali linee di indirizzo, tramutandole in normativa concreta per le aree di propria competenza.

Le funzioni chiave vengono svolte dal Ministero della sanità, cui sono affidati il quadro normativo che regola le procedure cliniche e amministrative nelle strutture sanitarie pubbliche e private, le politiche assicurative relative a Smcr e Ambru, l'approvazione dei prodotti farmaceutici che possono essere commercializzati sul mercato cinese (attraverso la *State Food and Drug Administration, SFDA*<sup>107</sup>), la regolamentazione delle funzioni di sorveglianza della salute pubblica (attraverso il *Center for Disease Prevention and Control, CDC*<sup>108</sup>). La regolamentazione del principale strumento assicurativo destinato ai lavoratori urbani è affidata al Ministero per le risorse umane e la previdenza sociale, che definisce i servizi rimborsabili dall'Ambru, incluse le liste di presidi farmaceutici coperti dallo stesso schema assicurativo. La Commissione nazionale per lo sviluppo e le riforme si occupa infine della regolamentazione dei prezzi dei presidi farmaceutici e sanitari,

---

MENG, *Health Care...*, cit.; SUN *et al.*, "Pharmaceutical Policy...", cit.; Zhengzhong MAO, "Pilot Program of New Cooperative Medical Schemes (NCMS) in China: System Design and Progress", in "The World Bank", Policy Research Working Paper 34527 (2005), [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSCContentServer/WDSP/IB/2005/12/08/000160016\\_20051208124338/Rendered/PDF/345270CHA0NCMS1report.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSCContentServer/WDSP/IB/2005/12/08/000160016_20051208124338/Rendered/PDF/345270CHA0NCMS1report.pdf), 07/01/2012.

<sup>103</sup> Dizione cinese: *guojia fazhan gaige weiyuanhui* 国家发展改革委员会 (citata nelle fonti in lingua inglese con l'acronimo NDRC, National Development and Reform Commission).

<sup>104</sup> Dizione cinese: *weisheng bu* 卫生部.

<sup>105</sup> Dizione cinese: *caizheng bu* 财政部.

<sup>106</sup> Dizione cinese: *minzhengbu* 民政部.

<sup>107</sup> Dizione cinese: *guojia shipin yaopin jiandu guanli ju* 国家食品药品监督管理局.

<sup>108</sup> Dizione cinese: *zhongguo jibing yufang kongzhi zhongxin* 中国疾病预防控制中心.

nonché dei trattamenti erogati dalle strutture pubbliche di erogazione del servizio. L'Assemblea nazionale del popolo (Anp<sup>109</sup>), formalmente il più alto organo legislativo del paese, svolge essenzialmente un ruolo consultivo, come avviene del resto per la Conferenza politica consultiva del Popolo cinese (Cpcpc<sup>110</sup>). I delegati di entrambi gli organi vengono chiamati annualmente a pronunciarsi in merito ai rapporti di lavoro presentati dai diversi organi di livello ministeriale. Nonostante i delegati di Anp e Cpcpc siano in larga misura predisposti ad accordare la propria approvazione all'operato governativo, non è infrequente che le assemblee siano luoghi di dibattito relativi alla direzione da imprimere alle politiche sanitarie, convogliando (anche attraverso i media) richieste nei confronti delle autorità preposte alla pianificazione e regolamentazione del settore.<sup>111 112</sup>

In anni recenti, Pechino ha cercato di porre rimedio alla frammentazione delle responsabilità di regolamentazione attraverso la costituzione di un comitato *ad hoc*, detto Gruppo di coordinamento per la riforma del sistema sanitario (*yiliao tizhi gaige xietiao xiaozu* 医疗体制改革协调小组). Costituito nel settembre 2006 dal Consiglio di Stato, il Gruppo di coordinamento è andato acquisendo una notevole rilevanza, arrivando a comprendere rappresentanti di 16 organi governativi a livello ministeriale e agenzie a essi affiliati.<sup>113</sup> Presieduto dalla Commissione nazionale per lo sviluppo e le riforme e dal Ministero della sanità (e in alcune sessioni di particolare rilevanza, dallo stesso Consiglio di Stato, in tempi recenti rappresentato dall'attuale vice premier Li Keqiang), ai lavori di tale organo partecipano regolarmente rappresentanti di Ministero delle finanze, Ministero delle risorse umane e previdenza sociale, Ministero dell'educazione,<sup>114</sup> Ministero degli affari

---

<sup>109</sup> Dizione cinese: *quanguo renmin daibiao dahui* 全国人民代表大会.

<sup>110</sup> Dizione cinese: *renmin zhengzhi xieshang huiyi* 人民政治协商会议.

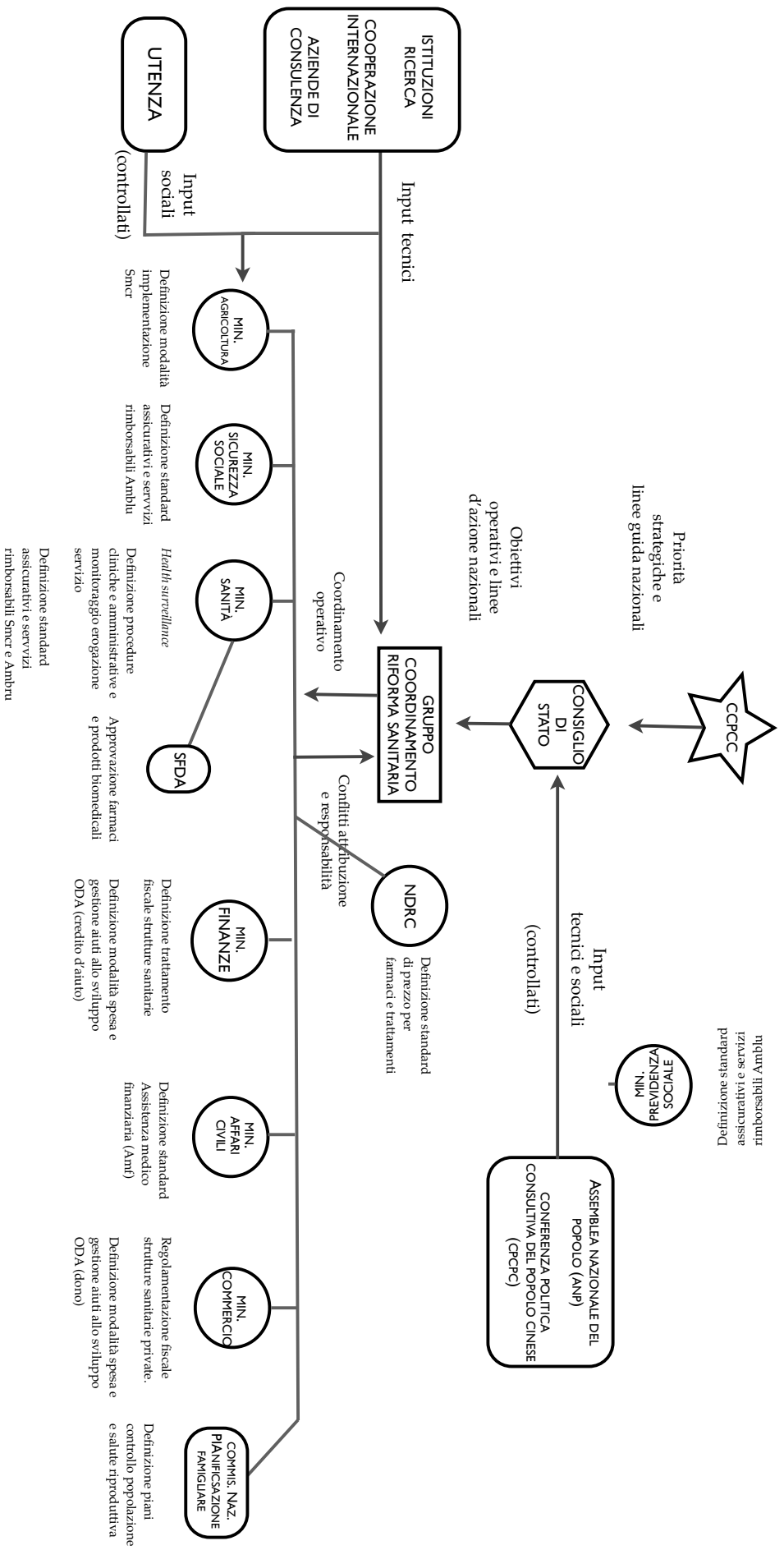
<sup>111</sup> Vedi ad es. LIU Bin 刘斌, "Liang hui shi da bianlun" "两会'十大辩论" (Dieci grandi dibattiti delle due assemblee), in *Nanfang Zhoumo*, 18/03/2010, p. B11

<sup>112</sup> Di tali dinamiche, con particolare riferimento alle più recenti disposizioni in materia di riforma sanitaria, si darà conto con un maggiore grado di dettaglio nel capitolo conclusivo.

<sup>113</sup> LIU, "Reforming China's...", cit..

<sup>114</sup> Dizione cinese: *jiaoyu bu* 教育部.

Figura 1.5 Funzioni di regolamentazione del sistema sanitario cinese.



civili, Commissione di Stato per la pianificazione familiare,<sup>115</sup> Ufficio degli affari legislativi del Consiglio di Stato,<sup>116</sup> Centro di ricerca per lo sviluppo del Consiglio di Stato,<sup>117</sup> Commissione cinese per la regolamentazione delle assicurazioni,<sup>118</sup> Dipartimento nazionale per la medicina tradizionale cinese,<sup>119</sup> Commissione di supervisione e amministrazione del patrimonio statale del Consiglio di Stato.<sup>120 121</sup> Al Gruppo di coordinamento (nel quale, è il caso di notare, non sono incluse agenzie legate all'industria farmaceutica) è affidato il compito di individuare soluzioni ottimali e condivise in tema di sanità, facendo ricorso, se necessario, a risorse esterne. A partire dal 2007, sono state invitate a produrre proposte di riforma del sistema sanitario Università di Pechino, Università Fudan, Università Renmin, Università normale di Pechino, Organizzazione mondiale della sanità, Banca mondiale e Goldman & Sachs, producendo sino a fine 2008 un totale di dieci proposte di riforma.<sup>122</sup>

L'apertura del processo di formulazione delle politiche sanitarie a istituzioni esterne a quelle governative si è accompagnato all'introduzione di forme di consultazione della popolazione. Supportata da un'ampia copertura mediatica,<sup>123</sup>

---

<sup>115</sup> Dizione cinese: guojia renkou he jihua shengyu weiyuanhui 国家人口和计划生育委员会.

<sup>116</sup> Dizione cinese: guowuyuan fazhi bangongshi 国务院法制办公室.

<sup>117</sup> Dizione cinese: guowuyuan fazhan yanjiu zhongxin 国务院发展研究中心.

<sup>118</sup> Dizione cinese: zhongguo baoxian jiandu guanli weiyuanhui 中国保险监督管理委员会.

<sup>119</sup> Dizione cinese: guojia zhongyiyao guanli ju 国家中医药管理局.

<sup>120</sup> Dizione cinese: guowuyuan guoyou zichan jiandu guanli weiyuanhui 国务院国有资产监督管理委员会.

<sup>121</sup> Per un'ottima trattazione delle diverse responsabilità e prerogative delle istituzioni coinvolte nel Gruppo di coordinamento, nonché per la corretta dizione in cinese delle stesse istituzioni, si veda DREW THOMPSON, "China's Health Care Redux", in "Center for the National Interest", 2009, <http://www.cftni.org/Thompson-China-Health-Care-Reform-Redux2009>, 10/09/2011.

<sup>122</sup> Le proposte inviate dalle singole istituzioni non sono accessibili al pubblico. Tuttavia, è possibile comprendere tenore e contenuto delle stesse attraverso il lavoro di accademici interessati direttamente dal processo di consultazione. In merito, vedi WANG Hufeng 王虎峰, *Zhongguo xin yigai linian he zhengce* 中国新医改理念和政策 (Principi e politiche della nuova riforma sanitaria cinese), Beijing, Zhongguo caizheng chubanshe, 2009.

<sup>123</sup> Vedi SINA.NET, "Yigai fang'an zhengqiu yijian qidai zhengce minzhu fazhan" "医改方案征求意见期待政策民主发展" (La consultazione sul piano di riforma sanitaria prospetta uno sviluppo democratico delle politiche), 2008, in "Sina.net", 2008, <http://www.sina.net/yy/2008-10-17/358453.shtml>, 01/03/2011;



fra 15 ottobre e 15 novembre 2008 la Commissione nazionale per lo sviluppo e le riforme apre in rete un forum di discussione che permette al pubblico di inviare commenti e suggerimenti relativi ai provvedimenti da adottare nella riforma sanitaria. Il forum, che al momento in cui si scrive è ancora accessibile,<sup>124</sup> raccoglie in un mese circa 15.000 fra critiche e suggerimenti, alcuni dei quali caratterizzati da un notevole grado di complessità.

Nell'ottica di maggiore controllo e accentramento è altresì interpretabile l'accorpamento nel 2008 della *State Food and Drug Administration* (SFDA) al Ministero della sanità. Una misura che alcuni osservatori hanno interpretato alla luce della necessità di supervisionare in maniera più efficace le attività della stessa SFDA, dopo la condanna ed esecuzione nel 2007 dell'ex direttore Zheng Xiaoyu, accusato di aver intascato tangenti per un valore di 6,5 milioni di RMB, facilitando la commercializzazione di medicinali non rispondenti agli standard di qualità e sicurezza.<sup>125</sup>

Lo stesso sforzo di centralizzazione è stato peraltro evidente nel processo di creazione di quello che viene sovente rivendicato dalle autorità quale il maggiore successo della riforma sanitaria, ovvero l'istituzione dello Smcr. Esso viene istituito su tutto il territorio quale strumento avente caratteristiche comuni (le già menzionate adesione volontaria, gestione a livello di contea, priorità attribuita al rimborso di spese riconducibili a trattamenti curativi erogati in regime di ricovero ospedaliero). Pare dunque difficile generalizzare l'affermazione, sostenuta da Sasha

---

XINHUA, "Chinese citizens up for debate over healthcare reform", in "Xinhua Net", 2008, [http://news.xinhuanet.com/english/2008-10/15/content\\_10199688.htm](http://news.xinhuanet.com/english/2008-10/15/content_10199688.htm), 01/03/2011.

<sup>124</sup> I commenti raccolti dal forum sono accessibili online all'indirizzo [http://www.sdpc.gov.cn/ygyj/ygyj\\_list.jsp?type=1](http://www.sdpc.gov.cn/ygyj/ygyj_list.jsp?type=1) (ultima consultazione 14/06/2011). Nel caso della sanità, un processo di consultazione con la popolazione era già stato testato dalla stessa Commissione per lo sviluppo e le riforme fra 2006 e 2007, con circa 5.000 commenti raccolti. Anche in questo caso, il forum è accessibile all'indirizzo [http://www.ndrc.gov.cn/yjzx/yjzx\\_list2.jsp?SiteId=12&type=58&page=1](http://www.ndrc.gov.cn/yjzx/yjzx_list2.jsp?SiteId=12&type=58&page=1) (ultima consultazione 14/06/2011).

<sup>125</sup> BBC, "Death Penalty for China Official", in "BBC News", 2006, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/6699441.stm>, 11/05/2011; XINHUA, "China to Upgrade Health Ministry to Better Monitor Food and Drug Safety", in "Xinhua Net", 2008, [http://news.xinhuanet.com/english/2008-03/11/content\\_7766320.htm](http://news.xinhuanet.com/english/2008-03/11/content_7766320.htm), 11/05/2011.

Klotzbücher in uno studio pubblicato di recente su *The China Quarterly*, secondo cui l'implementazione di tale strumento assicurativo sarebbe caratterizzata da flessibilità frutto di iniziative locali.<sup>126</sup> Un relativo grado di flessibilità, peraltro previsto dalla normativa nazionale, è riscontrabile infatti soltanto nell'importo della contribuzione delle autorità locali a livello di provincia, prefettura e contea al fondo assicurativo e nella definizione delle franchigie e dei massimali di rimborso. Di fatto, una sperimentazione sostenuta dall'Accademia cinese di scienze sociali e mirata a introdurre schemi di mutuo aiuto complementari allo Smcr, focalizzati sulla fornitura di servizi di sanità preventiva a livello di *township*, risulta essere stata bloccata dalle autorità poiché in contraddizione con l'approccio generale della riforma, centrata sull'erogazione di rimborsi per servizi curativi.<sup>127</sup>

L'organigramma delle autorità sanitarie locali segue la struttura e la suddivisione delle competenze delineata a livello centrale, riprodotta nei diversi livelli della gerarchia amministrativa cinese, ovvero: (1) provincia/municipalità (*sheng/zhixiashi* 省/直辖市); (2) prefettura/città (*diqu/dijishi* 地区/地级市); (3) contea/distretto (*xian/shixiaqu* 县/市辖区); (4) *township*/sub-distretto (*xiang/jiedao* 乡/街道). I diversi dipartimenti afferenti al settore sanitario conservano un rapporto di dipendenza gerarchica sia a livello orizzontale, verso le autorità di governo collocate al proprio livello amministrativo, sia in senso verticale, ovvero dipendendo dall'organo gerarchicamente superiore facente capo allo stesso ministero di appartenenza.

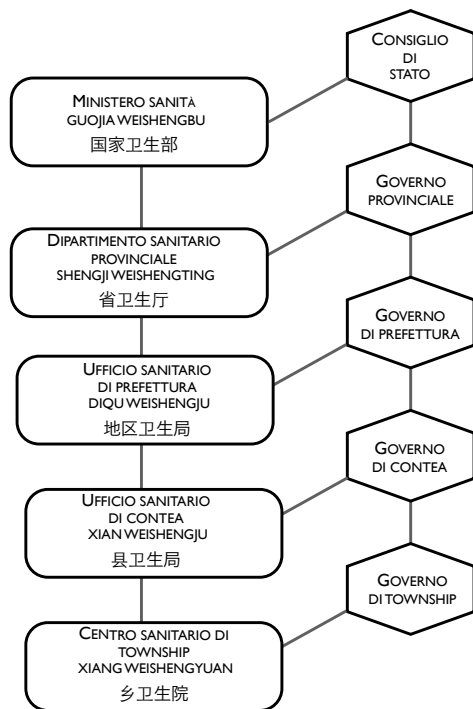
La tendenza a un più forte controllo e coordinamento a livello centrale è stata accompagnata negli ultimi anni a una crescente rilevanza attribuita alle autorità a livello provinciale, con particolare riferimento all'armonizzazione su scala provinciale delle politiche assicurative adottate dallo Smcr (premi, franchigie e

---

<sup>126</sup> Cfr. Sascha KLOTZBÜCHER *et al.*, "What is New in the 'New Rural Co-operative Medical System' ? An Assessment in One Kazak County of the Xinjiang Uyghur Autonomous Region", *The China Quarterly*, 201 (2010), pp. 38-57.

<sup>127</sup> Doc Testimonianza #0811, 2009. Le sperimentazioni cui si fa qui riferimento si svolgevano nel 2002-2003 nella provincia dello Shaanxi. In merito al lavoro della CASS in termini di ricerca e sperimentazioni in termini di politiche sociali, si veda YANG, *Zhongguo shehui...*, cit..

**Figura 1.6** Gerarchia amministrativa del settore sanitario.



massimali assicurativi, medicinali e trattamenti da includere nelle liste di servizi rimborsabili). Fra le esperienze più rilevanti in questo senso figura quella della regione autonoma del Guangxi, che sin dal 2007 ha adottato un piano provinciale per lo Smcr.<sup>128</sup> Parimenti interessate da una standardizzazione a livello provinciale negli ultimi anni sono le caratteristiche dei sistemi informativi sanitari (Health Information System, HIS), sia in termini di sistemi intra-ospedalieri che inter- ed extra-ospedalieri, con una particolare rilevanza attribuita alla raccolta e trasmissione alle autorità sanitarie di dati epidemiologici, clinici e di spesa.<sup>129</sup>

La rete pubblica di fornitura del servizio sanitario ricalca la gerarchia degli organi amministrativi dello Stato. Il sistema di erogazione è strutturato su base gerarchica, dove a livelli inferiori corrisponde una minore complessità dei trattamenti, secondo la struttura già delineata nel corso dell'era maoista. Nel caso delle strutture ospedaliere, alla suddivisione amministrativa si sovrappone una distinzione basata su una serie di indicatori, fra cui il numero di posti letto, tipologia dei reparti, caratteristiche del personale e delle infrastrutture, *valore* della dotazione di equipaggiamenti disponibile. Tale classificazione si articola su tre

<sup>128</sup> GUANGXI ZIZHIQU XINXING NONGCUN HEZUO YILIAO BANGONGSHI 广西壮族自治区农村合作医疗办公室, *Guangxi zizhiqu guanyu zhengqiu guangxi zhuangzu zizhiqu xinxi nongcun hezuo yiliao jijin buchang jishu fang'an xiuding yijian de tongzhi, xinnongheban 2007 nian 2 hao* 广西壮族自治区关于征求广西壮族自治区新型农村合作医疗基金补偿技术方案修订意见的通知, 新农合办 2007 2号 (Circolare della Regione autonoma del Guangxi sulla revisione del piano tecnico per i rimborsi del nuovo schema medico cooperativo rurale regionale, Ufficio Smcr, 2007 No.2).

<sup>129</sup> SICHUAN SHENG WEISHENGTING 四川省卫生厅, Sichuan sheng yiyuan xinxi xitong jiben gongneng guifan (shixing) 四川省医院信息系统基本功能规范 (试行) 2010 (Standard delle funzioni base del sistema informativo ospedaliero della provincia del Sichuan - Bozza, 2010); Doc Testimonianza #1020, 2009.

livelli (primo, secondo e terzo livello), ciascuno a sua volta suddiviso in tre sottocategorie (categoria A,B,C). Al vertice di tale classificazione (livello 3) sono gli ospedali più grandi (>500 posti letto), dotati di equipaggiamenti avanzati e costosi (specie dal punto di vista della strumentazione diagnostica, quali macchine per la tomografia assiale computerizzata o Tac, risonanze magnetiche, equipaggiamenti da laboratorio), nei quali, oltre al trattamento dei pazienti vengono in genere svolte attività di ricerca scientifica, spesso attraverso l'affiliazione a strutture universitarie. Gli ospedali afferenti a questo livello si trovano nella capitale, nei capoluoghi di provincia/municipalità e nelle prefetture più grandi. Il livello inferiore, il secondo, è rappresentato da ospedali con un numero di posti letto compreso fra i 100 e i 500, in grado di fornire la gran parte dei servizi di cura secondari. La quasi totalità degli ospedali di contea ricade sotto questa categoria, come anche buona parte degli ospedali di prefettura. Infine, le strutture più piccole, con meno di 100 posti letto, appartengono al primo livello.

Nel 2005 il numero di ospedali in Cina era di 18.703, per un totale di 2.445.012 posti letto. Sempre facendo riferimento a dati del 2005, a livello inferiore servizi di natura prevalentemente ambulatoriale erano forniti da 40.907 centri sanitari di *township* nelle aree rurali e circa 17.000 stazioni sanitarie di quartiere nelle aree urbane. Nelle campagne, il livello inferiore del sistema di erogazione del servizio è rappresentato dalle cliniche di villaggio, il cui numero superava nel 2005 le 580.000.<sup>130</sup> A queste strutture si affiancano gli ospedali e centri sanitari di salute materno-infantile, presenti in maniera piuttosto uniforme a livello di prefettura e contea, talvolta (soprattutto in aree piuttosto remote) anche a livello di *township*, e i dispensari del CDC (in genere presenti a livello di contea e/o *township*).

La distribuzione delle risorse sanitarie rimane ancora sbilanciata a favore delle aree urbane, con 3,56 posti letto ogni 1.000 abitanti, contro 1,43 posti letto delle aree rurali (dati 2005).<sup>131</sup> La differenza è evidente anche qualora si mettano a confronto

<sup>130</sup> ZHONGGUO WEISHENG NIANJIAN BANGONGSHI 中国卫生年鉴办公室, 2006 *nian...*, cit., pp. 634-635, 644.

<sup>131</sup> *Ibidem*, p. 635. Nel sottolineare la differenza nel numero di posti letto fra le aree urbane e rurali, si fa qui riferimento alla distinzione, proposta dalla fonte, fra il numero di posti letto reperibile nelle aree metropolitane a livello di prefettura e superiore e nelle aree rurali sotto la giurisdizione di contea.

province prevalentemente agricole, in specie nella Cina centro-occidentale, con aree più sviluppate nella zona orientale e costiera del Paese: se a Pechino e Shanghai vi sono circa 6 posti letto ogni 1.000 abitanti (rispettivamente 6,41 e 5,75), nella province del Guangxi e Guizhou ve ne sono rispettivamente 1,76 e 1,50.<sup>132</sup> Tali dati, aggregati a livello provinciale, non riescono peraltro a dar conto delle problematiche di accessibilità geografica al servizio ospedaliero presenti in molte aree rurali dell'entroterra, dove un villaggio può distare decine di chilometri da una struttura ospedaliera in grado di fornire anche il più basilare primo soccorso.

**Tabella 1.5** Strutture di erogazione del servizio sanitario (2005)

| Tipologia struttura          |  | Contesto<br>(Urbano/rurale) | N. Posti letto         |
|------------------------------|--|-----------------------------|------------------------|
| Italiano                     | Cinese                                 |                             |                        |
| Ospedali III livello         | <i>sanji yiyuan</i><br>三级医院            | Urbano                      | >500                   |
| Ospedali II livello          | <i>sanji yiyuan</i><br>二级医院            | Urbano e rurale             | >100; <500             |
| Ospedali I livello           | <i>yiji yiyuan</i><br>一级医院             | Urbano e rurale             | <100                   |
| Centri sanitari di quartiere | <i>shequ weishengyuan</i><br>社区卫生站     | Urbano                      | > 20<br>(ove presenti) |
| Centri sanitari di township  | <i>xiangzhen weishengyuan</i><br>乡镇卫生院 | Rurale                      | > 20<br>(ove presenti) |
| Ciniche di villaggio         | <i>cun weishengshi</i><br>村卫生室         | Rurale                      | -                      |

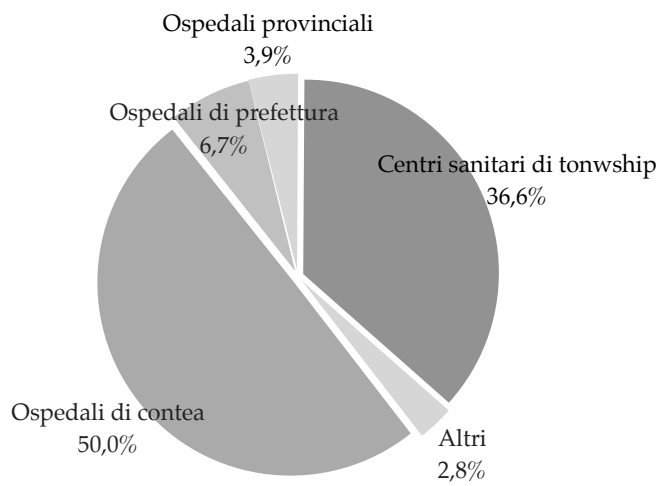
Nelle campagne una larga parte delle cure secondarie sono erogate dalle strutture a livello di contea e di *township*. Tra 2007 e 2008, circa l'86 per cento dei residenti rurali sottoposti a cure in regime di ricovero ospedaliero erano stati trattati in strutture appartenenti a questi due livelli (rispettivamente 50,0 per cento nelle strutture a livello di contea e 36,6 nelle strutture a livello di *township*).<sup>133</sup>

<sup>132</sup> *Ibidem*, p. 637.

<sup>133</sup> WEISHENG BU TONGJI XINXI ZHONGXIN 卫生部统计信息中心, 2008 nian..., cit., p.46, 39.

Larga parte delle cure ambulatoriali viene invece erogata dalle stazioni di villaggio.

**Figura 1.7** Casi di ospedalizzazione e strutture ospedaliere nelle aree rurali (2008).



## Capitolo 2. Erogazione del servizio sanitario e interessi economici

*Let us take the profit, the private economic profit, out of medicine,  
and purify our profession of rapacious individualism . . .  
Let us say to the people not 'How much have you got?'  
but 'How best can we serve you?'*

Dr. Norman Bethune (1936)<sup>1</sup>

### 2.1 Sinossi

In questo capitolo vengono presentate le conseguenze delle trasformazioni strutturali del sistema sanitario cinese in termini di erogazione del servizio in ambito rurale, nonché le modalità attraverso cui gli interessi privati afferenti alla fornitura del servizio sono andati creandosi e rafforzandosi, sfruttando lacune e criticità della regolamentazione esistente e attraverso modalità di gestione del personale in grado di incentivare la massimizzazione del profitto. Alla dimensione macroscopica delle trasformazioni post-maoiste, trattata nel capitolo precedente e avente quali coordinate le modificazioni dei fondamentali dell'intervento statale nel settore sanitario, fa riscontro in questo capitolo un'analisi puntuale dedicata ai meccanismi di difesa dell'interesse privato da parte delle strutture sanitarie rurali e del loro personale.

Tali meccanismi vengono presentati attraverso la descrizione della struttura delle entrate degli ospedali pubblici (con particolare riferimento agli ospedali di contea e *township*, i quali erogano la gran parte dei servizi sanitari nelle campagne), le modalità di compensazione delle prestazioni sanitarie, l'influenza dell'interesse economico nel determinare la tipologia di trattamenti erogati e la resistenza alle pressioni normative, quale riscontrabile nell'operato quotidiano all'interno delle

<sup>1</sup> HANNANT, *The Politics...*, cit., p.101.

strutture ospedaliere. La parte conclusiva del capitolo viene dedicata a presentare le principali contraddizioni esistenti fra il quadro generale delle politiche sanitarie e sociali elaborate dal governo centrale e l'atteggiamento delle autorità locali.

Il materiale presentato in questo capitolo è stato raccolto in larga misura sul campo tra il 2008 e il 2011. L'analisi si concentra sull'erogazione di trattamenti curativi, in considerazione della priorità accordata a quest'area dalle politiche di riforma avviate dall'amministrazione guidata da Hu Jintao e Wen Jiabao nel decennio appena trascorso. Fermo restando la priorità attribuita a quest'area, nel corso del capitolo viene fatto anche riferimento ad aree specifiche della sanità di base, in particolare immunizzazione e lotta alle malattie infettive. L'attenzione particolare dedicata nella trattazione alle dinamiche di erogazione del servizio nelle strutture di livello di *township* e di contea è altresì giustificata alla luce del ruolo svolto da queste nel fornire il servizio sanitario alle popolazioni rurali.<sup>2</sup>

## 2.2 Notazioni introduttive: entrate degli ospedali, metodi di pagamento, incentivi per il personale sanitario

Le trasformazioni del sistema di finanziamento occorse dopo l'avvio delle politiche di riforma e apertura hanno portato, come visto nel capitolo precedente, a una privatizzazione *de facto* del sistema sanitario, evidente già a metà anni Ottanta. Nonostante le strutture sanitarie su cui si basa in larga misura il sistema di erogazione dei servizi curativi nelle aree rurali (centri sanitari di *township*, ospedali di contea) rimangano in larghissima parte di proprietà dello Stato (oltre il 90 percento)<sup>3</sup> e, dunque, formalmente pubbliche, esse di fatto ricavano larga parte dei propri bilanci dalla vendita di servizi all'utenza. Questi sono pagati dai singoli

---

<sup>2</sup> Gli ospedali di contea in particolare si fanno carico del 50 percento dei ricoveri di residenti rurali (cfr. Capitolo 1, paragrafo 1.5). Come si avrà modo di notare più oltre, l'istituzione dello Smcr sembra aver incentivato il ricorso alle strutture sanitarie a livello di contea e inferiore, introducendo piani assicurativi che prevedono rimborsi più bassi (o nessun rimborso) per spese mediche sostenute al di fuori della propria contea di residenza. Vedi WEISHENG BU TONGJI XINXI ZHONGXIN 卫生部统计信息中心, 2008 *nian...*, cit., p. 46, 39.

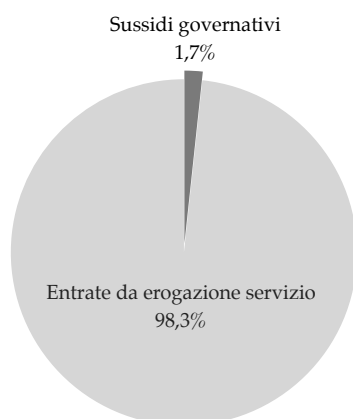
<sup>3</sup> LIU, "Reforming China's...", cit..



utenti attraverso contribuzioni dirette (pagamenti *out-of-pocket*) e attraverso i rimborsi degli schemi assicurativi in uso, nel caso dei residenti rurali lo Schema medico cooperativo rurale (Smcr),<sup>4</sup> il quale offre un rimborso parziale per i trattamenti erogati in regime di ricovero ospedaliero.

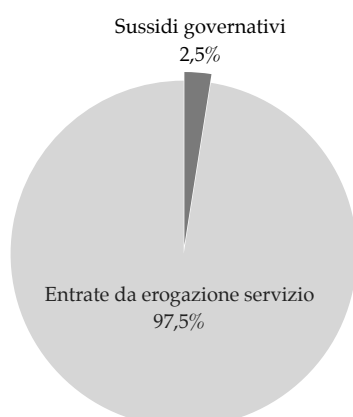
Come è possibile notare nelle figure 2.1 e 2.2, relative rispettivamente a un centro sanitario di *township* e un ospedale di contea situati nella provincia dello Hebei, i sussidi governativi arrivavano nel 2007 a coprire soltanto il due per cento del bilancio ospedaliero totale, con le entrate restanti originate dalla vendita dei servizi all'utenza.

**Figura 2.1** Centro sanitario *township* Dahedao (Hebei). Finanziamento e indicatori operativi (2007)<sup>5</sup>



| #  | Indicatore                      | Scala | Valore (2007) |
|----|---------------------------------|-------|---------------|
| 1  | Personale totale                | n.    | 8             |
| 2  | Medici                          | n.    | 5             |
| 3  | Infermieri                      | n.    | 2             |
| 4  | Entrate totali                  | RMB   | 295.406       |
| 5  | Entrate erogazione servizio     | RMB   | 290.406       |
| 6  | Sussidio governativo            | RMB   | 5.000         |
| 7  | Visite ambulatoriali            | n.    | 2.478         |
| 8  | Ricoveri                        | n.    | 275           |
| 9  | Parti in ospedale               | n.    | 0             |
| 10 | Tasso utilizzazione posti letto | %     | 75            |

**Figura 2.2** Ospedale di contea di Quzhou (Hebei). Finanziamento e indicatori operativi (2007)<sup>6</sup>



| #  | Indicatore                      | Scala | Valore (2007) |
|----|---------------------------------|-------|---------------|
| 1  | Personale totale                | n.    | 288           |
| 2  | Medici                          | n.    | 109           |
| 3  | Infermieri                      | n.    | 72            |
| 4  | Entrate totali                  | RMB   | 20.529.295    |
| 5  | Entrate erogazione servizio     | RMB   | 20.024.945    |
| 6  | Sussidio governativo            | RMB   | 554.350       |
| 7  | Visite ambulatoriali            | n.    | 125.043       |
| 8  | Ricoveri                        | n.    | 9.960         |
| 9  | Parti in ospedale               | n.    | 3.093         |
| 10 | Tasso utilizzazione posti letto | %     | 86            |

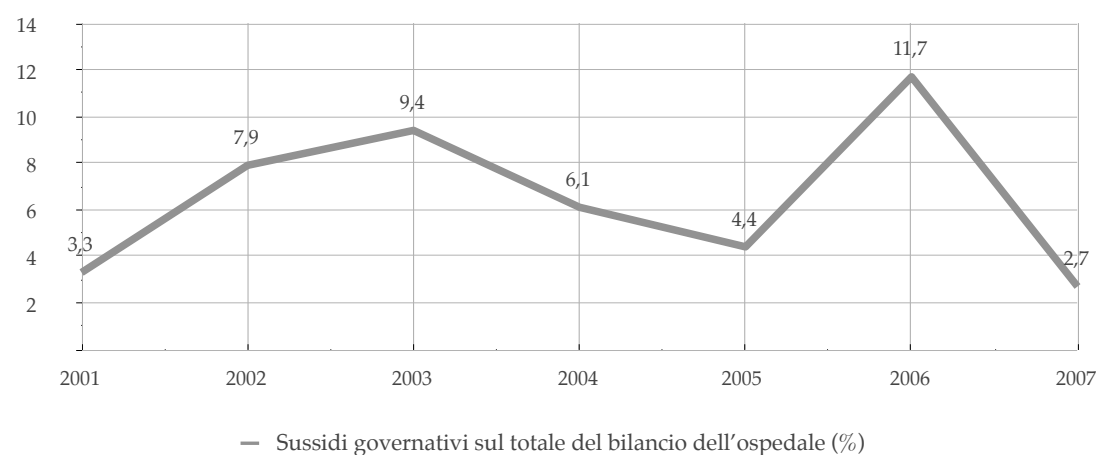
<sup>4</sup> Circa l'effettivo grado di protezione finanziaria assicurato dallo Smcr, vedi Capitolo 3, paragrafo 3.3.

<sup>5</sup> Dati raccolti dall'autore.

<sup>6</sup> *Ibidem*.

Nonostante l'incidenza del finanziamento governativo possa fluttuare in maniera considerevole, in particolare nel caso in cui vengano allocati fondi *ad hoc* per la costruzione e il rifacimento di infrastrutture o per l'acquisto di equipaggiamenti biomedicali, tuttavia, come è possibile notare in grafico 2.1, relativo al già citato ospedale di contea di Quzhou, anche tenendo conto di tali fluttuazioni la maggior parte del bilancio continua a essere costituita dalle entrate generate attraverso la fornitura del servizio all'utenza (nel caso specifico preso in considerazione, fra 2001 e 2007 l'ammontare del sussidio statale non è mai superiore al 12 per cento del bilancio totale dell'ospedale).

**Grafico 2.1** Ospedale di contea di Quzhou (Hebei). Sussidi governativi sul totale del bilancio ospedaliero (%)<sup>7</sup>



Una certa variabilità è inoltre riscontrabile prendendo in considerazione aree diverse. Secondo dati raccolti da uno studio dell'Accademia cinese di scienze sociali (*Chinese Academy of Social Sciences, CASS*), condotto nel 2009 nella Regione autonoma della Mongolia Interna in due centri sanitari di *sumu*,<sup>8</sup> i sussidi statali coprirebbero all'incirca 1/3 del bilancio annuale.<sup>9</sup> È tuttavia ragionevole ritenere che si tratti di casi sporadici. Su base nazionale, infatti, i valori medi della contribuzione statale attraverso sussidi alle spese correnti ospedaliere si aggira fra

<sup>7</sup> Dati raccolti dall'autore.

<sup>8</sup> La suddivisione amministrativa del *sumu* (苏木), utilizzata nella Regione autonoma della Mongolia interna, corrisponde alla *township* (xiang 乡).

<sup>9</sup> Dati comunicati da personale coinvolto nelle attività di ricerca. Doc Intervista #0429, 2010.

il 5 e il 10 percento,<sup>10</sup> su un valore dunque in linea dunque con quelli registrati nelle strutture sanitarie dello Hebei, riportati nelle figure 2.1 e 2.2.

Per quanto riguarda le strutture sanitarie di villaggio, primo livello di erogazione del servizio sanitario, i sussidi governativi non superano in genere i 1.000 RMB all'anno, a fronte di entrate complessive comprese generalmente fra i 10.000 e i 20.000 RMB annui.<sup>11 12</sup> Tali valori sono in linea con quelli registrati dall'Accademia cinese di scienze sociali nel corso delle attività di ricerca citate poc'anzi, secondo cui i sussidi statali erogati a favore dei medici di villaggio si aggirerebbero attorno ai 500 RMB/anno.<sup>13</sup> Anche nel caso delle cliniche di villaggio, dunque, la maggior parte delle entrate viene generata attraverso l'erogazione di servizi a pagamento.<sup>14</sup>

Il metodo di compensazione dei servizi sanitari comunemente utilizzato nelle strutture sanitarie rurali è basato su tariffari a prestazione (*fee-for-service*, FFS). Al paziente viene addebitato il costo di ogni procedura diagnostica e trattamento, da questi "consumato" dietro prescrizione del medico curante. I servizi vengono in genere classificati in una decina di categorie, secondo le dizioni riportate in tabella 2.1. Mano a mano che i trattamenti vengono somministrati al paziente, il relativo costo viene registrato dal personale infermieristico e amministrativo e inserito in un apposito registro, che accompagna la cartella clinica. Nelle strutture a livello di *township* tale procedura viene svolta generalmente utilizzando un supporto cartaceo, mentre nel caso di buona parte degli ospedali di contea l'inserimento dei dati avviene attraverso interfaccia digitali, ovvero strumenti informativi

---

<sup>10</sup> SUN *et al.*, "Pharmaceutical Policy...", cit., p. 1046.

<sup>11</sup> I dati riportati nel testo si riferiscono ad aree rurali nella provincia dello Hebei e dello Shaanxi. Doc Intervista #0408, 2008; Doc Intervista #0729, 2008.

<sup>12</sup> Nelle aree rurali cinesi, il reddito annuale pro-capite contadino nel 2008 era pari a circa 5.000 RMB. WEISHENG BU TONGJI XINXI ZHONGXIN 卫生部统计信息中心, 2008 *nian...*, cit., p. 7.

<sup>13</sup> Dati comunicati da personale coinvolto nelle attività di ricerca. Doc Intervista #0429, 2010.

<sup>14</sup> Rilevazioni dell'autore collocano fra 10.000 e 20.000 RMB le entrate lorde di una clinica di villaggio della Cina centro-settentrionale.

ospedalieri digitalizzati (cui faremo riferimento successivamente con l'acronimo HIS, *Hospital Information System*).

**Tabella 2.1** Categorie di spesa, ospedale di contea di Kaiyang, Guizhou (2008)<sup>15</sup>

| # | Categoria (italiano)      | Categoria (cinese)        | Note  |
|---|---------------------------|---------------------------|---|
| 1 | Ricovero                  | zhuyuan 住院                | Posto letto (trattamento in regime di ricovero ospedaliero)             |
| 2 | Esami clinici             | linchuang jiancha 临床检查    | Consultazione. Costi definiti in base a livello preparazione del medico |
| 3 | Diagnostica               | zhenduan 诊断               | Diagnostica: ultrasuoni, Tac, risonanza magnetica                       |
| 4 | Esami di laboratorio      | shiyanshi jiancha 实验室检查   | Analisi sangue, feci, urina, emocoltura                                 |
| 5 | Infermieristica           | huli 护理                   | Costi definiti in base a frequenza monitoraggio paziente                |
| 6 | Procedure non-chirurgiche | fei shoushu zhiliao 非手术治疗 | Preparazione pre-operatoria, cateterizzazione, ossigeno, ecc.           |
| 7 | Procedure chirurgiche     | shoushu 手术                | Procedure di anestesia e chirurgiche                                    |
| 8 | Farmaci occidentali       | xi yao 西药                 | Medicinali classificati come occidentali                                |
| 9 | Farmaci TCM patentati     | zhong cheng yao 中成药       | Farmaci derivati dalla medicina tradizionale cinese                     |

**Figura 2.3** Modalità calcolo spesa trattamenti in regime di FFS, ospedale di contea (stampato sistema HIS, caso di ricovero d'emergenza)<sup>16</sup>

DA SINISTRA VERSO DESTRA: NUMERO REGISTRAZIONE COGNOME E NOME TEMPO RICOVERO (DA...A...)

LISTA SPESA QUOTIDIANA PAZIENTE (DETTAGLIO)

患者日费用清单(明细)

患者号: [redacted] 姓名 [redacted] 时间 [redacted] 至: [redacted]

| 项目                 | 规格     | 数量    | 金额       |
|--------------------|--------|-------|----------|
| 5%葡萄糖(注射剂)         | 250ml  | 24.00 | 48.0000  |
| 5%葡萄糖(注射剂)         | 500ml  | 4.00  | 8.5200   |
| 甲硝唑(注射剂)           | 250ml  | 2.00  | 3.4600   |
| 氯化钾(注射剂)           | 10ml*6 | 16.00 | 5.5200   |
| 头孢曲松钠(注射剂)         | 1g     | 6.00  | 15.7800  |
| 头孢他啶(注射剂)          | 1.5g   | 17.00 | 413.1000 |
| 复方氨基酸[18AA-V](注射剂) | 250ml  | 2.00  | 68.0000  |
| 初诊建病历              |        | 1.00  | 2.0000   |
| 急诊查费               |        | 3.00  | 15.0000  |
| 住院查费               |        | 14.00 | 42.0000  |
| 救护车费(单位公里)         |        | 8.00  | 20.0000  |
| 普通病房床位费(四人间以上)     |        | 9.00  | 81.0000  |
| I级护理               |        | 9.00  | 72.0000  |
| 氧气吸入(小时)           |        | 7.00  | 14.0000  |
| 肌肉注射               |        | 1.00  | 1.0000   |
| 肌肉注射(皮试)           |        | 1.00  | 2.0000   |
| 静脉注射(静脉采血)         | 项      | 1.00  | 3.0000   |
| 静脉输液               |        | 9.00  | 45.0000  |
| 静脉输液(自第二瓶起每瓶收)     |        | 52.00 | 52.0000  |
| 中换药                |        | 3.00  | 45.0000  |

DA SINISTRA VERSO DESTRA: ARTICOLO DOSAGGIO QUANTITÀ COSTO

<sup>15</sup> Torkel SNELLINGEN, Ying SUN, Tina LI, Daniele BROMBAL, Jianping LIU, *Diagnosis Related Cost Containment for Patient Care in the Healthcare Service Provision in China: Evaluation of a Pilot Project in a Rural County Hospital of Southwest China, 2009*, (non pubblicato), p. 7.

<sup>16</sup> Materiali raccolti dall'autore.

Quale strumento di pura contabilità, il sistema di compensazione basato sui tariffari a prestazione non tiene conto della condizione clinica nel definire il livello di spesa associato alla cura di un dato paziente, ma si limita a elencare le voci consumate nel corso del trattamento. Risulta evidente come il sistema basato sul FFS sia per sua stessa natura in grado di condurre a una considerevole inflazione dei costi, in particolare laddove (come in Cina) il personale sanitario venga incentivato alla somministrazione di trattamenti all'utenza, nonché in contesti dove le assicurazioni sanitarie e le autorità governative non siano nelle condizioni di svolgere un'efficace supervisione sulla natura e la quantità dei trattamenti prescritti ai pazienti.

Al fine di razionalizzare la spesa sanitaria, in larga parte dei paesi industrializzati il FFS è stato sostituito a partire dagli anni Ottanta da sistemi di compensazione forfettari delle prestazioni erogate in regime di ricovero ospedaliero, basati sulle condizioni del paziente. Il sistema più comunemente utilizzato in tal senso è basato sui gruppi omogenei di diagnosi (Diagnosis Related Groups, DRGs). Questi classificano i pazienti in categorie diagnostiche, ciascuna delle quali raggruppa diagnosi il cui trattamento è stimato consumare un simile ammontare di risorse. Su tale stima, in misura dunque indipendente dal dettaglio delle procedure condotte, viene basata la compensazione del servizio sanitario da parte del singolo, delle assicurazioni o del sistema sanitario nazionale.

L'adozione di tale sistema di compensazione ha avuto un considerevole successo nel limitare la spesa sanitaria riconducibile a trattamenti ospedalieri.<sup>17</sup> È evidente peraltro come l'applicazione di sistemi forfettari quale quello basato sul DRG richiedano una attenta e precisa codifica della diagnosi del paziente (essenziale per inquadrarlo nell'appropriata categoria diagnostica), nonché

---

<sup>17</sup> Vedi Daniel LOUIS *et al.*, "Increasing Appropriateness of Hospital Admissions in the Emilia-Romagna Region of Italy", *Journal of Health Services Research and Policy*, 13, 4 (2008), p. 202; Gary HIRSCH *et al.*, "Achieving Health Care Reform in the United States: Toward a Whole-System Understanding", in "System Dynamics", 2005, <http://www.systemdynamics.org/conferences/2005/proceed/papers/HIRSC406.pdf>, 18/01/2012, p. 4. Vedi anche Thomas HALPER, "DRGs and the Idea of a Just Price", *Journal of Medical Philosophy*, 12, 2 (1987), pp. 155-164.

l'adozione di protocolli di trattamento standardizzati, in modo tale da assicurare la coerenza delle spese sostenute nel trattamento con la compensazione pagata alla struttura sanitaria.<sup>18 19</sup>

Piuttosto che sui metodi di compensazione delle prestazioni sanitarie (che come visto continuano a essere basati sul FFS) in Cina la strategia di controllo dei prezzi delle prestazioni sanitarie si basa essenzialmente sulla calmierazione dei prezzi di vendita al dettaglio, ovvero sui prezzi a cui i trattamenti e i medicinali vengono venduti presso le strutture pubbliche di erogazione del servizio. All'inizio degli anni Ottanta, al fine di ovviare alla diminuzione del finanziamento governativo, Pechino optò per fissare rigidamente i prezzi di prestazioni generiche (esami clinici, procedure non-chirurgiche e chirurgiche, ricovero, prestazioni professionali di carattere medico e infermieristico), lasciando margini di profitto per alcune categorie di servizi, in specie per la somministrazione di medicinali e per procedure diagnostiche ad alto contenuto tecnologico, quali radiografia a raggi X e, in anni più recenti, risonanza magnetica e Tac.<sup>20 21</sup>

---

<sup>18</sup> Un sistema di compensazione forfettario è stato testato in numerosi ospedali cinesi di secondo e terzo livello nel corso dell'ultimo decennio, coerentemente con le linee guida relative al controllo dei costi sanitari elaborate dal Ministero della sanità. Tuttavia, un'applicazione di sistemi di compensazione forfettaria dei servizi ospedalieri efficace e su larga scala rimane ostacolata da una serie di fattori, quali carenze riscontrabili nelle risorse umane (scarso addestramento relativo alla corretta codifica delle diagnosi), fattori di natura politica (opposizione delle strutture sanitarie all'introduzione di procedure in grado di comportare un maggiore controllo clinico e amministrativo), mancanza di istituzioni dotate delle competenze, e soprattutto indipendenza, necessarie a un controllo appropriato dell'operato delle strutture di erogazione del servizio sanitario. In merito alle problematiche di natura istituzionale relative all'adozione in Cina di sistemi di pagamento alternativi al FFS, vedi paragrafo 2.4.

<sup>19</sup> Il sistema di codifica della diagnosi dei pazienti più diffuso è l'*International Classification of Diseases* (ICD). Aggiornato periodicamente con il coordinamento dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), esso è giunto alla sua decima versione (ICD-10). In merito, vedi il sito internet dell'Oms, alla pagina <http://www.who.int/classifications/icd/en/> (ultima consultazione: 1 gennaio 2012).

<sup>20</sup> Adam WAGSTAFF *et al.*, *Reforming China's Rural Health System*, Washington DC, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2009, pp. 24, 116.

<sup>21</sup> Circa il pesante ricorso a procedure diagnostiche ad alto contenuto tecnologico e la irrazionale espansione del parco tecnologico negli ospedali cinesi, si veda in particolare Tony SAICH, *Governance and Politics of China, Second Edition*, Houndmills, Palgrave & MacMillan, 2004, p. 287. Tali dotazioni che spesso vengono utilizzate per pubblicizzare gli ospedali (cfr. Figura 2.4).

Figura 2.4 Promozione e dotazioni tecnologiche, ospedale di contea di Xiangtan<sup>22</sup>.

湘潭县人民医院

L'ospedale del popolo di contea di Xiangtan è stato istituito nel 1939. È un ospedale generale di secondo livello (grado A) con funzioni di emergenza, insegnamento, sanità di base [...]

L'ambiente dell'ospedale è molto bello e le condizioni confortevoli [...] l'ospedale dispone di Tac, equipaggiamento radiografico multi-funzione da 800 milliAmpere, radiologia computerizzata, radiologia digitale, analizzatore biochimico automatico, ecografo color doppler, gastroscopio elettronico [...]

湘潭县人民医院始建于1939年。是一所集医疗急救、教学科研、预防保健于一体的国家二级甲等综合医院，也是湘潭县农村三级医疗网络龙头医院。

医院分为总院、老院和马石分院一院三址。总院位于湘潭县新县城易俗河玉兰中路432#，占地面积82124.01平方米，分为医疗区、行政区和生活区。老院位于老县城沿江东路180#，占地面积11339平方米。医院功能齐备，科室齐全。共开设临床住院病区31个，医技药科室5个，职能科室18个，病床1000余张。现有在岗人员近千人，专业人员占总人数87%。其中，本科以上学历（含研究生）学历人员占30%。在岗专业技术人员中，高级职称人员45人，中级职称人员173人。

医院环境优美，条件舒适。新建的外科大楼和装修改造后的内科大楼中央空调、中央监护、中心供氧、中心吸引等先进设施一应俱全。新建的洁净手术室、重症医学科、血液净化科和健康管理中心均达到国家三级医院标准要求。医院引进了直线加速器、核磁共振和心脏介入设备。拥有螺旋CT、800mA DSA多功能X光机、CR、DR、全自动生化分析仪、四维彩超、电子胃镜、电子肠镜、电子腹腔镜、钦激光结石诊疗仪、白内障超声乳化仪等大型先进的尖端设备20余台/件，拥有固定资产3亿元。

医院秉承“人民医院—老百姓自己的医院”的办院宗旨，谨守“厚德、精医、博爱、创新”的院训；以全国百姓放心示范医院创建为契机，以医院管理年活动和医疗质量万里行活动的开展为抓手，科学管理，广纳贤才，锐意进取，不断创新，真正做到“一切以病人为中心”，以科学发展观为指导，医院实现了快速、稳步地向前发展。近年来，医院先后获得了“全国百姓放心示范医院”、“全国大医精诚先进单位”、“湘潭市文明单位标兵单位”、“湘潭市价格诚信示范单位”等荣誉称号。在长株潭经济一体化建设规划中，医院将被列为近三年国家重点投资建设县级综合医院和湘潭市三级医院创建单位。

医院历史悠久，科室齐全，特色突出，服务周到。全院医务人员将以不求平凡，只求卓越的精神，竭力为全县患者提供全方位、多层次、高水准的综合现代化的医疗服务。



Nel caso specifico dei medicinali, la cui regolamentazione in termini di prezzo spetta alla Commissione nazionale per la riforma e lo sviluppo, agli ospedali è stato concesso di sfruttare un margine di profitto sino al 15 per cento del prezzo di acquisto all'ingrosso nel caso dei farmaci occidentali, 30 per cento nel caso dei farmaci derivati dalla farmacopea cinese.<sup>23 24 25</sup> Fino al 2000, l'intera gamma di medicinali era regolata dalla NDRC secondo tali criteri. In anni più recenti, Pechino ha adottato un approccio più selettivo, concentrando la funzione di regolamentazione su un numero limitato di farmaci, definiti essenziali. Nel 2009 tali farmaci costituivano il 10 per cento sul totale di quelli commercializzati in Cina, pari al 40 per cento delle spesa farmaceutica.<sup>26</sup> Pechino nel 2009 ha avviato riforme per ampliare lo spettro dei farmaci essenziali, che dovrebbero arrivare a coprire i trattamenti per la quasi totalità delle patologie più comuni, facendo richiesta alle

<sup>22</sup> Vedi il sito internet dell'ospedale, all'indirizzo: <http://www.txrmyy.cn/#> (ultima consultazione 1 gennaio 2012).

<sup>23</sup> A livello nazionale la NDRC definisce in maniera indicativa il prezzo dei prodotti farmaceutici oggetto di regolamentazione, lasciando un certo grado discrezionalità alle competenti autorità provinciali nel fissare i prezzi di vendita al dettaglio.

<sup>24</sup> LIU, YI, "The Health...", cit., p. 24.

<sup>25</sup> MENG, *Health Care...*, cit., pp. 14-15.

<sup>26</sup> WAGSTAFF *et al.*, "Reforming...", cit., pp. 24, 117.

strutture di livello più basso (nel caso delle aree rurali, cliniche di villaggio e centri sanitari di *township*) di prescrivere soltanto farmaci inclusi nella lista.<sup>27</sup> In virtù della possibilità di generare maggiori entrate attraverso le vendite di farmaci (sia grazie alla possibilità di esercitare un margine di profitto sulla vendita degli stessi, sia attraverso la prescrizione e vendita di farmaci non oggetto di rigida regolamentazione da parte del governo), la prescrizione degli stessi è fortemente incentivata: fra il 40 e il 50 per cento delle entrate delle strutture ospedaliere cinesi deriva infatti dalla prescrizione di farmaci.<sup>28</sup>

Le forme di compensazione dei servizi ospedalieri e di regolamentazione dei prezzi sono strettamente legate al sistema di incentivi che, a partire dai primi anni Ottanta, viene comunemente utilizzato per la gestione del personale ospedaliero. Al fine di incentivare l'erogazione di servizi è comune negli ospedali cinesi corrispondere bonus in busta paga ai medici, calcolati sulla base del valore dei servizi erogati.<sup>29</sup> I sistemi HIS, che come abbiamo visto registrano ogni voce somministrata al paziente (procedure diagnostiche e terapeutiche, farmaci, ecc.) e il suo costo relativo, tiene traccia anche del medico che ne ha ordinato la somministrazione. I bonus vengono calcolati in genere su base percentuale rispetto al costo del trattamento. Secondo le testimonianze raccolte dall'autore in un ospedale di contea di medie dimensioni situato nella Cina centro-settentrionale, gli incentivi permetterebbero di raddoppiare il salario base fornito dal governo, pari a circa 2.500 RMB al mese.<sup>30</sup> Altre testimonianze collocano l'ammontare dei bonus a 100.000 RMB e oltre, nel caso di personale medico impiegato in ospedali situati nelle maggiori città cinesi, in grado di erogare servizi di elevata complessità.<sup>31</sup>

---

<sup>27</sup> Daniele BROMBAL, Giorgio CORTASSA, "Le riforme...", cit., p. 196. Per una introduzione dettagliata delle misure di riforma relative al settore farmaceutico avviate nel 2009 e del dibattito relativo fra industria farmaceutica, strutture di erogazione del servizio e autorità governative, si veda il capitolo conclusivo.

<sup>28</sup> SUN *et al.*, "Pharmaceutical Policy...", cit., p. 1046.

<sup>29</sup> Winnie YIP, "P4P and China's Health Care Reform: Current State, Opportunities and Challenges", in "Performance Based Financing", 2011, <http://performancebasedfinancing.files.wordpress.com/2011/05/cerdi-china-may-11-2011.ppt>, 20/12/2011, p. 5.

<sup>30</sup> Doc Intervista #0418, 2008.

<sup>31</sup> Doc Testimonianza #0629, 2011.



Le modalità dettagliate di funzionamento degli incentivi vengono stabilite in genere dalle singole strutture ospedaliere e sono caratterizzate da un grado notevole di standardizzazione amministrativa. In taluni casi, le strutture ospedaliere, al fine di incentivare ulteriormente il proprio personale alla somministrazione di trattamenti, trattengono a monte parte del salario governativo destinato al personale medico. L'Ospedale di medicina tradizionale cinese di Shenyang, nella provincia nord-orientale del Liaoning, nel 2003 ha adottato uno schema di compensazione per il proprio personale medico e infermieristico in base al quale al personale viene corrisposto soltanto il 30 per cento del salario base, mentre la direzione ospedaliera fa espressamente invito a sopperirvi attraverso "altre vie", ovvero l'erogazione di servizi in grado di garantire bonus elevati. Al fine di facilitare tale processo, l'ospedale stesso ha stabilito uno schema di incentivi, fissando i benefici relativi alla somministrazione dei diversi trattamenti, basati in misura percentuale (e, in taluni casi, assoluta) sul prezzo di vendita all'utenza dei diversi servizi: 11 per cento nel caso di medicine di erboristeria, 13 per cento per iniezioni e cambio dei bendaggi, 17 RMB per una Tac, e così via.<sup>32</sup>

In maniera simile, nel centro sanitario di *township* di Sanyi (Mongolia Interna), circa il 45 per cento dei salari per il personale viene trattenuto dalla direzione del centro sanitario, con un canale di compensazione addizionale basato su indicatori quali l'ammontare di lavoro svolto e, soprattutto, il volume di servizi erogato:

Gli indicatori per la valutazione includono l'ammontare del lavoro svolto dal personale medico. In genere, quanti riescono a generare maggiori entrate per l'ospedale ottengono un salario più alto. Si tratta di un insieme di indicatori che giocano un ruolo importante nel guidare il meccanismo degli incentivi.<sup>33</sup>

La corresponsione di bonus al personale medico va distinta dal fenomeno dei pagamenti informali, chiamati in Cina *hongbao* 红包, "busta rossa", sovente

---

<sup>32</sup> YANG Jinqing, "Serve the...", cit., p. 12.

<sup>33</sup> Doc Intervista #0429, 2010.

stimolati dal personale sanitario, che in cambio offre la garanzia di occuparsi del malato in maniera solerte e professionale.<sup>34</sup> Nonostante non vi siano dati precisi e quantitativamente rappresentativi sul fenomeno, evidenze aneddotiche confermano la diffusione di tale costume. Due testimonianze rese da utenti del servizio sanitario permettono di inquadrare in maniera più precisa il fenomeno. Secondo la sig.ra Sui, residente di un villaggio della Mongolia Interna:

Se non regaliamo qualcosa ai medici, quelli nemmeno ci degnano di uno sguardo. L'ultima volta che sono stata all'ospedale per quel mio vecchio malanno alla schiena, ho dovuto offrire una cena da 160 RMB<sup>35</sup> al mio medico curante!<sup>36</sup>

Il sig. Liu, contadino della Mongolia Interna, nel raccontare la vicenda del fratello, investito da un'auto mentre si recava a lavorare il proprio appezzamento di terreno, si lamenta così della scarsa efficacia delle cure: "Hanno fatto due operazioni a mio fratello, prima delle quali abbiamo offerto una cena al chirurgo che avrebbe dovuto operarlo, spendendo circa 1.000 RMB. Alla fine [...] è rimasto sciancato e non può più lavorare nei campi."<sup>37</sup>

Mentre i bonus forniti in busta paga rappresentano una forma riconosciuta, istituzionalizzata e regolata amministrativamente di incentivi, la corresponsione di "buste rosse" si configura propriamente come fenomeno di corruzione, accomunabile ad analoghi fenomeni che vedono le aziende farmaceutiche spingere la somministrazione di propri prodotti attraverso il pagamento di bustarelle a personale impiegato con mansioni sia cliniche che manageriali.<sup>38 39</sup>

<sup>34</sup> I pagamenti informali erano comuni anche in era maoista. Vedi YANG Jinqing, "Serve the...", cit., p. 6.

<sup>35</sup> Nell'area considerata, il reddito pro-capite contadino medio annuale si aggirava, nel momento in cui questa testimonianza veniva raccolta, attorno ai 1.500 RMB.

<sup>36</sup> Doc Intervista # 0715c, 2008.

<sup>37</sup> Il sig. Liu quantificava in circa 1.000 RMB la spesa sostenuta in cene offerte al personale sanitario dell'ospedale che aveva in cura il fratello. Doc Intervista #0715a, 2008.

<sup>38</sup> Sul tema, vedi Gordon WHITE, "Corruption and the Transition from Socialism in China", *Journal of Law and Society*, 23, 1 (1996), pp. 149-169. In riferimento alla sanità, vedi Maureen LEWIS, "Governance and Corruption in Public Health Care Systems", *Center for global development working paper*, 78 (2006) .

<sup>39</sup> Cfr. Riquadro 2.1 Incentivi economici e etica medica socialista e Riquadro 2.2 Mercato farmaceutico, interessi economici e incentivi alla commercializzazione.

Gli incentivi economici all'erogazione di servizi costosi, a prescindere dalla loro reale utilità ed efficacia, vengono spesso indicati fra le principali cause dell'aumento del costo medio dei trattamenti registrato in Cina dall'avvio del processo di sostanziale privatizzazione del sistema sanitario, nei primi anni Ottanta. Un aumento, è il caso di notare, più rapido che non quello dei redditi, in particolare dopo il primo periodo di forte crescita dell'economia rurale immediatamente successivo all'introduzione del sistema di responsabilità familiare nel 1983. La contabilità tenuta dai funzionari del ministero della Sanità circa i prezzi delle prestazioni erogate restituisce in merito un quadro critico: fra il 1980 e il 2004, il costo medio dei trattamenti ambulatoriali e ospedalieri aumenta su scala nazionale rispettivamente di 77 e 116 volte (da 1,6 a 12,7 RMB e da 40 a 4.662 RMB rispettivamente), a fronte di un aumento dei redditi stimato fra le 14 e 18 volte.<sup>40</sup>

---

<sup>40</sup> Zhang JUNHUA, "The Progress of Chinese Health Reform", relazione resa nel corso del seminario *Developing Welfare Instruments for the Health Care Sector: Reform Perspectives from the P.R.China*, Dipartimento di Studi sull'Asia Orientale, Università Ca' Foscari di Venezia, 31 maggio 2010, p. 5.

### **Riquadro 2.1 Incentivi economici ed etica medica socialista**

L'istituzione di incentivi di natura economica si presta a valutazioni di carattere socio-culturale qualora si prendano in considerazione gli incentivi morali tipici dell'epoca maoista, allineati ai modelli di virtù rivoluzionaria atti a ispirare la condotta sociale della popolazione (quale la leggendaria figura di Lei Feng 雷锋, incarnazione dell'ideale rivoluzionario<sup>17</sup>) e ispirati al motto "salvare il morente e curare il ferito" (*qiu si fu shang* 救死扶伤). Tali motivi sono rimasti dominanti nel discorso politico anche dopo l'avvio delle politiche di riforma e apertura, con il ricorso a concetti quali quello di "etica medica socialista" *shehuizhuyi yixue daode* 社会主义医学道德, riassumibile nell'espressione *wusi fengxian* 无私奉献 "sacrificarsi in modo disinteressato", sino alla già citata "guerra del popolo alla SARS", dichiarata da Hu Jintao nel 2003 ("Attivare l'intero Partito, mobilitare tutta la popolazione, vincere la dura battaglia contro la SARS!" *quan dang dong yuan* 、 *quan min dong shou* , *jianjue daying feidian fangzhi yingzhang* 全党动员、全民动手, 坚决打赢非典防治硬仗). Tuttavia, come avremo modo di osservare nel prossimo paragrafo, nella pratica quotidiana l'ossequio a tali valori si risolve spesso in semplice rispetto formale, ovvero di facciata, lasciando spazio a considerazioni ispirate all'interesse personale.<sup>41</sup> Sarebbe del resto un errore proporre una visione "romantica" della medicina maoista: di fatto, la supposta volontà di servire le masse si risolveva spesso in coercizione da parte delle autorità (come nel caso del trasferimento "volontario" di 100.000 medici di città nelle campagne nel corso della Rivoluzione Culturale), o in un puro esercizio formale.<sup>42 43</sup>

---

<sup>41</sup> Daniele BROMBAL, "Politiche sanitarie nella Cina contemporanea. Necessità sociali, interessi economici e dinamiche politiche", articolo presentato durante il XIII Congresso dell'Associazione Italiana di Studi Cinesi, Università di Milano Bicocca, 22 settembre 2011, p. 7.

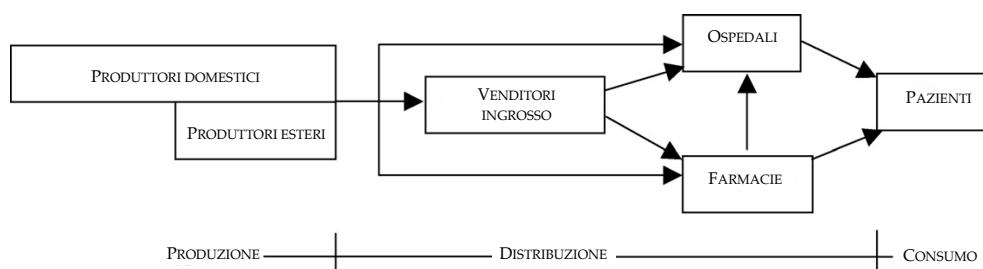
<sup>42</sup> LAMPTON, *The Politics...*, cit., pp. 213, 228.

<sup>43</sup> Per una stimolante trattazione circa i modelli di comportamento e aspettative individuali in epoca maoista si veda Lucian PYE, "The State and the Individual: An Overview Interpretation", in Brian HOOK, *The Individual and the State in China*, Oxford, Clarendon Press, 1996, pp. 16-42. Per il recupero da parte dell'amministrazione Hu-Wen di concetti politici e della retorica tipici dell'epoca maoista, vedi Elizabeth J. PERRY, "Studying Chinese...", cit. e Marina MIRANDA, "Il 'maoismo'..." cit..

## Riquadro 2.2 Mercato farmaceutico, interessi economici e incentivi alla commercializzazione

Gli interessi delle strutture di erogazione del servizio sanitario sono strettamente legati a quelli dell'industria farmaceutica. Le vendite di farmaci degli ospedali costituiscono i 4/5 di tutte le vendite al dettaglio di medicinali, mentre in media il 40-50 per cento delle entrate di un ospedale deriva dalla prescrizione di farmaci.<sup>44</sup> Dagli anni Ottanta, il settore farmaceutico si è sviluppato molto rapidamente. Mentre in precedenza i piani di produzione (tipologia e quantità di medicinali da produrre) erano decisi dal governo, contestualmente alle riforme economiche è stato permesso alle aziende di produrre sulla base della domanda di mercato. Nel 2005, i produttori farmaceutici cinesi erano circa 4.600, contro gli 800 dei primi anni Ottanta. Nello stesso lasso di tempo, il valore della produzione domestica è cresciuto da dieci miliardi di RMB a oltre 446 nel 2005.<sup>45</sup> Il mercato è caratterizzato da un'elevata frammentazione. Nel 2007, le vendite delle dieci più grandi aziende operanti sul mercato costituivano il 10 per cento sul totale delle vendite di prodotti farmaceutici, un valore esiguo se comparato allo stesso parametro misurato su scala globale, con il 42 per cento delle entrate concentrate nelle dieci più grandi multinazionali del farmaco.<sup>46</sup> I farmaci, prima delle riforme distribuiti attraverso rivenditori controllati dal governo, possono essere ora venduti anche direttamente dal singolo produttore agli ospedali. Agenti delle aziende farmaceutiche contattano direttamente manager ospedalieri e medici, offrendo incentivi—commissioni, bustarelle, doni—per incoraggiare l'acquisto e/o la prescrizione dei propri prodotti<sup>47</sup>.

**Figura 2.5** Produzione, distribuzione e consumo dei prodotti farmaceutici<sup>48</sup>



<sup>44</sup> SUN *et al.*, "Pharmaceutical Policy...", cit., p. 1046.

<sup>45</sup> Shenglan TANG *et al.*, "Pharmaceutical Policy in China: Issues and Problems", in "Who", [http://archives.who.int/tbs/ChinesePharmaceuticalPolicy/English\\_Background\\_Documents/summarypapers/PPChinaIssuesProblemsShenglan.doc](http://archives.who.int/tbs/ChinesePharmaceuticalPolicy/English_Background_Documents/summarypapers/PPChinaIssuesProblemsShenglan.doc), 30/08/2011, p.3.

<sup>46</sup> SUN *et al.*, "Pharmaceutical Policy...", cit., p. 1043.

<sup>47</sup> Xuan YU *et al.*, "Pharmaceutical Supply Chain in China. Current Issues and Implications for Health System Reform", *Health Policy* 97, 1 (2010), pp. 10-11.

<sup>48</sup> *Ibidem*, p. 10.

### 2.3 Fornitura selettiva dei trattamenti e assoggettamento selettivo alla regolamentazione

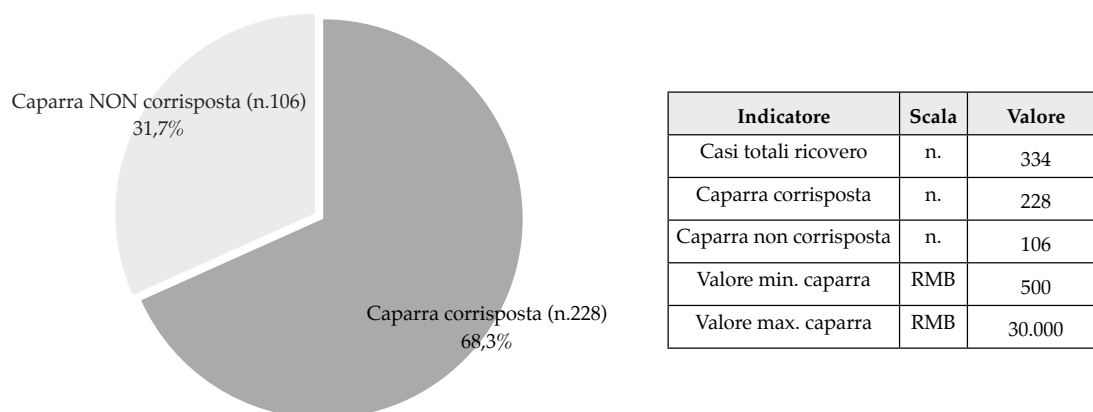
La presenza di incentivi economici perversi, i meccanismi di compensazione delle prestazioni slegati rispetto alle condizioni del paziente e un tariffario distorto producono pesanti ricadute sulla pratica clinica quotidiana. Tali ricadute si manifestano essenzialmente in due aspetti, ovvero la fornitura selettiva di servizi (con la preferenza accordata a servizi costosi, a prescindere dalla loro reale utilità ed efficacia, e la scarsa propensione all'erogazione di servizi di sanità pubblica, poco remunerativi) e l'assoggettamento selettivo alla regolamentazione, ravvisabile in particolare nella gestione dei casi di ricovero in situazione di emergenza. L'introduzione del percorso del paziente in regime di ricovero ospedaliero, come osservato dall'autore nel corso di visite di studio condotte presso strutture sanitarie rurali, permette di comprendere come le suddette dinamiche abbiano un impatto diretto sulle modalità attraverso cui il servizio sanitario viene erogato, sulla capacità di soddisfare le necessità sanitarie della popolazione nonché, in ultima analisi, la tipologia di rapporto fra medico e paziente.

Al momento del ricovero, il *triage* (valutazione della condizione del paziente, in base alla quale impostare le successive cure) viene generalmente sostituito da una distinzione operata sulla base della liquidità disponibile al paziente. È comune infatti la richiesta di una caparra a copertura parziale delle spese che saranno sostenute per le cure. Nel caso in cui questa non venga fornita, le cure vengono in genere posposte, ovvero vengono somministrati trattamenti "palliativi". È comune negli ospedali cinesi imbattersi in reparti d'emergenza e primo soccorso dotati di un'apposita sala (spesso stipata di pazienti) dove vengono somministrate ai pazienti fleboclisi. Secondo un medico espatriato, da anni attivo in Cina, ciò permetterebbe alle strutture ospedaliere di assicurare una conformità formale al ruolo che esse dovrebbero svolgere (ovvero fornire cure sollecite, indipendentemente dal denaro disponibile al paziente). "La realtà", continua il

medico, “è un’altra, ovvero che tali trattamenti vengono somministrati in vece delle cure che sarebbero appropriate. Sono per lo più inutili, quando non dannosi”.<sup>49</sup>

La richiesta di una caparra all’atto del ricovero, pratica generalizzata nei casi in cui questo venga programmato con un certo anticipo, è comune anche in casi di emergenza, costituendo un ostacolo spesso insormontabile all’accesso alle cure. Secondo dati raccolti nell’estate del 2008 ed elaborati dall’autore,<sup>50</sup> su 334 casi di ricovero in condizioni critiche fatti oggetto di studio, in 228 casi (68,3 per cento) era stato richiesto il pagamento di una caparra. In un caso (fratture multiple a seguito di un incidente stradale), l’ammontare del pagamento anticipato richiesto dall’ospedale arrivava a 30.000 RMB, dieci volte il reddito pro-capite annuale del luogo.

**Figura 2.6** Casi di ricovero ospedaliero e pagamento anticipato. Cina centrale (2008)<sup>51</sup>



<sup>49</sup> Doc Testimonianza #1013, 2011.

<sup>50</sup> Dati raccolti nel corso del progetto di cui in Introduzione, paragrafo IV (d), condotto da Unità di coordinamento sanitario di Pechino della Cooperazione Italiana allo Sviluppo e Centro risorse umane del Ministero della sanità della Repubblica popolare cinese. Con l’espressione “condizioni critiche” si fa qui riferimento alla percezione del paziente e/o dei suoi famigliari, intervistati nel corso delle attività di ricerca. È plausibile ritenere che, a volte, la percezione di criticità da parte di quanti direttamente interessati non corrisponda a casi per i quali sia necessario un trattamento d’urgenza. D’altro canto, evidenze raccolte attraverso interviste approfondite, nonché la comune refrattarietà dei contadini cinesi a ricorrere alle cure ospedaliere (poiché costose) rassicurano circa la capacità dei dati raccolti di descrivere in termini attendibili la situazione nelle campagne cinesi.

<sup>51</sup> Dati elaborati dall’autore.

La pratica che vede il personale sanitario richiedere una caparra al momento dell'ammissione è talmente radicata che, talvolta, rischia di precludere persino il trasporto all'ospedale, come risulta dalla testimonianza di un imprenditore italiano, resa nel 2005:

Era notte fonda e stavamo rientrando da una cena di lavoro, quando la nostra auto scortata dalla polizia urtò un contadino, che procedeva lentamente sulla sua bicicletta [. . .] l'uomo restò a terra, ferito alla testa, con molto sangue. Qualcuno del nostro seguito chiamò un'ambulanza. All'arrivo dei paramedici, questi, una volta constatate sommariamente le condizioni dell'uomo, iniziarono a discutere con altre persone presenti. Non capivamo cosa stesse succedendo, e perché non portassero rapidamente il ferito all'ospedale [. . .] dopo alcuni minuti, l'interprete mi disse che l'uomo non aveva con sé del denaro e che nessuno sapeva dove fossero i suoi famigliari [i quali avrebbero potuto pagare la caparra]. Chiedevano una cifra corrispondente, se non ricordo male, a circa 300 dollari per trasportarlo.<sup>52</sup> Mi feci avanti io per pagarli, e così caricarono l'uomo sull'ambulanza [. . .] Fu comunque inutile, morì il giorno successivo per le ferite riportate.<sup>53</sup>

È evidente, in simili casi, un mancato assoggettamento alla normativa vigente, giustificato dalla necessità, sentita dalle strutture sanitarie, di assicurarsi che il pagamento del servizio venga saldato. La regolamentazione in vigore, infatti, proibisce al personale medico di agire in modo tale da nuocere al paziente, negando il trattamento d'emergenza.<sup>54</sup> Il problema è talmente diffuso che nel 2009 il Ministero della sanità ha reiterato in un provvedimento normativo *ad hoc* il concetto "prima procedere in maniera rapida al trattamento, poi pagare" (*xian jishi qiuzhi, hou bujiao feiyong* 先及时求治, 后补交费用).<sup>55</sup>

---

<sup>52</sup> Al momento dell'incidente, nell'area considerata l'ammontare richiesto per il trasporto in ospedale del contadino ferito (come riportato nel corso dell'intervista) corrispondeva al reddito contadino pro-capite medio di un anno.

<sup>53</sup> Doc Intervista #0901, 2005.

<sup>54</sup> QUANGUO RENMIN DAIBIAO DAHUI 全国人民代表大会, *Zhonghua renmin gongheguo zhiye yishi fa* 中华人民共和国执业医师法 (Legge della Repubblica Popolare Cinese sui medici autorizzati).

<sup>55</sup> WEISHENG BU 卫生部, *Jizhenke jianshe yu guanli zhinan (shixing)* 急诊科建设与管理指南 (试行) (Istruzioni sull'istituzione e la gestione di reparti di emergenza).



L'ammontare della caparra corrisposta al personale amministrativo viene registrata nel sistema informativo ospedaliero. Negli ospedali di contea oggetto di visita di studio nel corso delle attività di ricerca, il sistema funziona su supporto digitale e i dati di spesa associabili al singolo paziente erano visibili in tempo reale sui monitor dei terminali presenti nell'ufficio accettazione e nei singoli reparti (vedi Figura 2.7). Nel corso del ricovero, gli importi corrispondenti alle singole unità di servizio consumate dal paziente vengono inseriti dal personale ospedaliero nel sistema HIS e automaticamente sottratti dall'ammontare del pagamento anticipato, corrisposto al momento del ricovero. A esaurimento della caparra si ripropongono le dinamiche poc'anzi descritte con riferimento al ricovero: il personale di reparto generalmente richiede al paziente (o, se questi non è in condizione per interagire, ai suoi familiari) di versare una seconda caparra atta a permettere la prosecuzione del trattamento, secondo un ammontare definito dal medico che ha in cura il paziente. Nel caso in cui questa caparra non venga corrisposta, generalmente le cure vengono posposte o interrotte, e al paziente non resta che richiedere la dimissione "contro parere medico".

Figura 2.7 Sistema informativo sanitario: dati anagrafici e di pagamento, ospedale di contea (2010)<sup>56</sup>

The screenshot displays a software interface for patient registration and payment management. On the left, there are labels in Italian with arrows pointing to specific fields in the Chinese interface:

- REPARTO (Department) points to 住院科室 (Inpatient Department).
- NUMERO LETTO (Bed Number) points to 床位号 (Bed Number).
- COGNOME E NOME PAZIENTE (Patient Surname and Name) points to 姓名 (Name).
- MEDICO INCARICATO DEL RICOVERO OSPEDALIERO (Hospital Admitting Doctor) points to 住医医师 (Attending Physician).
- DATI PAGAMENTO: PAGAMENTO ANTICIPATO (3.800,00RMB) (Payment Data: Advance Payment) points to 预交金额 (Advance Payment Amount).
- AMMONTARE TRATTAMENTI PRESCRITTI (3.719,17 RMB) (Prescribed Treatment Amount) points to 费用合计 (Total Fee).
- BILANCIO RIMANENTE (8,83 RMB) (Remaining Balance) points to 余额 (Balance).

The right side of the interface shows a table of charges:

| 行   | 收费科目   | 单价     | 用量 | 金额     | 优惠金额 | 现金                            |
|-----|--------|--------|----|--------|------|-------------------------------|
| 1   | 内一科材料费 | 6.16   | 1  | 6.16   | 0.00 | <input type="checkbox"/> 2010 |
| 2   | 静脉注射   | 3.50   | 9  | 31.50  | 0.00 | <input type="checkbox"/> 2010 |
| 3   | 西药费..  | 147.04 | 1  | 147.04 | 0.00 | <input type="checkbox"/> 2010 |
| 4   | 西药费..  | 16.95  | 1  | 16.95  | 0.00 | <input type="checkbox"/> 2010 |
| 合计: |        |        |    | 201.65 |      |                               |

<sup>56</sup> Materiali raccolti dall'autore.

È comune osservare negli ospedali cinesi discussioni tra pazienti e/o loro famigliari e medici, aventi come oggetto diverse opzioni terapeutiche praticabili, a seconda della somma di denaro disponibile per pagare il trattamento. Si tratta, come ovvio, di un dialogo caratterizzato da una evidente asimmetria di informazioni, stante la palese impossibilità per pazienti e loro famigliari di valutare in maniera fondata l'operato del medico curante e del personale sanitario in genere, in specie in condizioni di criticità che rendono impossibile richiedere un secondo parere circa la migliore soluzione da adottare in termini di trattamento.<sup>57</sup>

La tendenza delle strutture sanitarie di erogare servizi sulla base della loro redditività per l'ospedale e il personale medico, anziché sulla base di garanzie di sicurezza ed efficacia, è stata ampiamente dimostrata. Secondo uno studio condotto nel 1998-99 in quattro centri sanitari di *township* e otto cliniche di villaggio, meno del due per cento delle prescrizioni di medicinali erano da considerarsi fondate dal punto di vista medico.<sup>58</sup> Un'altra ricerca, condotta da Liu Xingzhu e Anne Mills, ha verificato come il 20 per cento delle spese ospedaliere associate con il trattamento dell'appendicite fossero clinicamente non necessarie,<sup>59</sup> mentre secondo stime (peraltro piuttosto conservative) pubblicate nel 2001, dal 20 al 30 per cento della spesa sanitaria cinese sarebbe riconducibile a servizi e medicinali la cui prescrizione sarebbe irrazionale o non necessaria.<sup>60</sup>

Adam Wagstaff, in uno studio condotto nel 2009 su commissione della Banca mondiale, sostiene che pratiche di fornitura selettiva del servizio, così diffuse per i servizi curativi erogati dagli ospedali, sarebbero evidenti anche nel caso dei servizi

---

<sup>57</sup> L'asimmetria informativa può essere definita come una differenza nella quantità e qualità di informazioni disponibili a parti diverse coinvolte in una transazione, tale da determinare un vantaggio di una o più delle parti, condizionando l'esito della transazione stessa. In merito, vedi il glossario dell'Organizzazione mondiale della sanità, accessibile all'indirizzo <http://www.who.int/health-systems-performance/docs/glossary.htm> (ultima consultazione: 1 gennaio 2012).

<sup>58</sup> Karen EGGLESTON *et al.*, "Health Service Delivery in China. A Literature Review", *World Bank Policy Research Working Paper* 3978, 2006, p. 1.

<sup>59</sup> Xingzhu LIU, Anne MILLS, "Evaluating Payment Mechanism. How Can We Measure Unnecessary Care?", *Health Policy and Planning*, 14, 4 (1999), p. 409.

<sup>60</sup> YU *et al.*, "Pharmaceutical Supply...", *cit.*, p. 12.

di sanità pubblica.<sup>61</sup> Un caso esemplificativo è costituito dalla tubercolosi (Tb), che secondo la regolamentazione in vigore dovrebbe essere trattata gratuitamente presso i dispensari gestiti a livello di contea e *township* dal Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie (*Chinese Centre for Disease Prevention and Control, CDC*),<sup>62</sup> attraverso la somministrazione di trattamento antibiotico seguita direttamente dal personale sanitario, per una durata minima di sei mesi.<sup>63 64</sup>

Secondo informazioni raccolte sul campo dell'autore in una *township* dello Shaanxi settentrionale (area a forte incidenza di Tb), il locale CDC, non avendo a disposizione la strumentazione necessaria per condurre la diagnosi,<sup>65</sup> riferisce i pazienti con sospetta Tb al più vicino ospedale di contea. Numerose testimonianze indicano come nel suddetto ospedale sia consuetudine sottoporre i pazienti riferiti dal CDC a procedure diagnostiche sofisticate e costose, somministrando poi per mesi trattamenti per la cura della polmonite, prima di confermare, infine, la

<sup>61</sup> WAGSTAFF *et al.*, "Reforming Rural...", cit., pp. 26-27.

<sup>62</sup> La dizione cinese è la seguente: *zhongguo jibing yufang kongzhi zhongxin*, 中国疾病预防控制中心.

<sup>63</sup> Nelle fonti mediche ci si riferisce a questa modalità di trattamento con la sigla DOT, *Directly Observed Therapy*. Questa prevede la supervisione diretta da parte di personale sanitario dell'assunzione da parte del paziente dei medicinali, nel caso della Tb specifici antibiotici, al fine di assicurare il corretto procedere della terapia. Il ciclo anti-Tb dura in genere da 6 a 12 mesi. I DOT si sono dimostrati un metodo efficace per ridurre i casi di dimenticanza nell'assunzione dei farmaci anti-Tb o interruzione del trattamento, i quali possono portare nel lungo termine alla diffusione di ceppi di Tb resistenti alle cure antibiotiche (oltre che, naturalmente, a un peggioramento delle condizioni di salute del paziente nel breve termine). In merito, vedi Peter L. ORMEROD, "Directly Observed Therapy (DOT) for Tuberculosis: Why, When, How and If?", *Thorax*, 54, Suppl. 2 (1999), pp. 42-45.

<sup>64</sup> Secondo dati ufficiali del Ministero della sanità cinese, il tasso di prevalenza della tubercolosi, pure in un quadro di graduale diminuzione dei tassi di prevalenza delle malattie trasmissibili, è in crescita, da 153,4/100.000 nel 2003 a 273,2/100.000 nel 2008. Non è possibile stimare con precisione le cause di tale crescita. Tuttavia, è ragionevole ritenere che la scarsa attenzione alla sanità di base, causata dalle dinamiche descritte in questo paragrafo, sia certamente fra le concause principali. Secondo dichiarazioni rese da funzionari del Ministero della sanità nel corso del "Senior Level Seminar on National Health Services Survey and Health reform Monitoring and evaluation of China" tenutosi a Pechino il 2-3 dicembre 2009, l'aumento del valore rilevato di prevalenza potrebbe essere dovuto in parte al miglioramento del sistema di controllo epidemiologico, successivo alla crisi della SARS. Vedi: WEISHENG BU TONGJI XINXI ZHONGXIN 卫生部统计信息中心, *2008 nian di si ci jiating jiankang xunwen diaocha fenxi baogao* 2008年第四次家庭健康询问调查分析报告 (Rapporto sulla quarta indagine familiare sullo stato di salute, 2008), Beijing, Zhongguo xiehe yike daxue chubanshe, 2009, p.135.

<sup>65</sup> Definita sulla base degli esiti dell'esame microscopico dello sputo e raggi x al torace.

diagnosi di Tb, naturalmente dopo aver addebitato al paziente il costo delle cure erogate per importi che spesso raggiungono le migliaia di RMB.<sup>66 67</sup> Nel mettere in luce la rilevanza di considerazioni di mero profitto nel somministrare il trattamento medico, tali testimonianze sono in linea con quelle pubblicate nel 2004 sull'*International Journal of Health Planning and Management*, riferite alle province dello Shandong e del Jiangsu, di cui viene riportato qui di seguito un estratto:

Several health workers at village and township levels in Qing explained that they preferred keeping patients under treatment at their levels for as long as possible, only if patients continued to fail responding to treatment or got more seriously ill, they would refer the patient for TB testing. A health worker in one of the villages said: "Don't expect me to find TB patients in my village and refer them to the TB centre. What I can do is to treat their cough or fever and sell them drugs—only if they do not get better after long-time treatment I will send them to the centre". This practice, combined with the policy of only providing TB testing and treatment at the County TB Centre was thought to contribute to delayed diagnosis and driving up the pre-diagnosis costs to patients in Qing. A 73 years old female patient told the interviewer that: "I got fever and went to the village health station for care. I had injections for more than 10 days—but no cure. Then I went to a neighboring village for another 10 days treatment but, again no improvement. I went to a third village health station to have injection for another 3 days and it remained the same. After that, I went to the District Central Hospital<sup>68</sup> and was admitted for 1 month and also no improvement. At last, the doctor suggested I went to the tuberculosis centre where I was diagnosed with TB. I spent 700 Yuan in the first village station, 510 Yuan in the second, and 90 Yuan in the third, more than 2000 Yuan in the District Central Hospital and about 2000 Yuan in the tuberculosis centre".<sup>69 70</sup>

La somministrazione di antibiotici, come peraltro risulta anche dalla testimonianza riportata poc'anzi, è comune non soltanto nelle strutture ospedaliere a livello di

---

<sup>66</sup> Doc Intervista #0727, 2008.

<sup>67</sup> Doc Intervista #0801, 2008.

<sup>68</sup> Ospedali di secondo livello, svolgono nelle aree urbane le stesse funzioni svolte dall'ospedale di contea in quelle rurali.

<sup>69</sup> Shaokang ZHAN, Lanxiang WANG, Aitan YIN, Erik BLAS, "Revenue-Driven in TB Control. Three Cases in China", *International Journal of Health Planning and Management*, 19, S1 (2004), p. 73.

<sup>70</sup> È opportuno notare, con riferimento alla somministrazione di cure antibiotiche non appropriate, come essa venga spesso associata allo sviluppo di ceppi di Tb resistenti al trattamento antibiotico.

contea e *township*, ma anche nelle stazioni di villaggio. Anche qui infatti è presente un forte incentivo alla prescrizione di medicinali, a prescindere dalla loro reale utilità ed efficacia. Dall'analisi dell'operato di 30 medici di villaggio nella provincia dello Shandong, condotta da una squadra di ricerca guidata da Sun Xiaoyun, è risultato che nella quasi totalità dei casi (99,8 per cento) le visite ambulatoriali si concludono con la vendita e/o somministrazione immediata di uno o più farmaci, nei 3/4 dei casi antibiotici.<sup>71</sup>

Interessi economici e carenza di sussidi (come visto, un medico di villaggio riceve dalle autorità governative fra i 500 e i 1.000 RMB all'anno), sono alla base della scarsa considerazione attribuita alla sanità preventiva dalle strutture che dovrebbero svolgere il ruolo principale in questo senso, ovvero le stazioni sanitarie di villaggio. Secondo il sig. Wang, medico di villaggio nella provincia dello Hebei: "Svolgere le funzioni di sanità pubblica non è semplice, dato che non è possibile ricavarne profitto e il governo dà pochi sussidi".<sup>72</sup> Nelle contee visitate dall'autore, persino servizi essenziali come quelli di vaccinazione vengono erogati dietro pagamento di un compenso. Come spiega il sig. Han, nell'illustrare le vaccinazioni fatte al proprio figlio: "Mio figlio ha tre anni. Nell'ultimo anno abbiamo speso circa 120-150 RMB per vaccinazioni, pagando ogni volta circa 30 RMB".<sup>73</sup>

La scarsa cura posta nella medicina di base incide anche sulla qualità dei vaccini inoculati nelle aree rurali: se nei capoluoghi di contea i vaccini vengono generalmente conservati in maniera corretta, non sempre ciò accade a livello inferiore. I frigoriferi dove questi dovrebbero essere custoditi sono spesso spenti, guasti o fatti funzionare a temperature più alte del dovuto. La sostanziale inesistenza, in molti luoghi, di una catena del freddo è alla base di molti dubbi circa la copertura vaccinale. Secondo personale sanitario espatriato, operativo in diverse aree rurali del Paese, il tasso di copertura vaccinale *reale* sarebbe più basso

---

<sup>71</sup> Xiaoyun SUN, Sukhan JACKSON, Gordon CARMICHAEL, Adrian SLEIGH, "Prescribing Behaviour of Village Doctors Under China's New Cooperative Medical Scheme", *Social Science and Medicine*, 68, 10 (2009), p. 1775.

<sup>72</sup> Doc Intervista #0408, 2008.

<sup>73</sup> Doc Intervista #0628b, 2008.

del 90% riportato nelle statistiche governative, a causa dell'inefficacia di molti fra i vaccini somministrati. Tale scetticismo è consolidato dalle epidemie di morbillo registrate negli ultimi anni in popolazioni vaccinate.<sup>74</sup>

#### *2.4 Ruolo delle autorità locali e strumenti di controllo centrale*

Il paradigma interpretativo dominante circa la relazione fra autorità centrali e periferiche, quale adottato comunemente nelle analisi dell'evoluzione del sistema sanitario nell'era di Hu Jintao e Wen Jiabao, considera il governo centrale come incapace di assicurare una piena e corretta implementazione a livello locale delle politiche nazionali, dopo un ventennio, quello trascorso dall'avvio delle politiche di riforma e apertura al 2002-2003, caratterizzato da una sostanziale ritirata di Pechino dal settore sanitario. Le difficoltà di implementazione vengono ricondotte a elementi molteplici, quali la frammentazione dell'autorità e delle responsabilità in ambito sanitario, sia in senso verticale che orizzontale, la carenza di indicazioni operative e indicatori di successo precisi, la presenza di obiettivi conflittuali nell'azione di governo, interessi politici ed economici divergenti fra centro e periferia o, ancora, la scarsa propensione delle autorità locali a rispondere in maniera positiva alle necessità sociali delle popolazioni da queste amministrare.<sup>75</sup>

In contesto cinese, l'esistenza di dinamiche conflittuali fra centro e periferia non può dirsi limitata al contesto sanitario, né tantomeno è possibile affermare che questo sia un fenomeno peculiare agli anni dell'amministrazione Hu-Wen. Se nella Cina imperiale il detto "il cielo è alto e l'imperatore è lontano" (*tian gao huangdi yuan* 天高皇帝远) stava a indicare la difficoltà per il potere centrale di ricondurre a una comune logica politico-amministrativa le aree più remote dell'impero, anche in epoca maoista (spesso portata a esempio di sistema politico totalitario in grado di

---

<sup>74</sup> CHINA DAILY ONLINE, "Eastern China Province Reports over 11,000 measles cases", in "China Daily", 2008, [http://www.chinadaily.com.cn/china/2008-05/23/content\\_6705744.htm](http://www.chinadaily.com.cn/china/2008-05/23/content_6705744.htm), 26/09/2009; PEOPLE'S DAILY ONLINE, "Incidence of measles keeps soaring as of May: epidemic report", in "People's Daily Online", 2005, [http://english.peopledaily.com.cn/200506/10/eng20050610\\_189648.html](http://english.peopledaily.com.cn/200506/10/eng20050610_189648.html), 26/09/2009.

<sup>75</sup> Vedi in merito BLOOM, "Building Institutions...", cit., p.1304; WAGSTAFF *et al.*, *Reforming Rural...*, cit., pp. 161-163.

imporre un ferreo e rigido rispetto dei *diktat* elaborati da Mao e dai massimi leader del Pcc) l'entusiastico supporto alle direttive centrali nascondeva spesso un'attenzione dei singoli attori locali per la propria convenienza politica, ossia la propria sopravvivenza in un sistema in grado di generare, come scrive il già citato Huang Yanzhong, "strong incentives for subordinates to be identified as an early and enthusiastic supporter of superior's agenda".<sup>76</sup>

L'adozione selettiva delle politiche, ovvero la preferenza accordata da funzionari locali all'adozione di politiche in grado di metterli in una luce positiva nei confronti dei superiori, sarebbe stata dunque molto comune nel periodo maoista. Scrivono in proposito Kevin O'Brian e Li Lianjiang:

Selective policy implementation is scarcely new [...] in Maoist China [...] rural leaders enjoyed considerable autonomy from social pressure and often carried out orders from their superiors too zealously, regardless of the objective limitations and popular reaction.<sup>77</sup>

Secondo l'approccio interpretativo elaborato da Harry Harding in uno studio dei processi politici nel periodo 1949-1978, anche in epoca maoista il successo dell'implementazione delle politiche era soggetto alla presenza e interazione di diversi fattori, riassumibili in (a) capacità di mantenere la disciplina organizzativa; (b) grado di chiarezza e precisione delle politiche; (c) grado di consenso generato in seno alla burocrazia (centrale e locale) in merito alla definizione e implementazione delle singole politiche.<sup>78</sup>

A prescindere dall'esistenza di dinamiche comuni e continuità storiche, i processi di adozione selettiva delle politiche sono tuttavia andati intensificandosi successivamente all'avvio delle politiche di riforma e apertura, come risultato di diversi fattori di natura politica, organizzativa, fiscale ed economica. Negli anni Ottanta e Novanta, infatti, la strategia complessiva di sviluppo fu ispirata a

---

<sup>76</sup> HUANG, "From Bandwagoning...", cit., p. 13.

<sup>77</sup> Kevin J. O'BRIEN, Lianjiang LI, "The Roots of Selective Policy Implementation", *Comparative Politics*, 31, 2 (1999), (167-186) p. 171.

<sup>78</sup> Harry HARDING, *Organizing China*, Stanford, Stanford University Press, 1981, pp. 350-351.

politiche di radicale decentralizzazione della gestione finanziaria, con maggiori responsabilità attribuite ai governi locali in termini fiscali e amministrativi.<sup>79</sup> L'attribuzione di maggiori responsabilità alle autorità locali in termini fiscali e di sviluppo economico si è tradotta in una minore capacità del centro di operare una effettiva supervisione delle politiche a livello locale, nonché in un rafforzamento della capacità delle stesse autorità locali di perseguire obiettivi da queste percepite come prioritari, lasciando in secondo piano l'implementazione di politiche potenzialmente dannose per gli interessi delle élite locali, generando così una tensione fra le istituzioni incaricate di definire linee di indirizzo ispirate a obiettivi generali di sviluppo e quanti devono tradurle in pratica quotidianamente.<sup>80</sup>

Il settore sanitario non costituisce un'eccezione. Possiamo condividere in tal senso le parole di uno dei massimi esperti mondiali di economia sanitaria, docente a Harvard, il quale, commentando il processo di riforma sanitaria in atto in Cina, afferma:

La differenza che passa fra le autorità centrali e i governi locali è di interesse: laddove a Pechino sono preoccupati della stabilità complessiva del paese, al fine di mantenere inalterato il proprio potere, a livello locale il concetto di *accountability* è diverso. Si tende con più frequenza a difendere l'interesse immediato proprio e del proprio gruppo.<sup>81</sup>

Ciò non significa che politiche di ampio respiro varate da Pechino siano necessariamente osteggiate dalle autorità locali. Esse troveranno piuttosto un canale di implementazione preferenziale (e talvolta, come già notato, fin troppo "zelante") qualora coincidano con gli interessi locali, in quanto capaci di servire quale nota di merito in sede di valutazione dell'operato dei funzionari, oppure in virtù di interessi concreti condivisi a livello locale. In caso contrario, queste saranno ostacolate (in genere passivamente), con l'accortezza di

---

<sup>79</sup> BLOOM, "Building Institutions...", cit., p. 1304.

<sup>80</sup> Vedi Tianjian SHI, "Village Committee Elections in China: Institutional Tactics for Democracy", *World Politics*, 51, 3 (1999), pp. 385-412.

<sup>81</sup> Doc Intervista #0629, 2011.



assicurare una conformità formale alle pressioni normative poste dalle gerarchie superiori.

L'adozione dello Schema medico cooperativo rurale (Smcr), spesso citata a esempio di successo del nuovo corso inaugurato in materia di politiche sociali dalla quarta generazione di leader comunisti, può servire a esempio della prima tipologia di dinamiche. Dopo il lancio in un numero limitato di siti pilota, a cavallo fra 2002 e 2003, l'adozione dello Smcr è stata spinta con vigore da Pechino e accompagnata da una grancassa mediatica considerevole, nonché da un grande sforzo di coordinamento fra i vari organi a livello ministeriale e dipartimentale aventi competenza sulla sanità rurale. Già nel 2002, i documenti programmatici del governo centrale indicavano come obiettivo il raggiungimento di una copertura "complessiva" della popolazione rurale entro il 2010.<sup>82</sup> Un obiettivo tanto più ambizioso se si considera che la regolamentazione nazionale definiva (come del resto a tutt'oggi) che l'adesione allo schema dovesse avvenire su base volontaria, pur indicando come obbligatoria, al fine di evitare fenomeni di selezione avversa, l'adesione su base familiare.<sup>83</sup>

In questo caso, l'importanza attribuita in sede di valutazione dell'operato dei funzionari locali alla rapida estensione della copertura assicurativa nelle campagne, le relative chiarezza e semplicità dell'obiettivo da raggiungere e, non ultima, la possibilità di beneficiare attraverso lo Smcr di sostanziosi trasferimenti di fondi dal governo centrale (nel caso delle province centro-occidentali), hanno

---

<sup>82</sup> ZHONGGONG ZHONGYANG, GUOWUYUAN 中共中央、国务院, *Zhonggong zhongyang, guowuyuan guanyu jin yi bu jiaqiang nongcun weisheng gongzuo de jueding, zhongfa, 2002 nian, 6 hao* 中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定, 中发 2002年 13号 (Risoluzione del Comitato Centrale e del Consiglio di Stato sull'ulteriore rafforzamento dell'opera sanitaria rurale, Centr., 2002, No.13).

<sup>83</sup> In ambito assicurativo, con selezione avversa (*adverse selection*) si fa riferimento a una situazione in cui la propensione di un individuo per accedere a un dato piano assicurativo è correlata positivamente a condizioni di maggiore rischio, quali caratterizzanti lo stesso individuo. Ad esempio, nel caso di un'assicurazione sanitaria, la propensione di soggetti anziani e/o con una salute precaria sarà maggiore rispetto a quella di soggetti in giovane età e buone condizioni di salute. In presenza di selezione avversa, la sostenibilità economica a lungo termine di uno strumento assicurativo diventa problematica, a causa della minore capacità dello stesso di distribuire il rischio.

contribuito a un raggiungimento dei risultati indicati da Pechino prima dei tempi previsti.<sup>84</sup>

Tuttavia, tale risultato non pare essere stato il frutto soltanto di un'efficace comunicazione e di estensive campagne di propaganda. Al contrario, quanti abbiano avuto modo di lavorare sul campo concordano nell'indicare come ciò sia stato possibile, quantomeno in alcune località, sorvolando sull'applicazione di alcuni punti della normativa nazionale che regolano l'adesione allo Smcr, e segnatamente il principio di adesione volontaria. La docente e ricercatrice della Peking University Wang Hongman, in uno studio pubblicato nel 2006, sostiene in merito come talvolta l'adesione venga di fatto resa obbligatoria dai quadri locali, preoccupati della valutazione che del proprio operato verrà fatta dai superiori.<sup>85</sup> La testimonianza del sig. An, residente in un piccolo villaggio della provincia dello Shaanxi, è in linea con quanto sostenuto dalla prof.ssa Wang:

I quadri di villaggio deviano nel fondo Smcr il sussidio statale per la coltivazione, che sarebbe destinato alla nostra famiglia (18 RMB per *mu* di terra all'anno).<sup>86</sup> I soldi per partecipare allo schema cooperativo vengono detratti da questo sussidio, e così l'adesione rinnovata senza bisogno di conferma da parte nostra. Credo che facciano così anche con gli altri qui intorno.<sup>87</sup>

---

<sup>84</sup> Lo stabilire un principio di adesione volontario in uno strumento assicurativo che si propone di offrire una copertura universale può apparire contraddittorio. La decisione delle autorità cinesi va contestualizzata con la necessità di evitare l'opposizione da parte di organi governativi refrattari all'imposizione ai contadini di forme di tassazione e simili. È d'aiuto qui ricordare come il Ministero dell'agricoltura si opponesse negli anni Novanta, alle proposte del Ministero della sanità per la reintroduzione di una cassa mutua sanitaria nelle campagne. La decisione potrebbe essere giustificata anche dalla necessità di mantenere un approccio coerente con la riduzione della pressione fiscale nei confronti del contadini, una delle priorità dell'amministrazione Hu-Wen.

<sup>85</sup> WANG Hongman 王红慢, *Daguo weisheng zhilun* 大国卫生之论 (Discussione sulla sanità nazionale), Beijing, Beijing daxue chubanshe, 2006, p. 89.

<sup>86</sup> Nell'area in questione, una zona arida dello Shaanxi settentrionale, il sussidio per la terra veniva corrisposto in base all'estensione di terra assegnata a ogni nucleo familiare su base pro-capite (pari a tre *mu*. Misura tradizionale ancora in uso nella Cina rurale, 1 *mu* è pari a circa 666 m<sup>2</sup>). Da notare come, oltre alla terra assegnata su tale base, talvolta singole famiglie lavorino altri appezzamenti, accollandosi i costi della dissodazione, processo che viene reso con l'espressione "aprire da sè la terra", *ziji kai di* 自己开地.

<sup>87</sup> Doc Intervista #0730a, 2008.

Del resto, nelle aree visitate dall'autore, le stesse pratiche di convincimento della popolazione a partecipare allo Smcr sembrano essere basate su forme di mobilitazione atte a raggiungere un obiettivo prefissato, piuttosto che ispirate al dovere, da parte della autorità, di fornire una corretta informazione dei benefici per gli utenti convenzionati. Nei villaggi dello Shaanxi settentrionale era comune nell'estate del 2008 imbattersi in slogan quali: "il contadino ricorre alle cure mediche, il governo paga il conto" (*nongmin kan bing, zhengfu mai dan* 农民看病, 政府买单), oppure "tutti partecipano, sorvegliando assieme"<sup>88</sup> (*renren canyu, gongtong jiandu* 人人参与, 共同监督).<sup>89</sup>

La distribuzione di semplici fogli informativi recanti i valori di contribuzione individuali al fondo assicurativo Smcr e i livelli di rimborso da questo assicurati (almeno teoricamente) sono stati osservati dall'autore in numerose case contadine nel corso del lavoro sul campo. Tuttavia, una volta domandato quando i fogli informativi fossero stati consegnati, la risposta dei contadini era in genere: "qualche giorno fa, una settimana al massimo". Evidentemente, le autorità locali avevano distribuito i volantini una volta ricevuta comunicazione che lì si sarebbero svolte attività di ricerca. La supposta volontarietà dell'adesione allo Smcr, insomma, sembra risolversi in molti casi nelle parole del contadino Wu, il quale risponde così alla domanda sulle motivazioni che lo hanno spinto ad aderire allo Smcr: "La quota di iscrizione? La paghiamo e basta. Perché? Beh... perché c'è qualcuno che ci dice di farlo!"<sup>90</sup>

Circa lo Smcr, è opportuno altresì notare come la sua adozione costituisca un chiaro esempio di allineamento degli interessi fra funzionari locali, come detto desiderosi di essere messi in buona luce presso i superiori da una sua rapida e capillare introduzione, e le strutture ospedaliere, le quali hanno beneficiato dell'aumento di liquidità disponibile presso le popolazioni rurali per pagare i

---

<sup>88</sup> Con "sorvegliare" si fa qui riferimento alla necessità per i singoli individui che compongono la comunità a verificare che anche i propri vicini (parenti, amici, conoscenti) aderiscano allo Smcr.

<sup>89</sup> Gli slogan erano generalmente riportati su striscioni a grandi caratteri bianchi su sfondo rosso o blu, affissi all'ingresso del villaggio.

<sup>90</sup> Doc Intervista # 0730d, 2008.

trattamenti curativi, grazie ai rimborsi erogati dallo stesso Smcr. Un funzionario della contea di Jingbian, nello Shaanxi, commentava così l'atteggiamento dei *provider* del servizio medico riguardo allo schema cooperativo: "Gli ospedali? Direi che, in fin dei conti, l'adozione dello Smcr è stata un grande vantaggio [economico] per loro!"<sup>91</sup>

D'altro canto, l'orientamento generale verso la razionalizzazione della spesa sanitaria, evidente nelle misure governative varate negli ultimi anni, sembra aver incontrato a livello locale maggiori ostacoli, pur se resi meno visibili da un assoggettamento formale alle richieste normative di Pechino. Un esempio calzante è fornito dall'introduzione di meccanismi di compensazione forfettari per trattamenti erogati in regime di ricovero ospedaliero nella provincia dello Shaanxi. Se infatti in questa provincia la sperimentazione veniva estesa a un numero consistente di strutture sanitarie con molto anticipo rispetto alle sperimentazioni adottate su scala nazionale con il piano di riforma 2009-2011,<sup>92</sup> a un'analisi più approfondita l'applicazione locale della riforma del sistema di pagamento risultava caratterizzata da pesanti problematiche di natura istituzionale, in particolare dalla pressoché totale assenza di autonomia degli uffici preposti a sorvegliare sul rispetto delle norme da parte delle strutture sanitarie.

Nella contea di Jingbian, Shaanxi settentrionale, il locale ufficio dello Smcr (sotto la supervisione del locale dipartimento della sanità) ha il compito di verificare che l'ospedale di contea rispetti i tetti di spesa stabiliti per le diverse diagnosi coperte dalla sperimentazione del metodo di compensazione forfettario. Interrogata sui metodi pratici con cui il controllo viene eseguito, la sig.ra Liu,

---

<sup>91</sup> Doc Intervista # 0731, 2008.

<sup>92</sup> A Zhenan, contea povera dello Shaanxi, nel 2003 sono state selezionate 54 diagnosi cui applicare il nuovo sistema di pagamento, fissando livelli di spesa e rimborso differenziati in base al tipo di struttura medica. Nel caso dell'appendicectomia, il limite di spesa nel 2004 era di 1.000 yuan per il centro sanitario di *township* e 1200 yuan per l'ospedale di contea, con rimborsi rispettivamente del 60% e 50%. L'introduzione del metodo DRGs si sarebbe tradotta, secondo i dati ufficiali, in un tasso di rimborso reale più alto rispetto alla media nazionale, 38% contro 25% (2004), rallentando la crescita della spesa medica nella zona. Vedi Daniele BROMBAL, "Cina", cit., p. 344.

impiegata del medesimo ufficio, risponde:

Controlliamo che la spesa sia in linea con quanto stabilito dal tariffario che abbiamo adottato, senza tuttavia verificare l'aspetto clinico. Se si tratta ad esempio di un parto cesareo, non controlliamo se questo è necessario o meno, ma soltanto se il pagamento richiesto è al di sotto del valore massimo consentito. È il medico a decidere se il cesareo è necessario o meno! [...] Il controllo non viene effettuato in genere prendendo visione delle cartelle cliniche per ogni singolo caso, ma soltanto a campione. Nel caso in cui vi siano dei dubbi sull'operato, si chiedono delucidazioni al personale medico impiegato dall'ospedale stesso.<sup>93</sup>

Nel caso in considerazione, dunque, a un rispetto formale dell'indicazione ricevuta dall'alto (in questo caso dalle autorità provinciali) circa l'introduzione di un sistema di compensazione alternativo ai tariffari a prestazione, corrispondeva dal punto di vista sostanziale un sistema in cui sembrava essere assente l'effettiva capacità (e volontà) di svolgere una supervisione efficace dell'operato delle locali strutture ospedaliere.

Al di là del caso specifico e degli elementi di criticità di natura tecnica, che pure sono presenti, le cause della difficoltà incontrata nell'introduzione di forme efficaci di controllo della spesa e dell'operato delle strutture ospedaliere<sup>94</sup> possono essere individuate nella comunanza di intenti esistente fra autorità locali e strutture sanitarie, cui è ascrivibile la rapida ed entusiastica adesione allo Smcr. Bisogna in tal senso considerare che, quantunque dotata di larga autonomia nel gestire gli affari degli ospedali, la dirigenza ospedaliera è nominata sulla base di indicazioni degli organi di partito. I dirigenti ospedalieri costituiscono quindi parte integrante di quello stesso sistema burocratico-amministrativo che a livello locale dovrebbe controllarne l'operato.<sup>95</sup> Non deve meravigliare dunque l'esistenza di dinamiche che potremmo definire di reciproca solidarietà. Parimenti, non sorprende come in un simile contesto anche funzionari decisi a svolgere il proprio

<sup>93</sup> Doc Intervista #0728b, 2008.

<sup>94</sup> Vi sarà modo di discutere più nel dettaglio queste difficoltà nel capitolo conclusivo, con riferimento al piano di riforma sanitaria 2009-2011.

<sup>95</sup> INTERFAX CHINA, "Fragmented Governance Holding Back Health Reform. Harvard Expert", in "Interfax China", 2011, <http://www.interfax.cn/news/18778,09/09/2011>.

compito in maniera solerte trovino degli ostacoli. Così si lamenta il funzionario della contea di Jingbian, cui facevamo riferimento poco fa: “A volte criticiamo l’operato dell’ospedale, ma quelli continuano a fare di testa loro. Cosa potremmo fare? Servirebbe un’istituzione indipendente, con poteri più forti”.<sup>96 97</sup>

Non va poi dimenticato come il settore sanitario venga considerato spesso dai funzionari locali (oltre che dal personale degli ospedali) alla stregua di un qualsiasi settore produttivo, tale da richiedere particolare attenzione verso le ricadute economiche immediate e la possibilità di attrarre investimenti, piuttosto che verso l’erogazione di un servizio sociale in grado di portare beneficio alla comunità nel suo complesso. Il caso del sostegno fornito alle procedure di vendita del sangue nello Henan, citato in Capitolo 1, paragrafo 1.4, costituisce in tal senso un chiaro esempio di come considerazioni di natura economica possano incidere profondamente sull’azione delle autorità locali in quest’ambito.

Per citare un secondo, fortunatamente non così drammatico, esempio in questo senso, è possibile prendere in considerazione le richieste di finanziamento presentate negli ultimi anni da una ventina di ospedali di contea della Cina centro-occidentale alla divisione crediti stranieri del Ministero delle finanze della Rpc, finalizzate ad accedere a un credito d’aiuto offerto da un paese donatore occidentale. Nonostante il costante richiamo da parte del governo centrale alla necessità di limitare i costi dei trattamenti erogati all’utenza, in particolare rurale, le richieste iniziali pervenute al ministero puntavano invariabilmente ad accrescere il parco tecnologico dei singoli ospedali (Tac, risonanze magnetiche, apparecchiature radiologiche, ecc.), al fine di garantire la possibilità di generare maggiori entrate. Ciò che è più interessante, ai fini della nostra trattazione, è notare

---

<sup>96</sup> Doc Intervista #0731, 2008.

<sup>97</sup> Le parole del funzionario pongono indirettamente in risalto un aspetto non considerato nel corso della nostra trattazione, e che tuttavia potrebbe costituire uno spunto per ulteriori approfondimenti, ovvero la possibilità che le autorità governative facciano un uso strumentale della percezione da parte della popolazione di un sistema sanitario “malato” a causa dell’avidità di medici e *manager* ospedalieri. Di fatto, come vedremo nel prossimo capitolo, gli ospedali costituiscono una bersaglio facile (e sostanzialmente apolitico) del malcontento della popolazione, che nel caso della sanità non si indirizza generalmente verso le autorità governative, ma piuttosto contro il personale sanitario.

come i quadri di contea e le autorità provinciali fossero assai disponibili a perorare con forza tali richieste di finanziamento, come se avessero dovuto sostenere un'industria o settore economico di importanza strategica.<sup>98</sup>

Simili dinamiche interessano anche l'industria farmaceutica. Scrive Tang Shenglan, in un rapporto dedicato all'evoluzione del settore farmaceutico cinese:

A rapid development of pharmaceutical sector can be good to the growth of GDP, a very important indicator used for the performance assessment of local politicians until recently in China, but also help create jobs locally and thus improve the employment situation. Hence, it is not surprising to see that in the 11<sup>th</sup> five year plan by the DNRC [*sic!*], indicators related the total product values of the pharmaceutical sector and the jobs associated with the sector, among others, were included, while the safety, effectiveness and efficacy of pharmaceuticals were, to a large extent, neglected [...].<sup>99</sup>

La capacità (o incapacità) di Pechino di verificare la conformità dello sviluppo del settore sanitario alla direzione impressa dalle direttive nazionali è strettamente legata alla possibilità di raccogliere dati attendibili circa le necessità socio-sanitarie della popolazione e le prestazioni del sistema sanitario. Attualmente, sono due le fonti principali di dati utilizzate dal governo centrale: la prima consiste nel sistema e nelle procedure informative di *routine* in uso presso le strutture sanitarie pubbliche e gli uffici delle assicurazioni governative, in grado di fornire dati clinici e amministrativi (inclusi i livelli di spesa sanitaria) relativi a quanti abbiano fatto uso del servizio sanitario; la seconda consiste in attività periodiche di ricerca e indagine a campione, in genere condotte dal Ministero della sanità e organismi a esso affiliati, principalmente finalizzate a valutare le necessità socio-sanitarie dell'utenza e il quadro epidemiologico della popolazione.

Con riferimento al primo strumento, è evidente come, in virtù della già citata esistenza di una vasta domanda di salute inespressa a causa delle difficoltà di

---

<sup>98</sup> Informazioni raccolte dall'autore. In merito alle dinamiche di corporativismo locale, ovvero la tendenza delle autorità locali a difendere le logiche di sviluppo e interesse locale anche a discapito dei più ampi e articolati obiettivi nazionali, vedi Jean C. Oi, "The Role of the Local State in China's Transitional Economy", *The China Quarterly*, 144 (1995), pp. 1132-1149 e Oi, *Rural China...*, cit..

<sup>99</sup> Shenglan TANG *et al.*, "Pharmaceutical Policy...", cit., p. 9.

accesso al sistema sanitario, esso possa fornire soltanto indicazioni parziali, ovvero riferite a quanti abbiano modo di fare uso dei servizi sanitari. Una seconda area di criticità nel sistema di raccolta delle informazioni di *routine* è di natura tecnica. Nonostante la fase attuale veda una forte spinta da parte del governo verso la modernizzazione degli strumenti di raccolta dati, nel tentativo di estendere, informatizzandolo, il sistema che permette alle autorità di ricevere le informazioni raccolte da *provider* del servizio ed assicurazioni, rimangono tuttavia poco chiari gli standard da applicare al formato dei dati, mentre a livello infrastrutturale le reti di trasmissione dati sono in molte aree precarie. Infine, esiste un problema di attendibilità, evidente in particolare (come del resto vedremo poco oltre, nel caso delle indagini sul campo) qualora vengano presi in considerazione indicatori di successo sensibili, come ad esempio il livello di rimborsi da assicurare all'utenza attraverso lo Smcr. Interpellato circa la discrepanza delle risultanze fra i dati raccolti da un ufficio governativo cinese e quelli di una ricerca indipendente, relativi al livello dei rimborsi erogati agli utenti convenzionati Smcr, un funzionario nelle Nazioni Unite commentava così: "Questa discrepanza è molto interessante: mi domando se davvero i dati che sono stati trasmessi dagli ospedali siano attendibili o meno".<sup>100</sup>

Il problema dell'attendibilità dei dati riguarda anche il secondo strumento di monitoraggio a disposizione del Ministero della sanità, ovvero le indagini a campione. La maggiore è costituita dall'Indagine nazionale sul servizio sanitario (*guojia weisheng fuwu diaocha* 国家卫生服务调查),<sup>101</sup> coordinata dal dipartimento di statistica del Ministero della sanità con cadenza quinquennale.<sup>102</sup> Se nel caso dello sviluppo del sistema di raccolta dati attraverso le istituzioni sanitarie i fattori di natura tecnica (standard condivisi, modalità di trasmissione e analisi) costituiscono

---

<sup>100</sup> Doc Intervista #0622, 2009.

<sup>101</sup> Nelle fonti in lingua inglese, vi si fa riferimento con l'acronimo NHSS (*National Health Services Survey*). Dati tratti dalla NHSS sono stati già più volte utilizzati nel corso della nostra trattazione.

<sup>102</sup> L'ultima indagine risale al 2008. Le precedenti: 1993, 1998, 2003. I testi integrali delle indagini sono accessibili in lingua cinese dal sito internet del Ministero della sanità, all'indirizzo <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohwsbwstjxxzx/s8560/index.htm>.



un problema notevole, i limiti delle indagini a campione sembrano avere una denotazione più prettamente socio-politica.

Il fatto che nella maggioranza dei casi siano le autorità locali a coordinare la raccolta dati spinge molti osservatori a dubitare della bontà di tale strumento. Lo scetticismo è dovuto al costume, diffuso in ogni settore della vita pubblica cinese, che vede le autorità locali congegnare le attività di ricerca sul campo in modo tale da offrire risultati in linea con le direttive governative, piuttosto che coerenti con la realtà riscontrabile sul terreno. La docente del Michigan Institute of Technology (Mit) Lily Tsai definisce così la problematicità relativa alla ricerca quantitativa in Cina:

First, the greatest challenge to doing quantitative research on nondemocratic and transitional systems like China is to obtain high-quality data. In the case of rural China, if we want village level data, we have to collect them ourselves.<sup>103</sup>

La stessa prof.ssa Tsai sottolinea peraltro come tali difficoltà non siano relative soltanto ad aree o settori specifici, quanto piuttosto come l'attività di ricerca sul campo costituisca *essa stessa*, in contesti come quello della Cina rurale contemporanea, un'attività sensibile:

As in other nondemocratic and transitional systems, survey research itself is politically sensitive in China. Quantitative description of a population can be often used as a measure of the performance of particular officials and local governments.<sup>104</sup>

Tralasciando il contenuto più prettamente politico del lavoro della dott.ssa Tsai, che associa la garanzia di imparzialità alla presenza di una *accountability* basata su forme democratiche di gestione del potere, coerentemente con un approccio allo studio del sistema cinese diffuso nei paesi anglosassoni,<sup>105</sup> è evidente come tale

---

<sup>103</sup> Lily TSAI, "Quantitative Research and Issues of Political Sensitivity in Rural China", in Allen CARLSON *et al.* (a cura di), *Contemporary Chinese Politics. New Sources, Methods, and Field Strategies*, Cambridge (MA), Cambridge University Press, 2010, p. 249.

<sup>104</sup> *Ibidem.*

<sup>105</sup> In merito, si veda il capitolo introduttivo.

valutazione sia in linea con la discrepanza esistente fra le priorità delle autorità centrali e di quelle locali in termini di implementazione delle politiche, ovvero la volontà di celare possibili carenze nella conformità a livello locale rispetto alle politiche nazionali.

Nel corso delle attività di ricerca relative all'accesso al servizio sanitario, i cui risultati verranno illustrati nel prossimo capitolo, l'autore ha avuto modo di sperimentare in prima persona dinamiche simili a quelle descritte alla prof.ssa Tsai. Laddove coinvolte direttamente nelle attività di raccolta dati, le autorità di villaggio hanno dimostrato la tendenza a "guidare" il gruppo di ricercatori impegnati nell'attività di *household survey* lontano da aree abitate da contadini con condizioni di vita povere e una salute particolarmente precaria. In un villaggio della Mongolia Interna, l'autore è stato invitato a non svolgere interviste presso un gruppo di case discosto dal centro di villaggio, poiché, secondo un quadro locale, "laggiù sono tutti sordomuti, non capirebbero le domande né sarebbero in grado di rispondere".<sup>106</sup> Un'affermazione rivelatasi non corretta. Piuttosto, la visita alle famiglie la cui inclusione nello studio era stata sconsigliata rivelava condizioni di particolare miseria.

In un altro caso, nella provincia dello Shaanxi, un quadro locale cercava di impedire l'intervista a una famiglia, con il pretesto che i suoi componenti fossero mentalmente instabili. L'intervista, condotta nonostante le rimostranze delle autorità di villaggio (peraltro non così forti da mettere a rischio lo svolgimento delle attività di ricerca in corso nell'area), ha poi permesso di appurare come lì vivessero, in condizioni di grande privazione, una donna affetta da tumore all'utero, il cui trattamento aveva condotto la famiglia a una estrema povertà, assieme una bambina di circa quattro anni d'età, abbandonata dai genitori presumibilmente perché affetta da labbro leporino.<sup>107</sup> La bambina era ufficialmente sconosciuta alle autorità sanitarie e dunque non vaccinata, una situazione in grado

---

<sup>106</sup> Doc Intervista #0627c, 2008.

<sup>107</sup> Doc Intervista #0629, 2008.

di generare grande imbarazzo alle autorità locali.<sup>108</sup> Infine, nel corso delle attività di ricerca, lo stesso autore ha altresì potuto constatare la tendenza dei funzionari locali, nei casi in cui questi accompagnassero gli intervistatori, a influenzare pesantemente le risposte date dai contadini, peraltro trovando, da parte di quest'ultimi, disponibilità nell'affidare ad altri le proprie risposte.

---

<sup>108</sup> È da notare come in entrambi i casi i componenti delle famiglie la cui intervista era "sconsigliata" dalle autorità locali fossero già stati inseriti in fase di definizione del campione fra quanti avrebbero dovuto essere coinvolti nelle attività di ricerca. Da qui l'insistenza del ricercatore nel procedere all'intervista, seguita dalle rimostranze (talvolta grottesche) dei quadri di villaggio.



## Capitolo 3. L'impatto dell'interesse privato sulle politiche sanitarie nell'era Hu-Wen

*Non vedete in quale stato viviamo noi delle campagne?  
Andatelo a raccontare ai funzionari a Pechino, quando tornate laggiù,  
che quelli non ci capiscono nulla!*

Guifan, contadina di montagna. Mongolia Interna (2008)<sup>1</sup>

### 3.1 Sinossi

Questo capitolo si propone di illustrare l'impatto delle dinamiche di difesa dell'interesse privato in ambito sanitario sulle politiche varate dall'amministrazione guidata da Hu Jintao e Wen Jiabao. Considerata la grande attenzione riservata nell'ultimo decennio a porre rimedio alla scarsa accessibilità del servizio sanitario e all'impoverimento a causa di malattia nelle aree rurali, particolare attenzione sarà dedicata nel corso del capitolo a presentare le ricadute della crescita dell'investimento statale nel settore assicurativo in termini di accessibilità e modalità di erogazione del servizio sanitario nelle campagne.

---

<sup>1</sup> Doc Intervista #0715c, 2008. Lo sfogo rappresenta la percezione, diffusa fra quanti vivono nell'entroterra cinese, del centro di potere come un'entità in grado, se sollecitata in maniera appropriata, di porre rimedio alle ingiustizie e agli squilibri esistenti in seno alla società. La sig.ra Guifan, mentre dava sfogo alla propria frustrazione, era consapevole di avere di fronte a sé una delegazione inviata dal Ministero della sanità cinese, con il compito di relazionare le autorità centrali sulle necessità socio-sanitarie delle popolazioni rurali. Per vincere reticenze da parte di quanti intervistati (soprattutto nell'indicare i difetti delle politiche governative), i ricercatori cinesi usano spesso fare leva su questi sentimenti e sull'immagine di un ruolo potenzialmente positivo svolto dall'autorità centrale, contrapposto a quello del potere locale, da molti percepito come corrotto. Tale opera di persuasione a esprimere eventuali critiche necessita, per avere successo, di infinite rassicurazioni sul fatto che l'identità dell'intervistato non verrà svelata in alcun documento o rapporto (in questi casi, l'espressione usata è *wanquan baomi* 完全保密, ovvero "garantire l'assoluta segretezza" dell'identità).

I dati illustrati nei prossimi paragrafi evidenziano come la tendenza a massimizzare il profitto da parte delle strutture sanitarie e l'effetto degli incentivi economici concessi al personale ospedaliero, presentati nel capitolo precedente,<sup>2</sup> abbiano rafforzato la presenza di pratiche di fornitura selettiva del servizio, determinando una scarsa efficacia della riforma sanitaria in termini di riduzione del carico economico riconducibile a malattia e traducendosi altresì in entrate maggiori per ospedali e industria farmaceutica. Nonostante lo Schema medico cooperativo rurale copra oltre il 90 per cento dei residenti rurali, questi continuano a incontrare barriere all'accesso di natura economica spesso insormontabili, in particolare quanti si trovino in condizioni di povertà e malattia cronica.

Il paragrafo finale di questo capitolo tenterà di mettere in luce i maggiori elementi di contraddizione nel rapporto Stato-società, con riferimento alle problematiche del sistema sanitario rurale. I risultati dell'attività di ricerca evidenziano a questo proposito come, a fronte del generale apprezzamento espresso dalla popolazione nei confronti dello sforzo governativo nell'estendere le garanzie di *welfare* sanitario, le contraddizioni insite in un sistema incapace di soddisfare equamente le necessità sanitarie dell'utenza si traducano in rapporti estremamente conflittuali fra pazienti e personale sanitario. L'operato dei medici viene percepito dall'utenza come ispirato all'interesse economico personale, anziché al tentativo di garantire, pur nei limiti strutturali del sistema, trattamenti efficaci e relativamente poco costosi.

Larga parte dei materiali presentati in queste pagine sono stati raccolti sul campo durante attività di ricerca svolte dall'autore. Ciò vale anche per il progetto di ricerca intitolato *Impact of the New Rural Cooperative Medical Scheme on Health Care Services Accessibility in Central and Western China*, condotto su un campione di 3.340 famiglie (per un totale di 11.225 individui) nel 2008-2009, i cui risultati verranno estesamente utilizzati nel corso del capitolo. Nello specifico, le attività afferenti al progetto hanno visto la partecipazione di chi scrive in veste di consulente ricercatore dell'Unità di coordinamento sanitario di Pechino della Cooperazione

---

<sup>2</sup> Cfr. Capitolo 2, paragrafi 2.2 e 2.3.

Italiana allo Sviluppo (Mae/Dgcs), sotto la supervisione del dott. Giorgio Mario Cortassa.<sup>3</sup> Ulteriori indicazioni circa il campione, la sua rappresentatività e le modalità di selezione dello stesso sono riportate in *Appendice Dati*.

### 3.2 Assicurazione sanitaria governativa ed erogazione del servizio nelle aree rurali

Come già evidenziato nei due precedenti capitoli, il tratto più caratteristico delle politiche sanitarie rurali dell'amministrazione Hu-Wen consiste in un ambizioso progetto di estensione della copertura assicurativa sanitaria, da raggiungere attraverso lo Schema medico cooperativo rurale (Smcr).<sup>4</sup> Lanciato sul finire del 2002, il processo di adozione dello Smcr è stato caratterizzato da una rapida progressione in termini di copertura della popolazione (già nel marzo 2007 copriva il 79% dei residenti rurali, superando il 90 per cento nel 2008<sup>5 6 7</sup>) e da un costante aumento dei trasferimenti governativi a sussidio dei premi assicurativi. Il livello di contribuzione minima fissato dalla normativa nazionale è cresciuto in tre

---

<sup>3</sup> Il progetto si basa su una proposta di ricerca redatta nel 2007 dall'autore, sottoposta all'attenzione del Centro per lo sviluppo delle risorse umane del Ministero della Sanità cinese (*weishengbu rencai jiaoliu fuwu zhongxin* 卫生部人才交流服务中心. In lingua inglese: *Health Human Resources Development Center, HHRDC*) e all'Unità Tecnica Locale dell'Ambasciata d'Italia a Pechino. La ricerca è stata condotta nelle province di Hebei e Shaanxi, oltre che nella Regione autonoma della Mongolia Interna. Le attività sul campo si sono svolte nel 2008, mentre elaborazione dati e stesura del rapporto sono state finalizzate nel 2009. Vedi: HEALTH COORDINATION UNIT IN BEIJING - ITALIAN DEVELOPMENT COOPERATION (HCU), HEALTH HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT CENTER - MINISTRY OF HEALTH P.R.CHINA (HHRDC), "Impact of the New Rural Cooperative Medical Scheme on Health Care Services Accessibility in Central and Western China". Materiali presentati durante la conferenza *The Chinese Health Care System at a Crossroads: The Issue of Accessibility and Reform Perspectives*, Istituto Italiano di Cultura, Pechino, 19 giugno 2009.

<sup>4</sup> Vedi in particolare Capitolo 1, paragrafo 1.5.

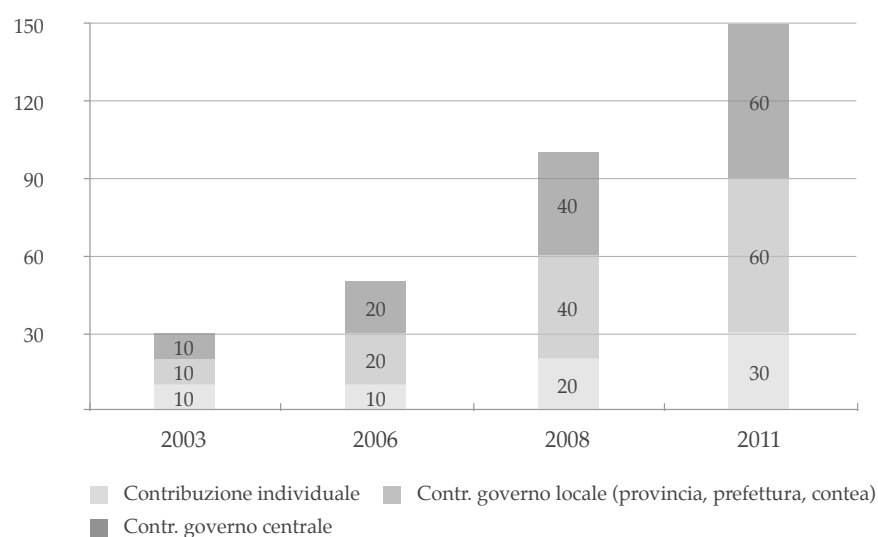
<sup>5</sup> WEISHENG BU 卫生部, "2007 nian di yi jidu quanguo xinxing nongcun hezuo yiliao yunxing qingkuang" "2007年第一季度全国新型农村合作医疗运行情况" (situazione di implementazione del nuovo Schema medico cooperativo rurale a livello nazionale al primo trimestre 2007), in *2007 nian quanguo xinxing nongcun hezuo yiliao shidian gongzuo huiyi cailiao* 2007年全国新型农村合作医疗试点工作会议材料 (materiali dell'incontro 2007 sull'opera di sperimentazione dello nuovo Schema medico cooperativo rurale a livello nazionale), non pubblicato.

<sup>6</sup> WEISHENG BU TONGJI XINXI ZHONGXIN 卫生部统计信息中心, "2008 nian...", cit., p. 17.

<sup>7</sup> Sulle modalità adottate dalle autorità locali per garantire un rapido aumento della copertura dello Smcr, si veda Capitolo 2, paragrafo 2.4.

fasi: 30 RMB nel periodo compreso fra la fine 2002 e il 2005, 50 RMB nel 2006 e, successivamente, 100 RMB nel 2008. Infine, nel 2009 è stato richiesto alle autorità locali di prevedere un ulteriore aumento del premio individuale, portandolo a 150 RMB entro fine 2011.<sup>8 9 10</sup> In termini relativi, la quota di premio a carico del singolo utente convenzionato per l'adesione allo schema è andata diminuendo. Se nel 2002 un terzo della contribuzione al premio (10 RMB) era sostenuta dal singolo utente, nel 2011 era pari a un quinto (30 RMB). Nelle aree centro-occidentali, il 50 per cento della contribuzione governativa è a carico del governo centrale.<sup>11</sup>

**Grafico 3.1** Premi assicurativi Smcr e loro composizione, Cina Centro-Occidentale (2002-2009).



Un canale di finanziamento complementare è costituito dall'Assistenza finanziaria medica (Afm). La normativa in vigore prevede che tale strumento, finanziato e gestito dal Ministero degli affari civili e dai rispettivi dipartimenti locali, fornisca alle famiglie povere iscritte nelle liste *wubao*, *dibao* e *tekun* un

<sup>8</sup> BROMBAL, "Cina", cit., p. 343.

<sup>9</sup> BROMBAL, CORTASSA, "Le riforme...", cit., p. 195.

<sup>10</sup> ZHONGGONG ZHONGYANG, GUOWUYUAN 中共中央、国务院, *Zhonggong zhongyang, guowuyuan guanyu shenhua yiyao weisheng tizhi gaige de yijian, zhongfa 2009 nian, 6 hao* 中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见, 中发 2009年, 6号 (Suggerimenti del Comitato Centrale e del Consiglio di Stato sull'ulteriore rafforzamento della riforma del sistema sanitario, Centr., 2009 No.6).

<sup>11</sup> In termini di contribuzione da parte dei diversi livelli di governo locale, i fondi Smcr sono sostenuti per il 40 per cento dalle province, mentre prefettura e contea coprono ciascuna il 30 per cento del sussidio.



sussidio atto a coprire l'adesione allo schema cooperativo, pagando in vece dei singoli utenti la quota di contribuzione annuale.<sup>12</sup>

In termini complessivi, lo Smcr è stato orientato alla copertura di spese riconducibili a trattamento ospedaliero. Il contributo individuale, come visto relativamente ridotto, confluisce in genere in un conto di risparmio familiare per le spese ambulatoriali, mentre la quota governativa finanzia un fondo di rischio sociale, amministrato a livello di contea<sup>13</sup> e atto a coprire le spese ospedaliere. In buona parte, le risorse dello Smcr sono dunque destinate al rimborso di spese riconducibili a ricovero (60-70 percento).<sup>14 15</sup>

Le strutture convenzionate allo Smcr, presso le quali è possibile ricevere rimborso parziale dei servizi erogati o acquistare trattamenti ambulatoriali utilizzando il conto di risparmio familiare, sono i *provider* pubblici presenti entro i confini della contea di residenza dell'utente, ovvero cliniche di villaggio, centri sanitari di *township* e ospedali di contea. In alcune aree, rimborsi ridotti sono

<sup>12</sup> Circa le funzioni effettivamente svolte dall'Afm, il condizionale è d'obbligo. In numerose località, infatti, la distribuzione dei fondi atti a sostenere l'adesione dei componenti di famiglie disagiate sembra avere raggiunto soltanto una minima parte di quanti avrebbero dovuto beneficiarne, mentre evidenze di natura aneddotica suggeriscono l'esistenza di casi di appropriazione indebita dei fondi da parte di quadri locali. Nel caso di un villaggio situato in un'area montuosa della Mongolia Interna, l'autore ha potuto verificare, incrociando le testimonianze di quanti iscritti alle liste *tekun* con quelle di funzionari di *township* e di quadri di villaggio, come i fondi atti a coprire le adesioni non arrivassero a destinazione, finendo con ogni probabilità nelle tasche dei quadri di villaggio. A monte, è peraltro necessario considerare come i sussidi di povertà vengano spesso erogati a vantaggio di individui che non ne avrebbero un effettivo bisogno. A tal proposito, durante le attività di ricerca sono state individuate famiglie che, pur comparendo come povere sui registri, erano in realtà relativamente benestanti, talvolta titolari di attività commerciali ben avviate. In merito alla scarsa copertura dell'Afm, vedi SHI Wuxiang *et al.*, "Inadequate and Inequitable Health Financial Protection in Western and Central Rural China. Evidence from a Household Survey", *International Journal for Equity in Health*, 9, 7 (2010).

<sup>13</sup> Il numero di abitanti di una contea può variare in genere da 50.000 a 1.000.000, a seconda dell'area considerata.

<sup>14</sup> WEISHENG BU BANGONGTING XINWEN BANGONGSHI 卫生部办公厅新闻办公室, 2008 nian quanguo xinxing nongcun hezuo yiliao gongzuo huiyi baodao huibian ji yuqing fenxi 2008年全国新型农村合作医疗工作会议报道汇编及舆情分析 (Raccolta di rapporti della conferenza 2008 sull'opera nazionale [di adozione] del nuovo Schema medico cooperativo rurale e analisi dell'opinione pubblica), p. 15.

<sup>15</sup> Circa elementi di limitata eterogeneità presenti a livello locale, vedi Adam WAGSTAFF *et al.*, "Extending Health Insurance to the Rural Population: An Impact Evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme", *Journal of Health Economics*, 28, 1 (2009), pp. 1-19.

previsti anche per i servizi acquistati in ospedali di riferimento a livello di prefettura e provincia.<sup>16</sup>

L'estensione della copertura assicurativa è stata seguita nelle campagne cinesi da un rapido aumento del ricorso a cure ospedaliere. Nelle contee che per prime hanno introdotto lo schema, si sono registrati fra 2003 e 2005 incrementi di ricoveri del 20-30 per cento.<sup>17</sup> Tra 2003 e 2005, nella contea di Wuyuan (Jiangxi) il tasso di ospedalizzazione ha registrato un incremento del 6,4 per mille (dal 36,62 al 43,02 per mille).<sup>18</sup> Durante la Conferenza Nazionale sullo Smcr del 2007, i delegati di Hebei, Yunnan e Jiangxi hanno confermato tale tendenza, quantificando nel 20 per cento circa l'aumento degli accessi nel periodo 2005-2006.<sup>19 20 21</sup>

Secondo quanto rilevato dall'autore nel corso di visite di studio presso strutture sanitarie di *township* in Mongolia Interna, trattamenti che avrebbero

---

<sup>16</sup> Rimborsi di cui beneficiano lavoratori migranti e quanti devono recarsi nelle città per sottoporsi a trattamenti complessi. Una problematica notevole a riguardo è costituita dall'obbligo di tornare alla contea di residenza per ottenere rimborso (generalmente entro 15 giorni dalla dimissione). Nuove misure presentate nel 2009 (che introdurremo nel capitolo conclusivo) permettono ai migranti, almeno sulla carta, di aderire all'Assicurazione medica di base per i residenti urbani (Ambru).

<sup>17</sup> WAGSTAFF *et al.*, "Extending Health...", cit., p. 1.

<sup>18</sup> WEISHENG BU 卫生部, "Quanguo xinxing nongcun hezuo yiliao shidian gongzuo qude mingxian chengxiao" "全国新型农村合作医疗试点工作取得明显成效" (il lavoro di sperimentazione dello Schema medico cooperativo rurale a livello nazionale ottiene brillanti risultati), in *2005 nian quanguo xinxing nongcun hezuo yiliao shidian gongzuo huiyi cailiao*, 2005 全国新型农村合作医疗试点工作会议材料 (materiali della conferenza 2005 sul lavoro di sperimentazione nazionale del nuovo Schema medico cooperativo rurale), non pubblicato.

<sup>19</sup> WEISHENG BU 卫生部, "Hebei sheng renmin zhengfu" "河北省人民政府" (governo del popolo della provincia dello Hebei [rapporto del]), in *2007 nian quanguo xinxing nongcun hezuo yiliao shidian gongzuo huiyi cailiao* 2007 年全国新型农村合作医疗试点工作会议材料 (materiali della conferenza 2007 sul lavoro di sperimentazione nazionale del nuovo Schema medico cooperativo rurale), p. 5, non pubblicato.

<sup>20</sup> WEISHENG BU 卫生部, "Yunnan sheng renmin zhengfu" "云南省人民政府" (governo del popolo della provincia dello Yunnan [rapporto del]), in *2007 nian quanguo xinxing nongcun hezuo yiliao shidian gongzuo huiyi cailiao* 2007 年全国新型农村合作医疗试点工作会议材料 (materiali della conferenza 2007 sul lavoro di sperimentazione nazionale del nuovo Schema medico cooperativo rurale), p. 5, non pubblicato.

<sup>21</sup> WEISHENG BU 卫生部, "Jiangxi sheng renmin zhengfu" "江西省人民政府" (Governo del popolo della provincia dello Yunnan [rapporto del]), in *2007 nian quanguo xinxing nongcun hezuo yiliao shidian gongzuo huiyi cailiao* 2007 年全国新型农村合作医疗试点工作会议材料 (materiali della conferenza 2007 sul lavoro di sperimentazione nazionale del nuovo Schema medico cooperativo rurale), p. 3, non pubblicato.

potuto, considerando la loro scarsa complessità, essere forniti in regime ambulatoriale, venivano di fatto erogati in regime di ricovero, in modo tale da poter usufruire dei rimborsi (come detto, lo Smcr in genere garantisce rimborsi solo per i servizi ospedalieri).<sup>22</sup> Come confermato anche dalla docente dell'Università di Pechino prof.ssa Li Ling nel corso di una conferenza internazionale sulla riforma sanitaria tenutasi a Pechino sul finire del 2009, queste dinamiche potrebbero aver influito sensibilmente sulla crescita dei tassi di ospedalizzazione nel periodo immediatamente successivo all'adozione dello Smcr:

Per quanto riguarda l'influenza della struttura assicurativa [sulla crescita del tasso di ospedalizzazione], quello che posso dire è che a volte capita che utente e medico discutano sull'opportunità di far figurare il trattamento [che potrebbe essere erogato in regime ambulatoriale] come trattamento di ricovero, in modo tale da poter accedere ai rimborsi.<sup>23</sup>

Non sorprende, in tale contesto, che il crescente investimento pubblico a sostegno dei rimborsi per i trattamenti in regime di ricovero abbia comportato un notevole aumento delle entrate degli ospedali. A causa dell'assenza di rigidi strumenti di controllo del prezzo e di protocolli clinici precisi, la riforma sembra avere avuto l'effetto di incentivare gli ospedali a erogare maggiori quantità di servizio, accelerando la già evidente inflazione dei costi associabili a trattamento ospedaliero. Secondo i dati riportati in uno studio della Banca Mondiale del 2009, l'incremento del costo medio per il trattamento ospedaliero sarebbe evidente nel periodo successivo all'introduzione dello Smcr, sia nei centri sanitari di *township*

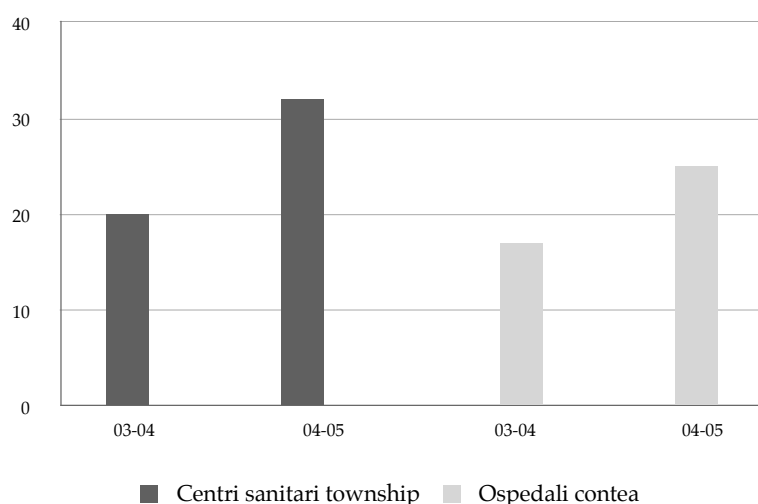
---

<sup>22</sup> In un centro sanitario di *township* visitato da chi scrive, situato ai confini con la Repubblica di Mongolia, nel 2008 veniva riportata la fornitura di servizi ospedalieri, con durata media delle degenze pari a tre giorni. In considerazione dell'assenza di competenze, equipaggiamenti, strumenti e spazi atti all'erogazione di servizi in regime di ricovero, è ragionevole ritenere che buona parte di tali servizi, di fatto erogabili in regime ambulatoriale (si trattava in genere di fleboclisi) venissero registrati come erogati in regime di ricovero, in modo tale da accedere ai rimborsi. Considerando le grandi distanze fra il centro sanitario e le singole abitazioni (tende mongole, *gher*), è possibile inoltre che la struttura venisse utilizzata come luogo di pernottamento da pazienti che preferivano non viaggiare durante la notte.

<sup>23</sup> Dichiarazione resa in pubblico nel corso seminario intitolato *The Senior Level Seminar on National Health Services Survey and Health Reform Monitoring & Evaluation of China*, tenutosi a Pechino il 2-3 dicembre 2009. La prof.ssa Li Ling è fra gli esperti di economia sanitaria più impegnati nel processo di riforma avviato dall'amministrazione Hu-Wen.

che negli ospedali di contea, con incrementi compresi rispettivamente fra il 15 e il 20 per cento nel periodo 2003-2004 e fra il 25 e il 30 per cento nel periodo compreso fra il 2004 e il 2005.<sup>24</sup> In termini assoluti, nel 2006 il costo medio di un ricovero ospedaliero in Cina era pari a 2.241 RMB negli ospedali di contea, contro un reddito contadino *annuale* medio di circa 3.600 yuan pro capite.<sup>25 26</sup>

**Grafico 3.2** Aumento costi medi per trattamento ospedaliero 2003-2005 (%)<sup>27</sup>.



Al di là del dato aggregato, già di per se stesso indicativo di una tendenza verso un'ulteriore inflazione dei costi, informazioni raccolte sul campo dall'autore indicano come l'incremento nel costo medio dei trattamenti sia stato in alcuni casi ben superiore alla media nazionale, quale riportata dalle autorità governative. Nell'anno successivo all'introduzione dello Smcr, nel già citato ospedale di Quzhou<sup>28</sup> il costo medio del trattamento ospedaliero è *raddoppiato*, mentre nel caso di un'altra struttura sanitaria di contea, l'ospedale di Ningcheng, Mongolia

<sup>24</sup> WAGSTAFF *et al.*, *Rural...*, cit., p. 24.

<sup>25</sup> BROMBAL, "Cina", cit., p. 342.

<sup>26</sup> WEISHENG BU 卫生部, "2007 nian woguo weisheng shiye fazhan tongji gongbao" "2007年我国卫生事业发展统计公报" (Rapporto statistico aperto al pubblico del 2007 sullo sviluppo del settore sanitario nazionale), in "MoH", 2007, <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohbgt/s6689/200804/33525.htm>, 19/01/2012.

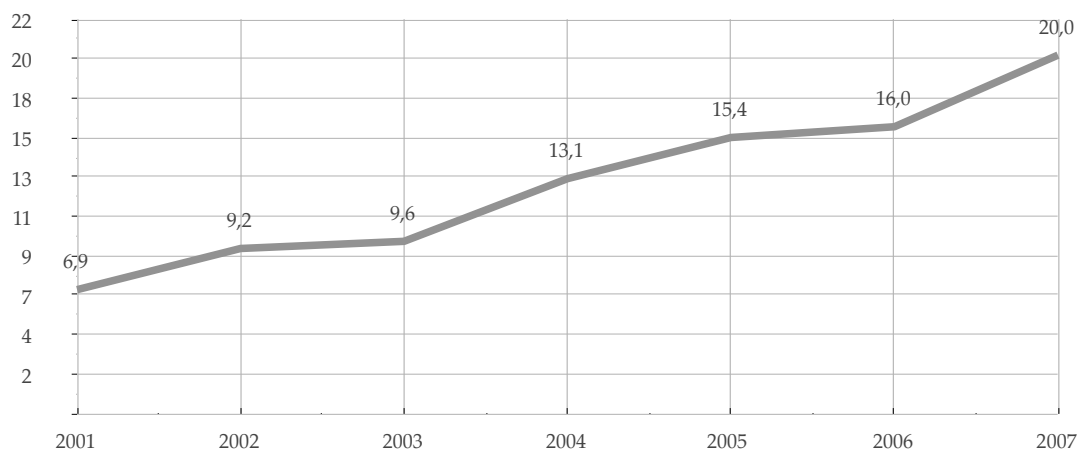
<sup>27</sup> Rielaborazione dell'autore, basata sui dati riportati in WAGSTAFF *et al.*, *Reforming China's ...*, cit., p.24.

<sup>28</sup> Vedi Capitolo 2, paragrafo 2.2. Nello stesso paragrafo si fa riferimento anche al vicino centro sanitario di *township* di Dahedao, anch'esso preso in considerazione in queste pagine.

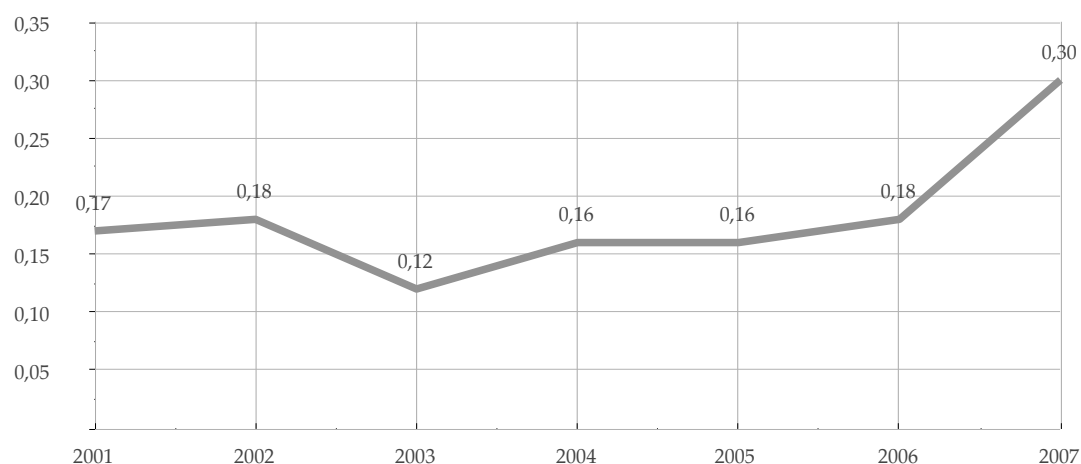
Interna, l'incremento del costo medio per trattamento ospedaliero era stato "limitato", nell'anno successivo all'adozione dello Smcr, al 41 per cento.<sup>29</sup>

Più alti tassi di ospedalizzazione e costi maggiori si sono tradotti in un aumento consistente delle entrate da erogazione del servizio. Nell'ospedale di contea di Quzhou queste sono triplicate nei tre anni successivi all'introduzione dello Smcr, mentre nel vicino centro sanitario di Dahedao sono aumentate del 73 per cento.<sup>30</sup>

**Grafico 3.3** Entrate da erogazione del servizio, ospedale di contea di Quzhou (1.000.000 RMB).



**Grafico 3.4** Entrate da erogazione del servizio, Centro sanitario *township* Dahedao (1.000.000 RMB).



<sup>29</sup> Dati raccolti dall'autore.

<sup>30</sup> Dati raccolti dall'autore.

Considerando come circa il 50 per cento delle entrate di un ospedale cinese derivi dalla vendita di medicinali,<sup>31</sup> è facile intuire quali siano state le ricadute positive dell'estensione della copertura assicurativa anche per l'industria farmaceutica. Secondo dati resi noti nel 2011, il valore del mercato farmaceutico cinese è triplicato nei cinque anni compresi fra il 2004 e il 2009, con previsioni di crescita annuale attestata attorno al 20 per cento.<sup>32</sup> Stime elaborate da PharmaChina, organo di informazione con base negli Stati Uniti facente capo al Wicon International Group,<sup>33</sup> prevedevano che l'aumento dei premi assicurativi avrebbe comportato nel 2010 una crescita di 53 miliardi di RMB nella spesa farmaceutica cinese, pari a una crescita dell'8 per cento del mercato.<sup>34</sup> Secondo fonti giornalistiche, la quota di mercato relativa alle prescrizioni di farmaci negli ospedali di contea, i quali erogano buona parte dei servizi curativi nelle aree rurali e che più hanno beneficiato dell'incremento dell'investimento governativo in termini assicurativi, starebbe crescendo rapidamente, attraendo l'attenzione degli uffici di marketing delle compagnie farmaceutiche, sia domestiche che straniere.<sup>35</sup>

---

<sup>31</sup> SU Ling 苏岭, "Yao yang de yiyuan" 药养的医院 (Ospedali sostenuti dalla vendita dei medicinali), in *Nanfang Zhoumo*, 11 gennaio 2010, p. A6.

<sup>32</sup> PARTNERING NEWS, "AstraZeneca Sees Double-digit Growth in China into the Future", in "Partnering News", 2011, <http://ebdgroup.com/partneringnews/2011/05/astrazeneca-sees-double-digit-growth-in-china-into-the-future/>, 26/05/2011. Vedi anche PARTNERING NEWS, "Big Pharma Increases Activity in China", in "Partnering News", 2011, <http://ebdgroup.com/partneringnews/2011/05/big-pharma-increases-activity-in-china/>, 26/05/2011.

<sup>33</sup> WiCON International è una compagnia di consulenza con sede a Princeton, nel New Jersey (USA). Le attività della WiCON riguardano in particolare il settore sanitario cinese e sono caratterizzate da un deciso orientamento pro-mercato. Nel capitolo conclusivo si avrà modo di analizzare più da vicino i legami della WiCON con l'industria sanitaria cinese e con le relative associazioni di categoria. Per ulteriori informazioni relative alla WiCON International e alle attività di Pharma China, vedi il sito internet: <http://www.pharmachinaonline.com/>.

<sup>34</sup> Le stime risalgono al 2009. Vedi James SHEN, "Wheels of Healthcare Reform Begins to Roll", *PharmaChina*, 35 (2009), p. 3. Per quanto riguarda l'incremento dei premi assicurativi previsto dal piano di riforma 2009-2011, si rimanda al capitolo conclusivo.

<sup>35</sup> INTERFAX, "Health Care Reform Spurs County Hospitals' Pharma Market", in "Interfax China", 2010, <http://www.interfax.cn/news/15586,30/08/2011>.

**Riquadro 3.1 Piano Smcr della Regione Autonoma del Guangxi, 2007<sup>36</sup>**

La regione Autonoma del Guangxi è stata la prima suddivisione amministrativa provinciale a elaborare un quadro di riferimento unico per le caratteristiche dello Smcr. Qui di seguito vengono riportate le caratteristiche salienti del piano, definito nel 2007:

**SERVIZI EROGATI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO**

FRANCHIGIA: Centro sanitario di *township* 30 RMB; ospedale di contea 100 RMB; ospedale di prefettura e superiore 200 RMB.

MASSIMALE RIMBORSO ANNUO: 40.000 RMB

PIANO RIMBORSI:

**Piano 1** (contee con popolazione sotto i 200 mila abitanti): centro sanitario di township 65%; ospedale di contea 40%; ospedale di prefettura e superiore 30%.

**Piano 2** (contee con popolazione fra 200 mila e 500 mila abitanti): centro sanitario di township 70%; ospedale di contea 40%; ospedale di prefettura e superiore 30%.

**Piano 3** (contee con popolazione oltre i 500 mila abitanti): centro sanitario di township 75%, ospedale di contea 40%; ospedale di prefettura e superiore 30%.

Rimborso per spese catastrofiche<sup>37</sup> (> 10.000 RMB): ≤15.000 RMB: 45%; >15.000 ≤ 20.000 RMB: 50%; > 20.000 ≤30.000 RMB: 55%; >30.000 ≤40.000 RMB: 60%; > 40.000 ≤ 50.000 RMB: 65%; >50.000 RMB: 70%.

**SERVIZI EROGATI IN REGIME AMBULATORIALE**

Spese per i trattamenti dovuti a ipertensione, diabete, epatite, ipertiroidismo, reumatismi, SLE, TBC sono rimborsate secondo i livelli stabiliti per il trattamento ospedaliero. Altre spese ambulatoriali sono coperte tramite conti di risparmio familiare.

<sup>36</sup> GUANGXI ZIZHIQU XINNONGHE BANGONGSHI 广西自治新农合办公室, *Guangxi zizhiqu Guanyu Zhengqiu Guangxi Zhuangzu Zizhiqu Xinning Nongcun Hezuo Yiliao Jijin Buchang Jishu Fang'an Xiuding Yijian De Tongzhi*, *Xinnongheban*, 2007 Nian 2 Hao 广西自治区关于征求广西壮族自治区新型农村合作医疗基金补偿技术方案修订意见的通知, 新农合办, 2007年2号 (Circolare sulla revisione del piano tecnico di rimborso dello schema medico cooperativo della Regione Autonoma Del Guangxi, Ufficio dello Schema Medico Cooperativo, 2007, No.2).

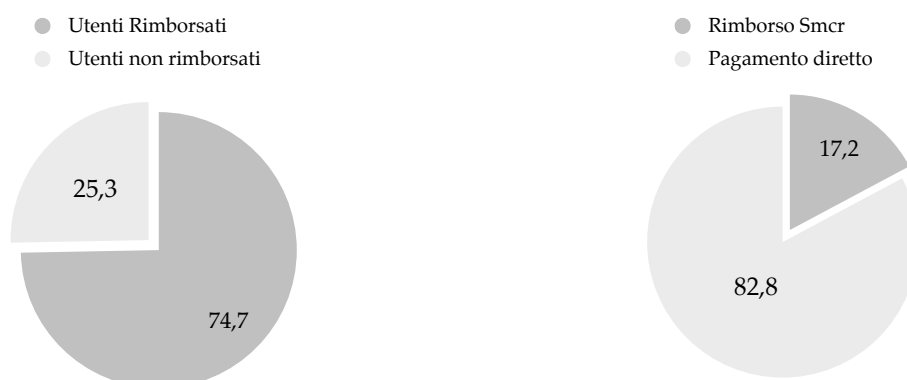
<sup>37</sup> Il concetto di spesa medica o malattia "catastrofica" è legato non alla gravità della patologia in questione, quanto piuttosto al costo per le spese mediche sostenute dal paziente e la capacità di tali spese di incidere negativamente sul bilancio familiare. La letteratura specialistica che citeremo nelle prossime pagine indica un evento come catastrofico qualora la relativa spesa medica sostenuta sia superiore al 10 per cento del reddito annuale della famiglia. In merito, vedi XU Ke *et al.*, "Household Catastrophic Health Expenditure: a Multicountry Analysis", *The Lancet*, 362 (2003), pp. 111-116.

### 3.3 Accessibilità al servizio sanitario nelle aree rurali

I risultati raggiunti dalle misure adottate dall'amministrazione Hu-Wen nel ridurre il carico economico dovuto a spese mediche sono stati assai limitati. Lo Smcr offre rimborsi molto limitati rispetto al totale della spesa sanitaria sostenuta dal paziente. Secondo Mao Zhengzhong, autore nel 2005 di uno studio commissionato dalla Banca mondiale, nella prima fase successiva all'adozione dello schema i rimborsi sarebbero stati in grado di coprire fra il 25 per cento e il 40 per cento<sup>38</sup> delle spese riconducibili a ricovero ospedaliero. Se prendiamo in considerazione dati riferiti al 2008, raccolti durante le attività svolte nel corso del progetto *Impact of the New Rural Cooperative Medical Scheme on Health Care Services Accessibility in Central and Western China*, tale stima pare tuttavia molto ottimistica: le quote di rimborso reale riscontrate nel corso dello studio sarebbero infatti pari al 17 per cento della spesa totale sostenuta in caso di ospedalizzazione.<sup>39</sup>

**Figura 3.1 a** (in basso a sinistra) Casi rimborsati sul totale dei ricoveri di pazienti convenzionati, 2008, Cina Centro-Occidentale (%) <sup>40</sup>

**Figura 3.1 b** (in basso a destra) Rimborso Smcr sul totale delle spese di ricovero sostenute da pazienti convenzionati, 2008, Cina Centro-Occidentale (%) <sup>41</sup>



<sup>38</sup> MAO Zhengzhong, "Pilot Program of New Cooperative Medical Schemes (NCMS) in China: System Design and Progress", in "The World Bank", 2005, *Policy Research Working Paper 34527*, [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/12/08/000160016\\_20051208124338/Rendered/PDF/345270CHA0NCMS1report.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/12/08/000160016_20051208124338/Rendered/PDF/345270CHA0NCMS1report.pdf), 07/01/2012, p. 28.

<sup>39</sup> HEALTH COORDINATION UNIT IN BEIJING - HEALTH HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT CENTER - MINISTRY OF HEALTH P.R.CHINA (HHRDC), "Impact of...", cit., p. 19.

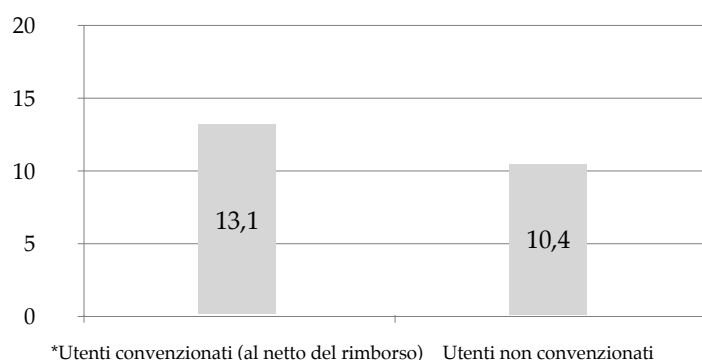
<sup>40</sup> *Ibidem*.

<sup>41</sup> *Ibidem*.



È ancora più significativo notare come, secondo lo stesso studio, l'adesione allo Scmr fosse associata a una *maggiore* probabilità di incorrere in spese "catastrofiche", pari o superiori al 10 per cento del reddito familiare. Nel campione considerato, nei dodici mesi precedenti all'intervista il 13 per cento delle famiglie convenzionate allo Scmr aveva sostenuto spese sanitarie catastrofiche (al netto di eventuali rimborsi), contro il 10 per cento delle famiglie non convenzionate.

**Grafico 3.5** Incidenza spese catastrofiche ( $\geq 10\%$  reddito familiare), utenti convenzionati e non, Cina Centrale e Occidentale, 2008 (%)<sup>42</sup>



Tali dati sono in linea con quanto già riscontrato da Adam Wagstaff, secondo cui fra 2003 e 2005 lo schema non avrebbe diminuito la quota di spesa sostenuta direttamente dal paziente (*out-of-pocket*, OOP),<sup>43</sup> né il rischio di incorrere in spese catastrofiche.<sup>44 45</sup> Risultati coerenti con un altro, interessante studio della Banca mondiale, pubblicato nel 2008, secondo cui in Cina, tanto in contesto urbano

<sup>42</sup> HEALTH COORDINATION UNIT IN BEIJING - HEALTH HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT CENTER - MINISTRY OF HEALTH P.R.CHINA (HHRDC), "Impact of...", cit., p. 21.

<sup>43</sup> Spesa sostenuta direttamente dal paziente, non rimborsabile.

<sup>44</sup> WAGSTAFF et al., "Extending Health...", cit., p. 1.

<sup>45</sup> È significativo notare come le autorità sanitarie della provincia del Jiangxi riportassero, a due anni dall'adozione dello SMCR, una diminuzione dei casi di impoverimento riconducibili a spese mediche nell'ordine del 40 per cento, dal 47 per cento al 27 per cento sul totale dei casi di povertà censiti, (cfr. ). La macroscopica discrepanza fra questi dati e quelli cui la nostra trattazione fa riferimento, raccolti nel corso di attività di ricerca condotte in maniera indipendente dal controllo delle autorità locali, può essere considerata come ulteriore esempio della difficoltà, in contesto cinese, di ottenere dati attendibili circa il raggiungimento di obiettivi considerati prioritari dal governo centrale. Cfr. WEISHENG BU 卫生部, "Jiangxi sheng..", cit., p. 3.

quanto rurale, gli utenti assicurati risulterebbero avere una *maggiore* probabilità di incorrere in spese catastrofiche rispetto alla popolazione non assicurata.<sup>46</sup> Similmente, una ricerca condotta nella provincia del Guangdong da Pan Xilong riporta un livello di spesa per i pazienti assicurati maggiore del 60 per cento rispetto a quello dei pazienti privi di assicurazione, in particolare a causa del maggiore quantità e costo dei farmaci prescritti (pari al triplo della spesa per i non assicurati).<sup>47</sup>

Il già citato rapporto della Banca mondiale presenta come segue le possibili cause della maggiore probabilità per gli utenti coperti da assicurazione di incorrere in spese catastrofiche:

Insurance opens up new opportunities for consuming expensive high-tech care, and it is conceivable that the insured values the health improvement so much that with insurance he ends up paying more out of pocket when ill than he does without insurance. This outcome becomes more likely in a setting where the provider is able to exploit the informational advantage she has over the patient, so that the patient finds it hard to trade off the extra costs and the extra medical care.<sup>48</sup>

Nella conclusione, gli autori pongono l'accento sulla tendenza da parte delle strutture sanitarie di sfruttare a proprio vantaggio la copertura assicurativa, nonché sui potenziali effetti negativi di tali comportamenti:

If, however, providers exploit their informational advantage and take the opportunity of insurance coverage to deliver more expensive medical care than the individual would not have chosen had he been fully aware of the magnitude of the additional health benefits and additional out-of-pocket expenses, then the welfare gains associated with insurance are less clear.<sup>49</sup>

---

<sup>46</sup>Adam WAGSTAFF, Magnus LINDELOW, "Can Insurance Increase Financial Risk? The Curious Case of Health Insurance in China", "The World Bank", *Policy Research Working Paper 3741* (2005), [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDS/IB/2005/10/04/000016406\\_20051004135101/Rendered/PDF/wps3741.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDS/IB/2005/10/04/000016406_20051004135101/Rendered/PDF/wps3741.pdf), 07/01/2012, p. 10.

<sup>47</sup>PAN Xilong *et al.*, "Absence of Appropriate Hospitalization Cost Control for Patients with Medical Insurance. A Comparative Analysis Study", *Health Economics*, 18, 10 (2009), p. 1146.

<sup>48</sup>WAGSTAFF, LINDELOW, "Can Insurance...", cit., pp. 2-3.

<sup>49</sup>WAGSTAFF, LINDELOW, "Can Insurance...", cit., p. 11.

A causa degli incentivi economici alla somministrazione di trattamenti costosi, la copertura assicurativa sembra dunque un fattore in grado di far *crescere*, anziché diminuire, il livello di spesa sostenuto direttamente dal singolo paziente. Secondo il prof. Cheng, analista di politiche sanitarie all'Università di Princeton:

[In China] out-of-pocket costs of inpatient care have risen, despite increased insurance from the government, which suggests it didn't make a difference [...] hospitals and doctors help themselves by doing all sorts of additional tests and treatments.<sup>50</sup>

Considerata la scarsa efficacia dello Smcr e il ricorso sistematico al pagamento anticipato delle prestazioni ospedaliere, non stupisce che le difficoltà delle popolazioni rurali nell'accedere ai servizi rimangano spesso insormontabili. Nel 2008, nelle campagne della Cina Centrale e Occidentale poco meno della metà della popolazione (46,5 per cento) non aveva accesso alle cure ospedaliere, mentre oltre un terzo dei trattamenti in regime di ricovero veniva interrotto anzitempo, nella maggior parte dei casi per ragioni economiche. La mancanza di denaro era infatti causa del 90 per cento dei casi di mancato accesso e 70 per cento dei casi di interruzione del trattamento.<sup>51 52 53</sup> In altri termini, soltanto il 35 per cento delle

---

<sup>50</sup> Paul WEBSTER, "Roadblocks to Health Reform in China", *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 183 (2011), p. E771.

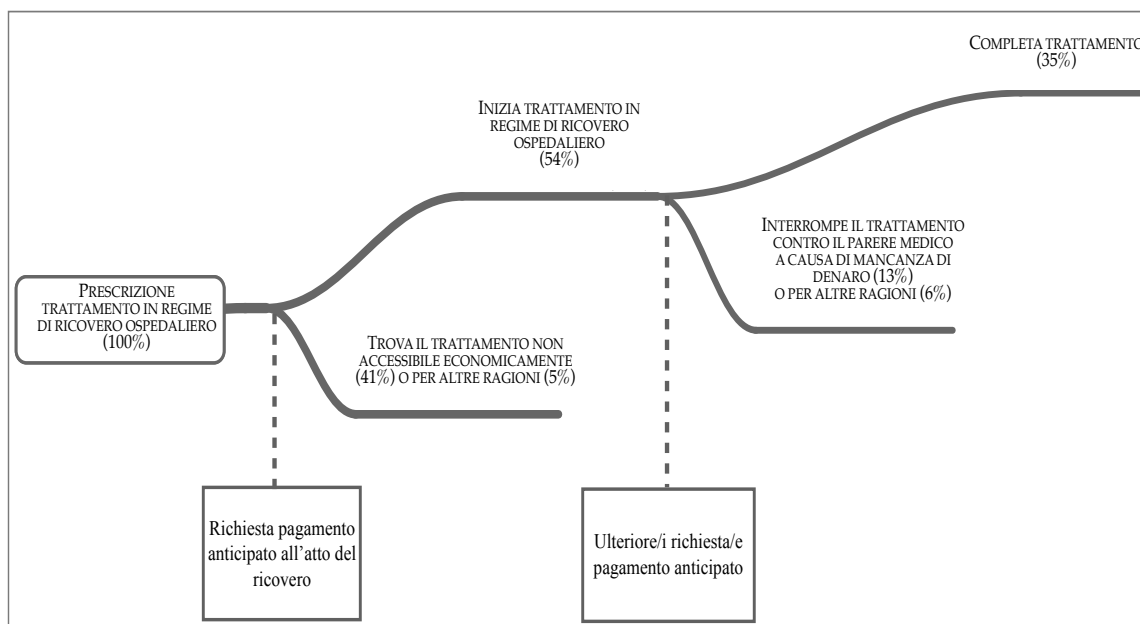
<sup>51</sup> Il *proxy* attraverso cui viene qui misurato il grado di accessibilità al servizio sanitario è quello delle "necessità sanitarie non soddisfatte" (*unmet health care need*), ovvero lo stato di incapacità di un individuo di accedere alle cure in caso di necessità. Nel caso specifico dello studio preso in considerazione, la necessità di trattamento in regime di ricovero ospedaliero veniva considerata come "non soddisfatta" nel caso in cui, a fronte di una prescrizione di ricovero fatta al singolo utente nei dodici mesi precedenti allo svolgimento dell'intervista, questi non era stato in grado, per una qualsivoglia ragione, di ricevere il trattamento stesso. Tale misura è la stessa comunemente utilizzata nelle indagini periodiche condotte dal Ministero della sanità cinese, come l'Indagine nazionale sul servizio sanitario (*guojia weisheng fuwu diaocha* 国家卫生服务调查).

<sup>52</sup> I dati ufficiali contenuti nell'Indagine nazionale sul servizio sanitario del 2008, resi noti l'anno seguente, indicano un tasso di mancati accessi per le aree rurali pari al 30 per cento sul totale delle prescrizioni di trattamento. Ancora una volta è plausibile persino, nella discrepanza rispetto ai dati raccolti dal progetto di ricerca cui si fa riferimento in queste pagine, ostacoli posti dalle autorità locali a una corretta misurazione delle problematiche di accesso.

<sup>53</sup> HEALTH COORDINATION UNIT IN BEIJING - HEALTH HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT CENTER - MINISTRY OF HEALTH P.R.CHINA (HHRDC), "Impact of..." , cit., pp. 15, 17.

persone intervistate cui era stato prescritto il ricovero erano state in grado di portare a termine il trattamento.

Figura 3.2 Accesso alle cure ospedaliere, Cina Centro-Occidentale (2008)<sup>54</sup>



Lo stesso studio indica come non vi sia alcuna differenza significativa in termini di mancato accesso fra individui assicurati e non. Nel caso degli utenti coperti dallo Smcr, infatti, la percentuale di mancato accesso era pari al 47,5 per cento, mentre per quanto riguarda quanti non coperti dallo Smcr era del 36,5 per cento. Anche nel caso della dimissione anzitempo contro parere medico non venivano riscontrate differenze significative (33,3 per cento per gli assicurati, 43,1 per cento per i non assicurati).<sup>55</sup> Nonostante come detto tali differenze non siano statisticamente significative, il livello maggiore di mancati accessi riscontrato fra quanti iscritti allo Smcr offre un ulteriore elemento a supporto della tesi, espressa poco sopra, relativa al ruolo che tale strumento assicurativo potrebbe avere nell'aggravare, anziché ridurre, le barriere economiche all'accesso alle cure. In tal

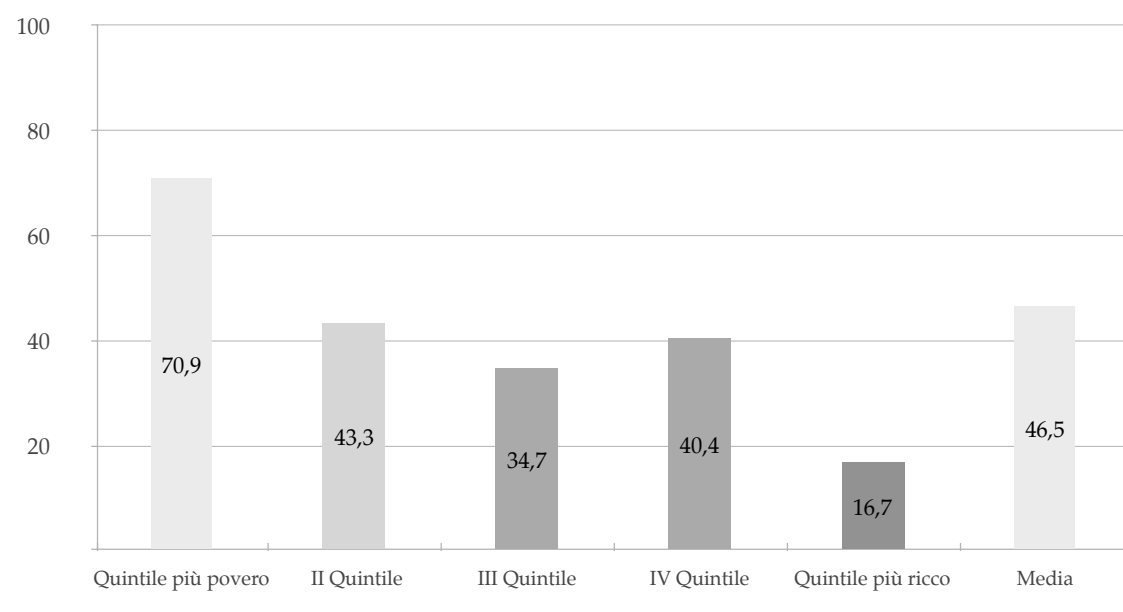
<sup>54</sup> HEALTH COORDINATION UNIT IN BEIJING - HEALTH HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT CENTER - MINISTRY OF HEALTH P.R.CHINA (HHRDC), "Impact of...", cit., pp. 13, 15, 17.

<sup>55</sup> HEALTH COORDINATION UNIT IN BEIJING - HEALTH HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT CENTER - MINISTRY OF HEALTH P.R.CHINA (HHRDC), "Impact of...", cit., pp. 15, 16.

senso, è ragionevole ritenere che le caparre richieste al momento del ricovero ospedaliero siano più consistenti per quanti iscritti allo Smcr, in virtù della maggiore disponibilità economica grazie alla copertura assicurativa.

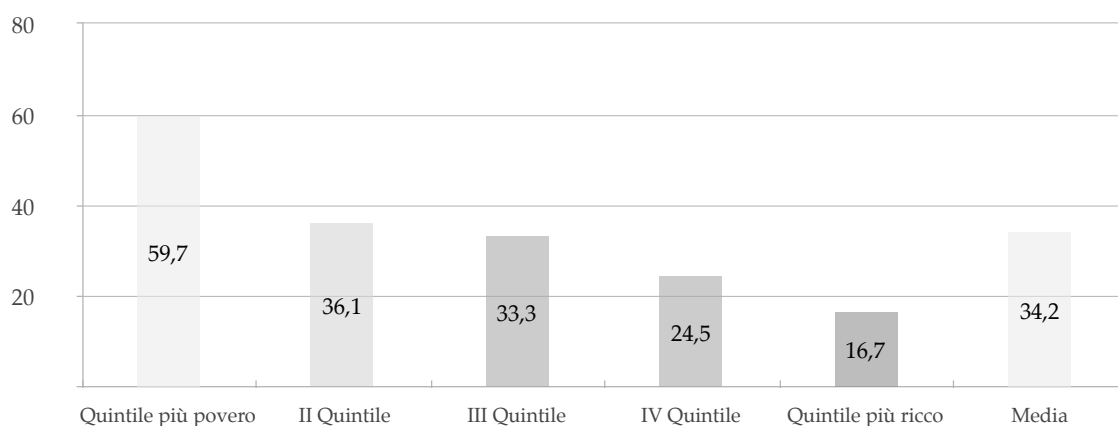
Considerevoli differenze nella capacità di accedere al servizio sussistono invece fra strati di popolazione con diverse condizioni economiche, come anche con diverse condizioni di salute: continuano a incontrare difficoltà più evidenti quanti vivono in povertà o in condizioni di malattia, ovvero le categorie più vulnerabili identificate nella retorica politica dell'era Hu-Wen quali beneficiari di una concezione di sviluppo più equilibrata. Nella fascia più povera della popolazione rurale, nel 70,9 per cento dei casi non viene dato seguito alla prescrizione di ricovero. Parimenti, i casi di interruzione del trattamento contro parere medico sono molto più comuni nel quintile più povero: 59,7 per cento, a fronte di una media del 34,2 per cento. Quanti riportano uno stato di salute peggiore (conseguenza in genere di malattia cronica) incorrono anch'essi in problemi maggiori nell'accedere ai servizi ospedalieri (54,2 per cento di mancati accessi).

**Grafico 3.6** Mancati accessi al servizio di ricovero ospedaliero per condizione economica, Cina centro-occidentale, 2008 (%)<sup>56</sup>

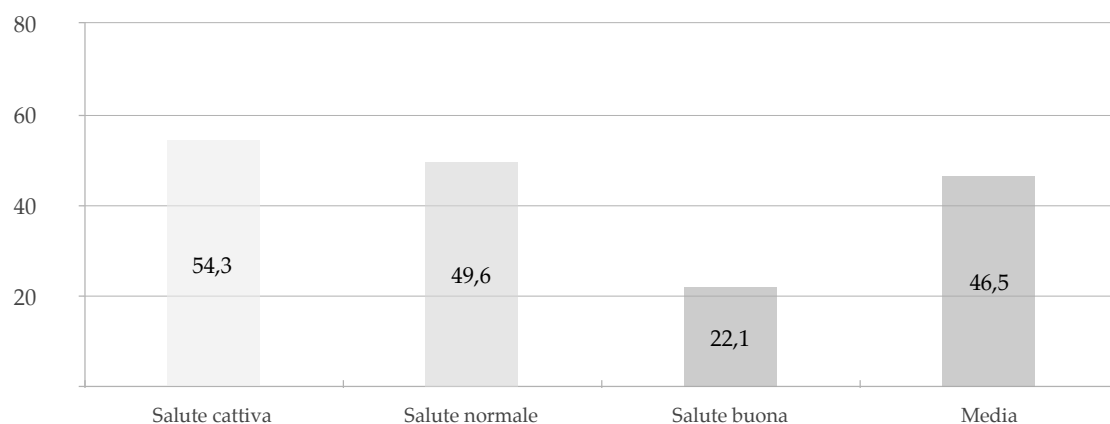


<sup>56</sup> HEALTH COORDINATION UNIT IN BEIJING - HEALTH HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT CENTER - MINISTRY OF HEALTH P.R.CHINA (HHRDC), "Impact of...", cit., p. 14.

**Grafico 3.7** Interruzione del trattamento ospedaliero contro parere medico per condizione economica, Cina centro-occidentale, 2008 (%) <sup>57</sup>



**Grafico 3.8** Mancati accessi al servizio di ricovero ospedaliero per diverso status di salute percepito, Cina centro-occidentale, 2008 (%) <sup>58</sup>



Il dato aggregato, che pure mette in luce una situazione di oggettiva criticità, non riesce d'altro canto a far comprendere in maniera compiuta le difficoltà incontrate dalla popolazione, né il senso di impotenza (e, talvolta, rabbia)<sup>59</sup> che coglie le famiglie contadine, in specie più povere, quando vengono colpite dalla malattia. Un'immagine più accurata in tal senso può essere fornita solo da singole

<sup>57</sup> HEALTH COORDINATION UNIT IN BEIJING - HEALTH HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT CENTER - MINISTRY OF HEALTH P.R.CHINA (HHRDC), "Impact of...", cit., p. 17.

<sup>58</sup> HEALTH COORDINATION UNIT IN BEIJING - HEALTH HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT CENTER - MINISTRY OF HEALTH P.R.CHINA (HHRDC), "Impact of...", cit., p. 15.

<sup>59</sup> In merito alle percezioni della società contadina verso le problematiche del sistema sanitario e le forme prevalenti di espressione del malcontento, si rimanda al paragrafo successivo.

vicende umane, e dalla conoscenza del contesto in cui queste hanno luogo. Molto spesso, un unico episodio di malattia può comportare una spesa di decine di migliaia di RMB, in aree dove il reddito pro-capite annuale non supera i 5.000-6.000 RMB, gettando nell'indigenza interi nuclei famigliari.

Il sig. Yuan è un vecchio insegnante in pensione. Il suo reddito annuale è di circa 5.000 RMB. Vive nel villaggio Dongfeng, trecento chilometri a sud di Pechino, nella provincia dello Hebei. Vi si arriva per una strada accidentata, fiancheggiata da profondi fossati al limitare dei campi di cotone e da filari di acacie. Vi vivono all'incirca un migliaio di persone. Racconta:

Mia figlia si è ammalata nel 2003. L'abbiamo portata all'ospedale di contea, dove ci hanno detto che si trattava di leucemia. All'ospedale di Quzhou abbiamo speso circa 30 mila RMB, ma poi, visto che non riuscivano a curarla bene, l'abbiamo portata su a Tianjin. Altri 30 mila RMB abbiamo speso a Tianjin, ma poi non ce l'abbiamo più fatta. Avevamo dato fondo ai nostri risparmi, chiesto aiuto ad amici e parenti...ma alla fine davvero non potevamo più farcela. E' morta qui a casa, nel 2005. Aveva vent'anni. Lo schema [Smcr] ci ha rimborsato 7.000 RMB.<sup>60</sup>

Non è diversa la vicenda Fengzhi, contadino della prefettura di Chifeng, Mongolia Interna. Racconta il fratello Fenglu:

Mio fratello è stato investito da un'auto mentre andava a lavorare il nostro campo, una mattina d'inverno. Era messo molto male. Quando l'abbiamo portato in ospedale, dopo una prima diagnosi, ci hanno chiesto una caparra di 30.000 RMB, che siamo riusciti a pagare grazie all'aiuto di amici e parenti, i quali ci hanno prestato del denaro. Il ricovero è durato otto mesi, dal gennaio all'agosto del 2007. Era iscritto allo Schema medico cooperativo, ma ci hanno detto che non potevano rimborsare il trattamento<sup>61</sup>. Hanno fatto due operazioni a mio fratello, prima delle quali abbiamo offerto una cena al chirurgo che avrebbe dovuto operarlo, spendendo circa 1.000 RMB. Alla fine, dopo aver speso 70.000 RMB, abbiamo dovuto dimetterlo perché ci mancava il denaro per proseguire il trattamento. È rimasto sciancato e non può più lavorare nei campi.<sup>62</sup>

---

<sup>60</sup> Doc Intervista #0417, 2008.

<sup>61</sup> Le spese sostenute in seguito a lesioni riportate per colpa di terzi non sono coperti dallo Smcr.

<sup>62</sup> Doc Intervista #0715a, 2008.

In un villaggio poco lontano vive la famiglia Pei, composta dal marito, la moglie mancese Yuyin, analfabeta, e i loro tre figli disabili: Qilong di 29 anni, Qihai di 27, Qibing di 25. Alle pareti della piccola casa sono appese immagini di Zhou Enlai, affiancate a quelle di *starlette* di Hong Kong. Il padre racconta:

Abbiamo un reddito di circa 9.000 RMB all'anno, incluso un piccolo sussidio per la disabilità dei figli. Per un figlio ci danno 90 RMB al mese, per gli altri due 30 RMB al mese ciascuno. Io soffro di tubercolosi e colecistite, e ho speso l'anno scorso 3.000 RMB in trattamenti. Nell'ultimo anno al figlio più grande hanno prescritto per due volte il ricovero in ospedale, tuttavia non potevamo permettercelo. Non abbiamo denaro per le cure, tantomeno per fare regali ai medici, che sarebbero necessari nel caso in cui decidessimo di portare i nostri figli all'ospedale.<sup>63</sup>

Le cose non vanno diversamente nello villaggio Liusancun, Shaanxi. Il sig. An vive in una casa ai margini del villaggio, poco distante dallo spaccio della sig.ra Zhang. La famiglia è composta da tre figli tra i 18 e 20 anni e i genitori del sig. An, entrambi sessantenni. Vivono con un reddito annuale di 11.000 RMB.

Mia moglie [racconta il sing. An] è morta a 39 anni, il 15 novembre 2007, per un ictus. Era malata da tempo: in tredici anni di malattia abbiamo speso circa 100.000 RMB. Dopo un ricovero, verso la fine, l'abbiamo riportata a casa dove è infine morta. Per il funerale abbiamo speso 13.000 RMB, di cui 3.000 donati dai parenti.<sup>64</sup>

Nella vicina contea di Jingbian vive il sig. Zhang, affetto da tubercolosi. A chi lo invita a recarsi presso il dispensario del locale Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive (CDC), risponde:

Nessuno mi aveva detto della possibilità di ricevere cure gratuite. La tubercolosi mi è stata diagnosticata dieci anni fa, e da allora prendo delle medicine. L'ultima volta che sono stato all'ospedale di contea mi hanno fatto degli esami che ho pagato 450 RMB, e poi mi hanno dato 200 RMB di medicine, non rimborsabili.<sup>65</sup>

---

<sup>63</sup> Doc Intervista #0627a, 2008.

<sup>64</sup> Doc Intervista # 0730b, 2008.

<sup>65</sup> Doc Intervista # 0727, 2008 . Sui trattamenti inappropriati per la tubercolosi, vedi Capitolo 2, paragrafo 2.3.



La difficoltà al ricorso alle cure diventa particolarmente penosa nel caso in cui la malattia costringa al ricorso continuo a trattamenti costosi, come nel caso della cura dell'insufficienza renale cronica. Negli ospedali di contea visitati dall'autore, il costo del trattamento è tra i 250 e i 280 RMB a seduta. Calcolando una media di due sedute alla settimana (il minimo necessario in caso di insufficienza renale), si arriva a una spesa attorno ai 25.000-30.000 RMB all'anno, ben superiori al reddito di molte famiglie nelle campagne. Nell'ospedale di Jingbian una giovane donna si sottopone al trattamento, piangendo: "Ho 25 anni e un bimbo piccolo, che avrebbe bisogno di me. Sono soltanto un peso per la mia famiglia!"<sup>66</sup>

### 3.4 Relazioni Stato-società: utenza, autorità governative, personale sanitario

Nonostante il permanere di oggettive difficoltà nel garantire l'accesso ai servizi sanitari, gli sforzi di Pechino sembrano essere percepiti positivamente dalle popolazioni rurali, anche grazie a una pervasiva opera mediatica e di propaganda, condotta sia a livello centrale che a livello locale.

**Figura 3.3** Schema medico cooperativo e propaganda governativa locale. Prima pagina del bollettino dello Smcr della contea di Ningcheng (Mongolia Interna), marzo 2007



<sup>66</sup> Doc Testimonianza #0728a, 2008.

L'alto tasso di continuità nella partecipazione (come detto su base volontaria) allo Schema medico cooperativo rurale (Smcr) può essere in tal senso considerato un indicatore del recepimento positivo delle politiche governative, fermo restando la dimostrata esistenza di pratiche di pressione, se non sostanziale coercizione, messe in atto da parte di funzionari locali preoccupati della valutazione del proprio operato, che in alcuni contesti hanno caratterizzato il processo di adozione dello Smcr.<sup>67</sup> Dati del Ministero della sanità cinese, riferiti al periodo antecedente al 2008, collocano la volontà da parte degli utenti rurali di protrarre la propria partecipazione allo Smcr attorno al 90 per cento.<sup>68</sup> Simili indicazioni circa la continuità di adesione allo Smcr sono state fornite dall'attività di ricerca che più volte nel corso della nostra trattazione abbiamo preso a riferimento, ovvero lo studio *Impact of the New Rural Cooperative Medical Scheme on Health Care Services Accessibility in Central and Western China*. Secondo i risultati della ricerca, infatti, oltre il 90 per cento degli intervistati già coperti dallo Smcr esprimevano nel 2008 la volontà di protrarre la propria adesione anche per l'anno successivo.

**Tabella 3.1** Continuità di adesione allo Smcr utenti assicurati, Cina Centro-Occidentale, 2008 (%)<sup>69</sup>

| Volontà di protrarre l'adesione | Quintile più povero | II Quintile | III Quintile | IV Quintile | Quintile più ricco |
|---------------------------------|---------------------|-------------|--------------|-------------|--------------------|
| Sì                              | 93,5                | 95,8        | 96,1         | 94,9        | 96,7               |
| No                              | 1,1                 | 1,4         | 1,8          | 1,5         | 0,9                |
| Non sa                          | 5,4                 | 2,9         | 2,1          | 3,6         | 2,4                |

<sup>67</sup> Vedi Capitolo 2, paragrafo 2.4.

<sup>68</sup> WEISHENGBU RENCAI JIAOLIUFUWU ZHONGXIN 卫生部人才交流服务中心, *Zhongxi bu diqu xinxing nongcun hezuoyiliaozhidu dui weisheng fuwu kejixing de yingxiang - di yi ci kexue weiyuanhui cailiao* 中西部地区新型农村合作医疗制度对卫生服务可及性的影响 - 第一次科学委员会材料 (Ricerca sull'impatto del nuovo Schema medico cooperativo rurale sull'accessibilità del servizio sanitario - materiali del primo comitato scientifico), p.10, non pubblicato.

<sup>69</sup> HEALTH COORDINATION UNIT IN BEIJING - HEALTH HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT CENTER - MINISTRY OF HEALTH P.R.CHINA (HHRDC), "Impact of..." , cit., p. 8.

D'altro canto, le motivazioni espresse da quanti *non* intendevano rinnovare la propria adesione permettono di inquadrare le maggiori preoccupazioni dell'utenza e le aree di criticità percepite dalla popolazione rurale. Circa il 50 per cento (49,7 per cento) di questi indicava come ragione principale della propria decisione di non rinnovare l'adesione allo Smcr nella "impossibilità di far fronte alle spese mediche, anche in presenza di rimborso" (25,5 per cento), o nel fatto che i rimborsi fossero "troppo bassi" (24,2 per cento)<sup>70</sup>. Come lamenta il sig. Zhang, settantenne malato di cuore, residente in Mongolia Interna, "che devo partecipare a fare? Tanto le medicine per i miei problemi al cuore non le rimborsano!"<sup>71</sup>

Anche dall'analisi dei pareri espressi circa lo Smcr da parte degli utenti convenzionati e delle eventuali ragioni di insoddisfazione, si giunge a conclusioni simili a quelle citate. Dati elaborati dall'autore mostrano infatti come oltre l'80 per cento dei capifamiglia intervistati esprimesse gradimento nei confronti dello Smcr, lamentando tuttavia spesso casi carenze in termini di copertura assicurativa, più comuni nel caso di malattia cronica.<sup>72</sup>

È significativo notare come alla critica circa l'incapacità dello Smcr di assicurare una rete di salvataggio sufficientemente robusta, in grado di proteggere da pesanti ricadute negative in termini di reddito e di garantire l'accesso ai servizi, si accompagni nell'utenza una percezione estremamente negativa del ruolo giocato

---

<sup>70</sup> HEALTH COORDINATION UNIT IN BEIJING - HEALTH HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT CENTER - MINISTRY OF HEALTH P.R.CHINA (HHRDC), "Impact of...", cit., p.9. Le altre ragioni riportate nel rapporto per non rinnovare l'adesione allo Smcr includono: "buono stato di salute" (19,3 per cento); "premio assicurativo Smcr troppo costoso" (16,6 per cento); "le strutture sanitarie cui mi rivolgo sono fuori dalla contea di residenza" (14,4 per cento). Con particolare riferimento all'ultima delle ragioni qui riportate, è ragionevole ritenere che sia stata espressa prevalentemente da lavoratori migranti, che si trovavano temporaneamente presso la propria residenza al momento dell'intervista. Come detto, infatti, soltanto per il trattamento in un numero limitato di strutture sanitarie al di fuori della propria contea di residenza (generalmente ospedali di terzo livello, localizzati nelle vicine prefetture o nel capoluogo provinciale) era possibile, al momento in cui sono state condotte le interviste, ricevere un rimborso parziale delle spese sostenute.

<sup>71</sup> Doc Intervista #0626b, 2008.

<sup>72</sup> Dati elaborati dall'autore sulla base della banca dati raccolta durante il progetto *Impact of the New Rural Cooperative Medical Scheme on Health Care Services Accessibility in Central and Western China*.

dalle strutture di erogazione del servizio e dai medici. Secondo Li Sanmin, quadro contabile in un villaggio della Mongolia Interna:

Come la vedo io? Beh, credo che l'origine di tutti i problemi sia molto semplice: i medici non fanno altro che prescriverci più medicinali del necessario. Così possono prendere dei salari più alti!<sup>73</sup>

Critiche dal contenuto simile caratterizzano anche molti fra i 15.000 messaggi inviati da utenti internet nel forum di discussione in rete aperto nel 2008 dalla Commissione nazionale per lo sviluppo e le riforme, al fine di raccogliere commenti e suggerimenti relativi a provvedimenti da adottare per migliorare il processo di riforma sanitaria.<sup>74</sup> Risulta particolarmente interessante il *post* inviato dall'utente Zhu Jianhong:

Prima dello Schema medico cooperativo, le spese per medicinali in caso di polmonite erano circa 150 *yuan* al giorno [di ricovero in regime ospedaliero]. Dopo [...] una polmonite della stessa gravità costava in medicinali 300 *yuan* al giorno. Con un rimborso del 50 per cento, al malato tocca pagare ancora 150 *yuan*. Vedendo le cose da questa prospettiva, chi ha tratto beneficio dallo Schema medico cooperativo? Naturalmente, in assenza dello Schema medico cooperativo, l'ospedale avrebbe potuto controllare la spesa, limitandola a circa 150 *yuan*.<sup>75</sup>

Dello stesso tenore, e ancora più chiaro nell'indicare quella che da più parti (in specie dagli utenti) viene vista come la contraddizione fondamentale del sistema sanitario cinese, è il messaggio dell'utente che si firma Liu Yan: "I medici non

---

<sup>73</sup> Doc Intervista #0627b, 2008.

<sup>74</sup> I commenti raccolti dal forum, aperto dal 15 ottobre al 15 novembre 2008, sono accessibili online all'indirizzo [http://www.sdpc.gov.cn/ygyj/ygyj\\_list.jsp?type=1](http://www.sdpc.gov.cn/ygyj/ygyj_list.jsp?type=1) (ultima consultazione 14/06/2011). Nel caso della sanità, un processo di consultazione con la popolazione era già stato testato dalla stessa Commissione per lo sviluppo e le riforme fra 2006 e 2007, con circa 5000 commenti raccolti. Anche in questo caso, il forum è accessibile all'indirizzo [http://www.ndrc.gov.cn/yjzx/yjzx\\_list2.jsp?SiteId=12&type=58&page=1](http://www.ndrc.gov.cn/yjzx/yjzx_list2.jsp?SiteId=12&type=58&page=1) (ultima consultazione 14/06/2011). L'apertura di tali forum viene spesso interpretata quale segnale di crescente apertura del sistema politico cinese nei confronti della società e dei singoli cittadini.

<sup>75</sup> Il commento citato è accessibile all'indirizzo [http://www.sdpc.gov.cn/ygyj/ygyj\\_detail.jsp?comId=29464](http://www.sdpc.gov.cn/ygyj/ygyj_detail.jsp?comId=29464).

pensano ai pazienti, alla loro condizione e alle loro necessità. Pensano piuttosto al modo per fare più soldi!”<sup>76</sup>

Se pure nei villaggi spesso si discute della scarsa equità di politiche incapaci di calibrare il supporto degli strumenti di *welfare* sanitario sulla base delle condizioni di effettiva necessità,<sup>77</sup> in ultima analisi la responsabilità per le grandi problematiche del sistema sanitario viene attribuita dal senso comune a una classe medica considerata come avida, incapace di trattenersi dallo sfruttare la miseria altrui per il proprio rendiconto personale. Secondo la descrizione data da un esperto, di cui non si ritiene qui opportuno rivelare l’identità:

L’avidità è come un cancro che si sta mangiando l’intero paese. Ho detto a quelli del Ministero [della sanità] che il vero problema è l’avidità del personale sanitario. Negli ospedali a livello di prefettura e superiore la situazione è senza speranza [. . .] nel sistema attuale [. . .] soltanto gli istinti più bassi prevalgono.<sup>78</sup>

Non stupisce che, in tale clima, le tensioni generate dalle difficoltà di accesso ai trattamenti e l’evidente iniquità di un sistema che garantisce le cure soltanto a quanti possano permetterselo finiscano per scaricarsi sul rapporto fra paziente e medico, piuttosto che generare rivendicazioni organizzate, poste all’attenzione delle autorità locali e centrali, come accade nello stesso periodo per altri fenomeni, quali la tassazione illegale nelle campagne.<sup>79</sup> Se si eccettua infatti il caso dell’HIV/ Aids nello Henan, che non a caso colpì intere comunità e fu caratterizzato da precise e palesi responsabilità delle autorità sanitarie provinciali,<sup>80</sup> nel caso della sanità pesa in tal senso la natura stessa della malattia, che colpisce i singoli

---

<sup>76</sup> Il commento citato è accessibile all’indirizzo [http://www.sdpc.gov.cn/ygyj/ygyj\\_detail.jsp?comId=31240](http://www.sdpc.gov.cn/ygyj/ygyj_detail.jsp?comId=31240). Il nome dell’utente, Liu Yan, è in caratteri cinesi, *liu yan* 留言, ovvero: “lasciare un messaggio”. Si tratta chiaramente di uno pseudonimo.

<sup>77</sup> Doc Testimonianza #0626d, 2011. Lo Smcr viene spesso definito come *bu heli* 不合理, ovvero non equo, ragionevole, razionale.

<sup>78</sup> Doc Testimonianza #0629, 2011.

<sup>79</sup> Su tassazione illegale e repressione nelle campagne, vedi in particolare Guidi CHEN, Chuntao WU, *Può la barca affondare l’acqua? Vita dei contadini cinesi*, Venezia, Marsilio Editori, 2007.

<sup>80</sup> Cfr. Capitolo 1, paragrafo 1.4.

individui e i rispettivi nuclei famigliari con modalità e tempi diversi, non favorendo il coagularsi del senso di frustrazione individuale in rivendicazioni collettive.

L'exasperazione della popolazione trova altresì espressione in aggressioni, talvolta di considerevole violenza, nei confronti del personale sanitario. Nel 2006 i casi di aggressione registrati dalle autorità nei confronti di personale sanitario erano 10.000, con il ferimento di 5.500 persone.<sup>81</sup> E' peraltro ragionevole ritenere che tali casi di aggressione non restituiscano un quadro esaustivo della situazione. Infatti, in virtù della già citata asimmetria informativa che caratterizza il rapporto fra medico e paziente, quest'ultimo a causa della mancanza di competenze specialistiche difficilmente si troverà nella posizione di poter contestare in maniera fondata l'operato del personale sanitario, da cui dipendono in ultima analisi le proprie prospettive di guarigione.

Secondo quanto riferito dal prof. Liu Yuanli della Harvard School of Public Health, "in numerosi ospedali il personale porta dei caschi, come protezione da eventuali aggressioni".<sup>82</sup> In tempi recenti, le autorità sanitarie di Shenyang (capoluogo della provincia nord-orientale del Liaoning) hanno proposto di nominare come vice-presidenti di 27 ospedali altrettanti funzionari di polizia, al fine di poter gestire la minaccia rappresentata da pazienti e famigliari insoddisfatti. Nonostante la proposta abbia suscitato molte polemiche e sia stata infine ritirata, essa è certo indicativa del clima di tensione fra medici e pazienti, e delle relative potenziali manifestazioni violente.<sup>83</sup> Indicativo è anche il fatto che sia comune osservare, negli ospedali cinesi, inferriate metalliche installate a protezione dei locali amministrativi e degli uffici del personale medico.

Le critiche al funzionamento del sistema ospedaliero da parte dell'utenza non sono peraltro un fatto peculiare al contesto attuale, come del resto non è nuovo

---

<sup>81</sup> CHINA GATE, "Doctor Face Growing Risks of Violent Medical Disputes", in "China Gate", 2007, <http://www.chinagate.cn/english/medicare/50839.htm>, 31/03/2010.

<sup>82</sup> LIU, "Reforming China's...", cit..

<sup>83</sup> THE LANCET, "Chinese Doctors are Under Threat", *The Lancet*, 376 (2010), p. 657.

l'uso fatto da parte delle autorità di tali critiche per sostenere una particolare impostazione delle politiche sanitarie. È in tal senso paradossale notare come proprio le critiche rivolte nei confronti del personale sanitario nei primi anni Ottanta fossero utilizzate, nello stesso periodo, per sostenere la necessità di procedere a una riforma del sistema di erogazione del servizio capace di dare più spazio all'incentivo economico, al fine di favorire il miglioramento della qualità del servizio stesso. In quell'epoca, gli operatori del settore venivano definiti dai media governativi come poco attenti alle necessità del paziente, maleducati, poco collaborativi, nonché dediti a sollecitare pagamenti informali (le già citate "buste rosse") da parte dell'utenza.<sup>84</sup>

In tale fase, la contraddizione principale fra la dimensione etica che dovrebbe ispirare (secondo la retorica rivoluzionaria) l'operato del personale medico da un lato, e la realtà quotidiana dall'altro, veniva identificata nella diffusa presenza di tipicamente associati all'operato del personale impiegato in organi dell'apparato statale, poco incentivato a rispondere con sollecitudine alle necessità dell'utenza.<sup>85</sup> Tra gli esempi citati più di frequente nei primi anni Ottanta vi è quello che vede coinvolto un cittadino di Harbin (capoluogo della provincia dello Heilongjiang), il quale, infortunatosi a un dito a tarda notte, veniva respinto da sette ospedali. Il 4 aprile 1981, il *Jiangkang Bao* (Giornale salute), quotidiano ufficiale del Ministero della sanità, raccontava la disavventura del malcapitato in un articolo intitolato: "Paziente si ferisce a un dito e cerca soccorso nella notte. Sette ospedali rifiutano di fornire il trattamento", dando conto nei giorni successivi dell'apertura nella stessa cittadina di una conferenza dedicata al principio di servire il popolo in ambito medico.<sup>86</sup>

---

<sup>84</sup> YANG, "Serve the . . .", cit., p. 6.

<sup>85</sup> *Ibidem*.

<sup>86</sup> Vedi LIU Ping'An 刘平安, "Zuo gongping zhengyi de shouhuzhe" "做公平正义的守护者" (Fare da difensore dell'equità e della giustizia), in "Szwsj", 2011, [http://www.szwsj.gov.cn/indexAction\\_newsDetails.action?news.newsId=26CD97FA-FB85-4F18-8098-8CC8D12CB5E8&menuId=D4E98995-7279-4AF1-B905-17947B36E844&parentMenuId=7573946A-69EB-4C34-AB06-345D3CC1FC0F,02/01/2011](http://www.szwsj.gov.cn/indexAction_newsDetails.action?news.newsId=26CD97FA-FB85-4F18-8098-8CC8D12CB5E8&menuId=D4E98995-7279-4AF1-B905-17947B36E844&parentMenuId=7573946A-69EB-4C34-AB06-345D3CC1FC0F,02/01/2011).

La natura paradossale di queste critiche, cui facevamo accenno poco fa, è evidente qualora si tenga in considerazione come le misure adottate negli anni successivi, ovvero l'attribuzione alle strutture sanitarie di sostanziale autonomia finanziaria e il conseguente instaurarsi di incentivi basati sulla *performance* economica, finissero per scavare un fossato se possibile ancora più profondo fra agenti erogatori del servizio e utenza. Da un lato il cittadino/paziente e i propri familiari, preoccupati di ottenere trattamento medico a costi ragionevoli; dall'altra i medici, proni a interpretare l'esercizio della professione come un mezzo di promozione economica individuale, anziché come un servizio di fondamentale importanza per la comunità.

In altri termini, se nel periodo immediatamente successivo alla conclusione dell'epoca maoista la mancata erogazione di un trattamento veniva intesa quale errore e/o distorsione in un sistema fondamentalmente orientato a garantire il benessere comune, da affrontare attraverso gli strumenti retorici dell'etica comunista, l'introduzione dell'incentivo economico nella fase successiva sembra aver reso irriducibile, istituzionalizzandola, la discrepanza nell'interesse fra medici e pazienti. Non è un caso se nel corso di un seminario organizzato dalla Cooperazione italiana allo sviluppo e indirizzato a personale sanitario rurale della Mongolia Interna, le attività di simulazione tese a dimostrare l'utilità dell'alleanza terapeutica fra medico e paziente finissero per mettere in luce il permanere, quale elemento di criticità difficilmente superabile, di percezioni diverse e conflittuali circa l'interesse proprio e quello del proprio interlocutore.<sup>87</sup>

A un'opinione pubblica largamente concorde nell'addossare ai medici la responsabilità delle problematiche della sanità, il personale sanitario reagisce lamentando condizioni di stress eccessivo, a cui la possibilità di curare i propri affari privati costituirebbe una giusta ricompensa. L'immagine del personale sanitario come soggetto debole nella relazione con il paziente, le richieste di salari più alti e di migliori condizioni di lavoro (oltre che, in taluni casi, di

---

<sup>87</sup> Il seminario si è svolto a Hohhot nel gennaio 2010. Chi scrive ha avuto modo di presenziarvi, osservandone lo svolgimento. Le considerazioni qui proposte sono attribuibili esclusivamente all'autore.



sicurezza fisica, come nel caso citato poc' anzi, relativo alla città di Shenyang) sono comuni e vengono veicolate da organi istituzionali, in genere affiliati al Ministero della sanità. Secondo i dati contenuti in una relazione presentata durante la conferenza *The Senior Level Seminar on National Health Services Survey and Health Reform Monitoring and Evaluation of China*, tenutasi nel dicembre 2009 a Pechino, circa un medico su quattro soffrirebbe di depressione, associata generalmente a forte stress da lavoro.<sup>88 89</sup> La testimonianza di un medico impiegato in un grande ospedale, resa all'indomani del suicidio di un proprio paziente a causa di difficoltà economiche, può essere d'aiuto a inquadrare l'interazione fra medico e paziente:

Sarei ben felice se le cose cambiassero. Per ora, comunque, essere idealisti non è di alcuna utilità. Io mi adatto alle circostanze. Penso a fare un buon lavoro per evitare grane con le famiglie dei pazienti e cerco di costruire qualcosa per i miei, arrotondando con test su nuovi medicinali per conto di industrie farmaceutiche. Mia figlia studia in America, dove di recente ho comprato una casa di 200 mq con giardino, alla periferia di New York. Benedetta la crisi economica che ha fatto scendere il prezzo degli immobili!<sup>90</sup>

Tale testimonianza rafforza la percezione di una categoria medica preoccupata dai fattori di instabilità associati all'esercizio della propria professione, e dunque propensa a massimizzare nel breve termine, monetizzandolo, il proprio interesse.<sup>91</sup>

---

<sup>88</sup> Zexi QIU, "Towards a Harmonious Relationship Between Yi and Huan". Intervento reso durante la conferenza *The Senior Level Seminar on National Health Services Survey and Health Reform Monitoring and Evaluation of China*, Hotel Nikko, Pechino, 2-3 Dicembre 2009, p. 10.

<sup>89</sup> Interessante notare come negli anni Ottanta quella dei medici fosse indicata fra le categorie "perdenti" del processo di riforma economica, il quale avrebbe "appeso i salari a testa in giù", penalizzando le fasce di lavoratori specializzati per favorire quanti, a prescindere da preparazione, livello intellettuale e di coscienza politica, avessero l'abilità e i contatti necessari a sfruttare positivamente le occasioni create dall'introduzione di meccanismi di mercato. Vedi PYE, "The State...", cit., p. 38.

<sup>90</sup> Doc Intervista #0920, 2010.

<sup>91</sup> Molti medici attribuiscono importanza all'adozione di strumenti in grado di proteggerli legalmente dalle rimostranze dei pazienti e loro famigliari. L'introduzione di protocolli clinici e del DRG, altrimenti criticata poiché limiterebbe la discrezionalità dei medici, è percepita positivamente da alcuni dirigenti ospedalieri, in quanto permetterebbe ai loro occhi di evitare problemi con i pazienti e loro familiari. In merito, vedi Dean M. HARRIS, WU Chien Chang, "Medical Malpractice in the People's Republic of China: The 2002 Regulation on the Handling of Medical Accidents", *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 33 (3), 2005, pp. 456-477.



**Conclusioni.** Provvedimenti governativi recenti, gruppi d'interesse e prospettive future

*The country will fight the toughest battle to reform the health care system in 2011.*

Li Keqiang, vice primo ministro (2011)<sup>1</sup>

*I nuovi provvedimenti sanitari del governo sono idealistici!*

Direttore di un ospedale di prefettura. Hubei (2010)<sup>2</sup>

#### *4.1 Il piano di riforma 2009-2011: caratteristiche, dibattito e resistenze*

I risultati dell'attività di ricerca illustrati nei capitoli precedenti hanno dimostrato come le misure di politica sanitaria varate dall'amministrazione guidata da Hu Jintao e Wen Jiabao non siano state in grado di raggiungere i risultati sperati, tanto in termini di migliore accesso ai servizi sanitari quanto in termini di protezione delle popolazioni rurali dal rischio di impoverimento a causa di malattia. Fra le cause principali di tale fallimento figurano l'interesse delle strutture sanitarie e del personale ivi operante di fornire trattamenti in grado di garantire margini di profitto elevati. Erogazione selettiva delle cure e assoggettamento selettivo alla regolamentazione da parte dei stessi *provider* sono resi possibili dalla scarsa capacità e/o volontà delle autorità locali di controllarne l'operato, spesso in virtù di una comunanza di interessi concreti e di una visione

---

<sup>1</sup> OBSERVER RESEARCH FOUNDATION, "More Efforts in Reforming Health Care", in "Observer Research Foundation", 2011, <http://www.orfonline.org/cms/sites/orfonline/html/chnwkrp/cwr7.html>, 21/01/2012.

<sup>2</sup> Doc Testimonianza #0520c, 2010.

della sanità come motore di sviluppo economico a breve termine e occasione di arricchimento individuale.

Nonostante Pechino sperimenti considerevoli difficoltà nel raccogliere informazioni attendibili circa le necessità socio-sanitarie della popolazione e le prestazioni del sistema sanitario,<sup>3</sup> le autorità centrali sono consapevoli degli ostacoli incontrati dalla riforma sanitaria nel raggiungere i propri obiettivi. In tempi recenti, la strada scelta dal governo nel tentativo di rimuovere tali ostacoli è stata quella di incidere, attraverso provvedimenti di ordine tecnico, sul legame diretto esistente fra l'erogazione di servizi costosi e la capacità di generare profitti per le strutture ospedaliere nel loro complesso, nonché per i singoli medici. Al contempo, sono stati accresciuti i sussidi governativi per il finanziamento degli schemi assicurativi in uso, tanto nelle campagne quanto nelle città.

Nei primi mesi del 2009, dopo un processo di consultazione avviato nel 2006 e condotto attraverso il Gruppo di coordinamento per la riforma del sistema sanitario,<sup>4</sup> Comitato Centrale e Consiglio di Stato varavano due importanti provvedimenti (*Suggerimenti del Comitato Centrale e del Consiglio di Stato sull'ulteriore rafforzamento della riforma del sistema sanitario e Circolare sul piano di implementazione della prossima fase di riforma del sistema sanitario*),<sup>5</sup> individuando per il periodo 2009-2011 cinque aree di priorità:

1. Rafforzamento del sistema assicurativo sanitario.
2. Creazione di un sistema nazionale di farmaci essenziali.
3. Rafforzamento della rete di fornitura del servizio.

---

<sup>3</sup> Vedi Capitolo 2, paragrafo 2.4.

<sup>4</sup> Vedi Capitolo 1, paragrafo 1.5.

<sup>5</sup> ZHOGGONG ZHONGYANG, GUOWUYUAN 中共中央, 国务院, *Zhonggong zhongyang, guowuyuan guanyu shenhua yiyao weisheng tizhi gaige de yijian, zhongfa 2009 nian, 6 hao* 中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见, 中发 2009年, 6号 (Suggerimenti del Comitato Centrale e del Consiglio di Stato sull'ulteriore rafforzamento della riforma del sistema sanitario, Centr., 2009 No.6); GUOWUYUAN 国务院, *Guowuyuan guanyu yinfa yiyao weisheng tizhi gaige jinqi zhongdian shishi fang'an 2009-2011 nian de tongzhi, guofa, 2009 nian 12 hao* 国务院关于印发医药卫生体制改革近期重点实施方案2009-2011年的通知, 国发, 2009年12号 (Circolare sul piano di implementazione della prossima fase di riforma del sistema sanitario, Naz., 2009 No.12).

4. Equa erogazione dei servizi di sanità pubblica.
5. Riforma dei metodi di gestione delle strutture ospedaliere.

Pur continuando ad attribuire particolare rilevanza al sistema assicurativo, cui vengono destinati circa i due terzi degli 850 miliardi di RMB allocati da Pechino per il piano di riforma, le misure varate nel 2009 contengono notevoli elementi di novità, in particolare in merito a farmaci e gestione ospedaliera.

Per quanto riguarda il sistema di farmaci essenziali, i nuovi provvedimenti portano alla stesura di una lista di medicinali (ad oggi, vi sono inclusi 307 farmaci, di cui 102 derivati della medicina tradizionale), in grado di coprire i trattamenti per il 60-80 per cento dei casi di malattie comuni. Alle strutture sanitarie di livello più basso (nel caso delle aree rurali cliniche di villaggio e centri sanitari di *township*) viene fatto obbligo di prescrivere esclusivamente i medicinali inclusi nella lista, largamente rimborsabili dagli schemi assicurativi governativi. Inoltre, è stata fatta richiesta agli ospedali di eliminare gradualmente il margine di profitto sulla vendita dei medicinali, sino al 2009 concesso nella misura del 15 per cento sul prezzo d'acquisto all'ingrosso nel caso dei medicinali "occidentali" e del 30 per cento nel caso dei derivati della medicina tradizionale cinese. Per compensare il prevedibile calo delle entrate, i provvedimenti richiedono alle autorità locali (a livello provinciale e inferiore) di aumentare le contribuzioni alle spese correnti degli ospedali, cui viene data altresì facoltà di introdurre ticket a prestazione e/o aumentare il prezzo di servizi specialistici (peraltro non meglio specificati nei documenti governativi).<sup>6</sup>

Sul piano della gestione ospedaliera, l'enfasi è posta sul miglioramento del rapporto costo-efficacia dei trattamenti e sul controllo del costo complessivo delle cure. Sono stati sviluppati 112 percorsi clinici, con l'obiettivo di raggiungere la definizione di 300 di tali protocolli relativi alla diagnosi e cura delle più frequenti affezioni riscontrate in regime di ricovero. In oltre 100 strutture ospedaliere è stata avviata la sperimentazione di percorsi clinici, con l'obiettivo di standardizzare le

---

<sup>6</sup> BROMBAL, CORTASSA, "Le riforme...", cit., pp.194-196.

modalità con cui procedure diagnostiche e trattamenti vengono eseguiti, contrastando la somministrazione di cure non necessarie. Dati resi noti nell'ottobre 2010 dal Ministero della sanità, relativi alla sperimentazione di protocolli di cura in 54 ospedali, dimostravano una generale riduzione del costo delle cure e della degenza media per i pazienti che avevano seguito percorsi clinici standardizzati. Nell'Ospedale del Popolo di Jilin, il costo del ricovero è calato, dopo l'introduzione dei protocolli, del 33,4 per cento.<sup>7</sup>

Le misure relative a medicinali e contenimento dei costi hanno suscitato reazioni negative da parte dei *provider* del servizio sanitario e dell'industria farmaceutica, diventando centrali nel dibattito pubblico e politico relativo alla riforma sanitaria e acquistando una certa visibilità sui media cinesi. Secondo il direttore di un ospedale rurale nella provincia dello Hubei, interpellato in merito da chi scrive, il piano di riforma messo a punto da Pechino sarebbe "idealistico e irrealizzabile".<sup>8</sup> Hu Siming, a capo di un ospedale nella Cina sud-occidentale, in un'intervista rilasciata al *Nanfang Zhoumo* ammetteva candidamente: "L'erogazione di alcuni servizi non è forse giustificabile dal punto di vista etico. D'altro canto, ospedali e medici devono trovare il modo di sopravvivere".<sup>9</sup>

L'opposizione decisa della classe medica alle misure di controllo della spesa<sup>10</sup> è condivisa anche dall'industria farmaceutica. Significativamente, in un lungo editoriale apparso su *PharmaChina* nel gennaio 2009, due mesi prima che il piano di riforma venisse reso noto, James Shen scriveva "Top priority of Chinese healthcare reform should not be cost containment".<sup>11</sup> Durante un intervento tenuto nel corso della Conferenza politico consultiva del popolo del marzo 2010, il

---

<sup>7</sup> *Ibidem*; JIANKANG BAO 健康报, "Linchuang lujing shidian chujian chengxiao" "临床路径试点初见成效" (La sperimentazione dei protocolli di trattamento ottiene i primi risultati), *Jiankang bao*, 26 ottobre 2010, p.1.

<sup>8</sup> Doc Testimonianza #0520c, 2010.

<sup>9</sup> Su Ling 苏岭, "Yao yang de yiyuan" 药养的医院 (Ospedali sostenuti dalla vendita dei medicinali), in *Nanfang Zhoumo*, 11 gennaio 2010, p. A6.

<sup>10</sup> WEBSTER, "Roadblocks to...", cit., p. E771

<sup>11</sup> SHEN, "Wheels of...", cit., p.3. Su *Pharma China* e la Wicon International, azienda di consulenza cui questa pubblicazione fa capo, vedi nota a pagina 128. Vedi anche il prossimo paragrafo.

delegato Zong Licheng (direttore di una azienda farmaceutica dello Shandong), criticava apertamente i provvedimenti del governo tesi a regolamentare la prescrizione dei medicinali, guadagnandosi così i rimbrotti del Ministro della Sanità Chen Zhu.<sup>12</sup>

La posizione dei funzionari locali è ambigua. La comprensibile preoccupazione di far quadrare i conti, in un contesto in cui si prospetta per le autorità locali la necessità di sostenere in maniera più generosa le spese correnti degli ospedali, si accompagna a deficienze in termini di competenze tecniche e a una struttura istituzionale che, come già visto nel secondo capitolo, non permette di tracciare una chiara linea di demarcazione fra autorità di supervisione governativa e strutture di erogazione del servizio. In un incontro tenutosi presso il Dipartimento sanitario provinciale dello Hubei nella primavera 2010, gli stessi funzionari dell'ufficio deputato all'introduzione di misure di controllo della spesa ospedaliera ammettevano di non avere le competenze tecniche per una loro corretta implementazione.<sup>13</sup> Parimenti, tra le ragioni di scetticismo addotte dai funzionari del Dipartimento sanitario provinciale del Sichuan, figuravano le "difficoltà tecniche" connesse all'adozione di sistemi di pagamento alternativi al tariffario a prestazione, nonché preoccupazioni circa la sostenibilità economica delle operazioni degli ospedali sotto il nuovo, restrittivo regime in termini di vendita dei farmaci.<sup>14</sup> Infine, salvo alcune, rare eccezioni, le autorità locali si dimostrano legate a una concezione di sviluppo del settore sanitario che vede come prioritaria la crescita del parco equipaggiamenti degli ospedali, così da poter espandere la quantità delle prestazioni ad alto contenuto tecnologico (assai remunerative) erogate dalle strutture sanitarie locali.

---

<sup>12</sup> LIU 刘, "Liang hui..." "两会...", cit., p. B11.

<sup>13</sup> Doc Testimonianza #0521, 2010.

<sup>14</sup> Doc Testimonianza #0925, 2009.

## 4.2 Prospettive di sviluppo future: la sanità cinese fra interessi privati e necessità sociali

L'opposizione nei confronti delle misure di contenimento dei costi varate nel 2009 sembra evidenziare l'esistenza di un sostanziale allineamento di interessi di natura economica fra *provider* e industria farmaceutica. Considerata la posizione delle autorità locali, scettiche circa la praticabilità delle misure di riforma, impreparate tecnicamente e spesso omogenee agli interessi di medici e industria farmaceutica, pare ragionevole ritenere che i fenomeni di resistenza passiva alle pressioni normative del governo centrale persisteranno secondo le modalità delineate nel secondo capitolo, ovvero erogazione selettiva del servizio e assoggettamento selettivo alla regolamentazione. Secondo l'ex dipendente di una grande azienda farmaceutica,

probabilmente gli ospedali cercheranno di sfuggire alle restrizioni attraverso prescrizioni non necessarie e l'aumento del prezzo di singoli trattamenti non oggetto di rigida regolamentazione, al fine di mantenere invariate le loro entrate.<sup>15</sup>

Un'altra fonte medica, impiegata in un grande ospedale della capitale, ipotizza:

Le misure proposte [relative all'abolizione del margine di profitto sui medicinali] potrebbero portare ad accordi "sottobanco" fra ospedali e aziende farmaceutiche: il prezzo di vendita all'ingrosso potrebbe essere gonfiato artificialmente, in modo tale da compensare almeno in parte le perdite causate dall'abolizione del margine di profitto.<sup>16</sup>

Riprendendo la definizione dei politologi Gabriel Almond e Bingham Powell, già illustrata nel capitolo introduttivo, è evidente come *provider* e industria farmaceutica si configurino in termini generali come un gruppo d'interesse, composto da individui i quali condividono, avendone consapevolezza, precisi interessi.<sup>17</sup> Da un punto di vista politico, una volta appurata la capacità di tali

---

<sup>15</sup> Doc Intervista #0221, 2011.

<sup>16</sup> Doc Testimonianza #1014, 2010.

<sup>17</sup> Cfr. Introduzione, paragrafo II, p.10.



interessi di incidere sull'implementazione di politiche governative attraverso pratiche di opposizione (latente o manifesta) al quadro normativo, resta da comprendere attraverso quali canali, e in che misura, questi siano in grado di influenzare i processi politici i cui esiti regolano il settore sanitario. Nel caso specifico preso in considerazione, le dimostrazioni di dichiarata opposizione alle politiche varate da Pechino nel 2009, con la nuova fase di riforma sanitaria, sembrano offrire una prima, parziale conferma della capacità di *provider* e industria farmaceutica di articolare i propri interessi, ponendo precise richieste agli organi di governo.<sup>18</sup>

Come evidenziato nel capitolo introduttivo, nella Cina contemporanea è dimostrata la capacità di precisi interessi di natura economica, afferenti a diversi settori produttivi e dotati di buone connessioni politiche, di influenzare a proprio vantaggio i processi decisionali governativi.<sup>19</sup> La distinzione fornita in tal senso da Yang Guangbin, il quale opta per una suddivisione dei gruppi di interesse basata sul tipo di struttura degli stessi e sui ruoli rivestiti in ambito sociale, economico e politico dai singoli individui che ne fanno parte, può essere a tal fine di grande utilità nel delineare possibili piattaforme di articolazione dell'interesse in ambito sanitario.<sup>20</sup>

Cominciando dalla prima delle categorie di gruppo d'interesse individuate dal prof. Yang, quella dei gruppi di natura istituzionale, essa è applicabile a quanti compongono in senso lato la classe medica cinese, con particolare riferimento ai dirigenti ospedalieri e ai medici operanti negli ospedali pubblici. Questi sono parte di un apparato burocratico ramificato e complesso, legato orizzontalmente alle autorità di governo e di partito locali, nonché inquadrato verticalmente nella gerarchia del Ministero della sanità. Tali legami comportano la possibilità, in specie

---

<sup>18</sup> Cfr. TRUMAN, *The Governmental...*, cit., p.37.

<sup>19</sup> Cfr. Introduzione, paragrafo II, pp.19-22.

<sup>20</sup> Cfr. Introduzione, paragrafo II, pp.20-22. Yang distingue in (a) gruppi d'interesse istituzionali (*jigouxing liyi jituan* 机构型利益集团); (b) gruppi d'interesse aziendali (*gongsixing liyi jituan* 公司型利益集团); (c) gruppi d'interesse associazionistici (*shetuanxing liyi jituan* 社团型利益集团).

per dirigenti sufficientemente abili nell'intessere relazioni personali (*guanxi*),<sup>21</sup> di accedere a risorse finanziarie considerevoli, come quelle destinate all'acquisto di equipaggiamenti biomedicali sofisticati, spesso agendo al di fuori di qualsiasi coordinamento da parte delle autorità sanitarie locali, formalmente preposte alla supervisione delle stesse strutture sanitarie.

Inoltre, come già illustrato nel corso della nostra trattazione,<sup>22</sup> le lamentele del personale ospedaliero circa le carenti condizioni di lavoro e i bassi salari hanno acquistato una posizione rilevante nell'ambito dell'attuale processo di riforma sanitaria. La classe medica sembra in grado di esercitare nei confronti dello stesso Ministero della sanità, ufficialmente fermo sostenitore dei principi di giustizia sociale che hanno ispirato le misure varate dall'amministrazione Hu-Wen, una considerevole pressione, che un esperto conoscitore delle dinamiche istituzionali della sanità cinese commenta così:

Quando Zhang Wenkang [ex ministro della sanità, ufficialmente rimosso dal proprio incarico per l'incapacità nel fronteggiare la SARS] dichiarò: "non sono il direttore generale incaricato di gestire gli ospedali pubblici. Sono il direttore generale incaricato di assicurare la salute di 1.3 miliardi di persone!" fu aspramente criticato e costretto dopo qualche mese a correggere la sua affermazione. Questo dimostra come il Ministero della sanità debba essere cauto, quando si tratta degli interessi dei medici!<sup>23</sup>

Quanto alla categoria di gruppi d'interesse di natura associazionistica, attualmente in Cina numerose associazioni raggruppano attori rilevanti del sistema sanitario, quali l'Associazione degli ospedali cinesi,<sup>24</sup> l'Associazione delle assicurazioni cinesi,<sup>25</sup> l'Associazione cinese del commercio farmaceutico,<sup>26</sup> l'Associazione per la

---

<sup>21</sup> *Guanxi* 关系 (lett. "relazione").

<sup>22</sup> Vedi Capitolo 3, paragrafo 3.4.

<sup>23</sup> Doc Intervista #0629, 2011.

<sup>24</sup> *Zhongguo yiyuan xiehui* 中国医院协会 (China Hospital Association, CHA).

<sup>25</sup> *Zhongguo baoxian hangye xiehui* 中国保险行业协会 (Insurance Association of China, IAC).

<sup>26</sup> *Zhongguo yiyao shangye xiehui* 中国医药商业协会 (China Association of Pharmaceutical Commerce, CAPC).

gestione e i sistemi informativi ospedalieri.<sup>27</sup> Nonostante in termini generali struttura e attività di queste entità siano coerenti al carattere di organizzazioni corporative, controllate dalle autorità statali e da queste utilizzate quale organo consultivo e/o al fine di assicurare l'ottemperanza dei propri associati alle normative nazionali,<sup>28</sup> esse sembrano d'altro canto dotate di una crescente autonomia e in grado di sostenere le richieste dei propri associati presso gli organi di governo preposti alla regolamentazione del settore sanitario. Stando alla testimonianza del manager di un'azienda farmaceutica,

le associazioni sono canali di comunicazione fondamentali fra il mondo degli affari e il governo. La dirigenza in molti casi è scelta direttamente dagli associati e rappresenta gli interessi di quest'ultimi, non [necessariamente] quelli del governo.<sup>29</sup>

La funzione di canale di comunicazione fra società e autorità governative può essere svolta dalle associazioni anche nei confronti di elementi che, pur non facendone formalmente parte, sono interessati da politiche in corso di definizione, relative ad aree di competenza specifica dell'associazione stessa. Nel 2009, mentre presentava nel corso di un seminario gli orientamenti della nuova regolamentazione nazionale sui sistemi informativi ospedalieri a un gruppo di dirigenti d'ospedale, un membro della già citata Associazione per la gestione e i sistemi informativi ospedalieri si vide porre dagli stessi direttori numerose domande relative all'introduzione fra le funzioni dei sistemi informativi di un software per il calcolo del codice DRG per i singoli pazienti ospedalizzati.<sup>30</sup> L'introduzione di tali sistemi, non problematica di per sé, veniva percepita dai dirigenti ospedalieri quale "cavallo di troia" per l'adozione di metodi di pagamento su base forfettaria, alternativi al tariffario a prestazione, oltre che in

<sup>27</sup> *Zhongguo yiyuan xiehui xinxi guanli zhuanye weiyuanhui* 中国医院协会信息管理专业委员会 (China Hospital Information Management Association, CHIMA)

<sup>28</sup> Vedi UNGER, CHAN, "China, Corporatism...", cit., pp.37-51; e THOMPSON, "China's Health...", cit..

<sup>29</sup> Doc Intervista #1130, 2011.

<sup>30</sup> I gruppi omogenei di diagnosi (Diagnosis Related Groups, DRGs) classificano i pazienti in categorie diagnostiche, ciascuna delle quali raggruppa diagnosi il cui trattamento è stimato consumare un simile ammontare di risorse. In merito, vedi Capitolo 2, paragrafo 2.2

grado di comportare nell'immediato un limite alla discrezionalità degli ospedali, in termini sia amministrativi che di procedure cliniche. Le critiche espresse dai direttori ospedalieri furono in un secondo tempo riportate a funzionari governativi a livello ministeriale, divenendo oggetto di discussione approfondita e costruttiva.

D'altro canto, è opportuno notare come nonostante le associazioni possano apparire come "monolitiche", ciò può *non* valere per gli interessi dei propri membri. Una rapida lettura dei nomi di quanti siedono nel direttivo di Pharma China, che come già abbiamo avuto modo di notare altrove è un organo di stampa pro-mercato legato alla società di consulenza statunitense Wicon International, permette di avere una idea più precisa rispetto ai possibili legami fra industria sanitaria, autorità governative e aziende di consulenza o, meglio, il ruolo giocato contemporaneamente in questi diversi ambiti dagli stessi soggetti. Infatti, fra i 12 professionisti che compongono il direttivo, cinque risultano essere contemporaneamente impiegati e/o coinvolti in agenzie governative e associazioni oltre che, in quattro casi, nel settore privato.<sup>31</sup>

Oltre che in gruppi di natura istituzionale e in associazioni, gli interessi afferenti al settore sanitario possono convergere in una terza categoria di gruppi di interesse, quelli di tipo aziendale. Le pressioni da parte di aziende, sia attraverso modalità legali che illegali (*lobby*, bustarelle, corruzione), sono state ampiamente documentate con riferimento all'industria farmaceutica cinese. Nel 2007, uno scandalo travolse Zheng Xiaoyu, l'allora direttore della *State Food and Drug Administration*,<sup>32</sup> condannato a morte poiché colpevole di aver accettato tangenti per facilitare l'approvazione di farmaci da commercializzare sul mercato cinese.<sup>33</sup>

Dinamiche di articolazione dell'interesse in altre aree chiave di regolamentazione, come la definizione dei prezzi indicativi per la vendita al dettaglio dei medicinali (responsabilità della Commissione nazionale per lo sviluppo e le riforme) e l'inclusione dei farmaci nelle liste di medicinali

---

<sup>31</sup> Vedi <http://www.pharmachinaonline.com/AboutUs/advisoryboard.asp>, 22/01/2011.

<sup>32</sup> Dizione cinese: *guojia shipin yaopin jiandu guanli ju* 国家食品药品监督管理局

<sup>33</sup> BBC, "Death Penalty...", cit.; XINHUA, "China to...", cit..

rimborsabili dalle assicurazioni governative (Smcr, Ambru e Amblu, responsabilità rispettivamente del Ministero della sanità e del Ministero delle risorse umane e previdenza sociale) sono più difficili da verificare. Tuttavia, pare certo che dietro le quinte abbiano luogo approfondite consultazioni, che tendono a intensificarsi all'approssimarsi del varo di importanti misure governative.<sup>34</sup>

È ragionevole ritenere che, nel prossimo futuro, gruppi di interesse su base aziendale nel settore farmaceutico acquistino maggiore influenza. Attualmente, il mercato farmaceutico cinese è estremamente frammentato: nessuna delle prime dieci aziende farmaceutiche che operano nel Paese ne controlla più del 2,5 percento.<sup>35</sup> In tal senso, né aziende domestiche né multinazionali straniere operanti in Cina sono in una posizione monopolistica o quasi-monopolistica, una condizione che permette spesso, in altri settori, di articolare con successo i propri interessi.<sup>36</sup> Tuttavia, la struttura dello stesso mercato cinese è probabilmente destinata a evolversi verso una maggiore concentrazione, considerando il rapido succedersi di operazioni di fusione e acquisizione di considerevole portata: nel 2007, sono stati conclusi affari per oltre due miliardi di dollari, il doppio rispetto all'anno precedente.<sup>37</sup> Una tendenza confermata anche nella prima metà del 2011, quando numerose collaborazioni sono state avviate fra produttori domestici e multinazionali del farmaco, incluse Pfizer, Daichi Sankyo, Takeda.

Nel febbraio 2011, al termine di una sessione di lavoro del Gruppo di coordinamento per la riforma sanitaria del Consiglio di Stato, il vice-premier Li Keqiang ribadiva la necessità di procedere con la riforma, contro ogni avversità.<sup>38</sup>

---

<sup>34</sup> SHEN, "Wheels of...", cit., p.3.

<sup>35</sup> KMPG, "China's Pharmaceutical Industry. Poised for the Giant Leap", in "KMPG Advisory (China) Limited", 2011, [http://www.kpmg.de/docs/China\\_pharmaceutical\\_May\\_2011.pdf](http://www.kpmg.de/docs/China_pharmaceutical_May_2011.pdf), 25/08/2011, pp. 20, 28.

<sup>36</sup> NAUGHTON, "Sasac and...", cit., pp.7-8; YANG, "Interest Groups...", cit., pp. 3-11.

<sup>37</sup> PRICE WATERHOUSE COOPERS, "Investing in China's Pharmaceutical Industry - Second Edition", in "PricewaterhouseCoopers (PWC)", 2009, <http://www.pwc.com/gx/en/pharma-life-sciences/investing-china>, 23/07/2011.

<sup>38</sup> XINHUA, "Vice Premier Calls for Advancing China's Health Care Reforms Against All Odds", in "Xinhua Net", 2011, [http://news.xinhuanet.com/english2010/china/2011-01/20/c\\_13698374.htm](http://news.xinhuanet.com/english2010/china/2011-01/20/c_13698374.htm), 09/06/2011.

Un concetto reiterato dallo stesso Li a distanza di un mese, a margine di un incontro nazionale sulla riforma, sottolineando che nel 2011 il paese andava incontro a una battaglia durissima, necessaria per portare a termine la riforma sanitaria.<sup>39</sup> Le dichiarazioni di Li Keqiang sembrano essere una conferma delle difficoltà incontrate da Pechino nell'allineare i diversi interessi che ruotano attorno al sistema sanitario. Esse non sono tuttavia l'unico elemento da tenere in considerazione per tentare di decifrare le logiche attuali del processo di riforma.

Pur proseguendo infatti in larga misura nell'alveo tracciato nell'ultimo decennio (potenziamento del sistema assicurativo, introduzione graduale di metodi di controllo della spesa), l'azione governativa sembra infatti caratterizzata da alcune discontinuità, ravvisabili in dichiarazioni pubbliche rese da funzionari di alto livello e in provvedimenti normativi che sembrano voler lasciare maggiore spazio all'iniziativa privata, dopo anni caratterizzati da una grande enfasi sul ruolo centrale dello Stato e delle strutture sanitarie pubbliche. E' possibile interpretare in tal senso la visita del ministro della sanità Chen Zhu, il 15 ottobre 2010, a Zhen Shengui, lavoratore migrante malato di leucemia, la cui storia era già stata oggetto di un lungo articolo-appello pubblicato dal giornale ufficiale del Ministero della sanità con il titolo "Voglio vivere, chi mi può aiutare?". In occasione della sua visita, il ministro Chen Zhu dichiarava: "la vicenda di Chen Zhu [dimostra che] [...] anche ospedali non pubblici possono svolgere una funzione importante in termini sociali e di protezione del bene comune".<sup>40</sup> Nello stesso periodo, il Consiglio di Stato emetteva una circolare finalizzata a "eliminare le barriere [...] che ostacolano lo sviluppo di istituzioni mediche non pubbliche".<sup>41</sup> A quest'ultime dovrebbe essere

---

<sup>39</sup> PEOPLE'S DAILY ONLINE, "China to...", cit..

<sup>40</sup> JIANKANG BAO 健康报, "Chen Zhu kanwang lao Zhen" "陈竺看望老郑" (Chen Zhu fa vistia al vecchio Zheng), *Jiankang bao*, 8 ottobre 2010, p.4; JIANKANG BAO 健康报, "Wo xiang huo, shei neng bangzhu wo?" "我想活, 谁能帮助我?" (Voglio vivere, chi mi può aiutare?), *Jiankang Bao*, 2 agosto 2010, p.6.

<sup>41</sup> GUOWUYUAN BANGONGTING 国务院办公厅, *Guowuyuan bangongting zhuanfa fazhan gaige weiyuanhui weisheng bu deng bumen guanyu jin yi bu guli he yindao shehui ziben juban yiliao jigou yijian de tongzhi, 2010 nian 58 hao* 国务院 办公厅转发发展改革委员会卫生部等部门关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构意见的通知, 2010 年 58 号 (Circolare dell'Ufficio generale del Consiglio di Stato, trasmissione dei

data, secondo la circolare, priorità dalle autorità sanitarie locali in sede di pianificazione della fornitura del servizio.<sup>42</sup>

Secondo notizie pubblicate da media cinesi sulla base di un comunicato della Commissione nazionale per lo sviluppo e le riforme, misure dettagliate per favorire l'investimento privato in sanità sarebbero attualmente allo studio delle autorità. Fra le più importanti, figurerebbero sussidi governativi per le aziende che decidano di investire nel settore e la possibilità per gli ospedali privati di ricevere dal governo lo stesso tipo di sostegno finanziario (peraltro piuttosto scarso) garantito agli ospedali pubblici.<sup>43</sup> Infine, è di inizio 2011 la notizia dell'inclusione da parte del Consiglio di Stato del settore sanitario fra le industrie emergenti per le quali facilitare gli investimenti stranieri (con particolare riferimento alle strutture ospedaliere).<sup>44</sup>

La grande dinamicità attuale richiede estrema cautela nel cercare di interpretare le logiche alla base dell'azione governativa. Da un lato, è possibile che le facilitazioni concesse all'investimento privato derivino dalla necessità di estendere la capacità di fornitura dei servizi, muovendosi verso un modello di sanità convenzionata complementare a quella pubblica, quale presente in molti paesi occidentali (Italia compresa). D'altro canto, è possibile che le recenti misure rispondano a dinamiche politiche originate dall'aperta opposizione di ospedali e industria farmaceutica ai provvedimenti di contenimento dei costi varati nel 2009-2010, nonché dalla posizione scettica delle autorità locali. In un ambito come quello ospedaliero, dove circa il 90% delle strutture rimangono di proprietà

---

suggerimenti della Commissione nazionale per lo sviluppo e le riforme, del Ministero della sanità e di altri ministeri sull'ulteriore incoraggiamento e guida dell'istituzione di strutture sanitarie attraverso capitali sociali, No. 58, 2010).

<sup>42</sup> *Ibidem*.

<sup>43</sup> CHINA DAILY ONLINE, "Rules on Private Capital in Health by Oct-end: NDRC", in "China Daily", 2010, [http://www.chinadaily.com.cn/china/2010-09/28/content\\_11355742.htm](http://www.chinadaily.com.cn/china/2010-09/28/content_11355742.htm), 10/06/2010.

<sup>44</sup> WANT CHINA TIMES, "Foreign investment encouraged in emerging industries", in "Want China Times", 2011, <http://www.wantchinatimes.com/news-subclass-cnt.aspx?cid=1201&MainCatID=&id=20110409000036>, 07/05/2011.

statale,<sup>45</sup> l'apertura e la concessione di facilitazioni agli investitori cinesi e esteri potrebbe essere considerata come segnale della volontà di raggiungere un compromesso con gruppi d'interesse che possono godere di buoni contatti con il potere politico. È presto per predire possibili implicazioni concrete della nuova normativa, come del resto l'approccio che la nuova leadership (che assumerà funzioni nel 2012-2013) deciderà di adottare in termini di politiche sanitarie. Tuttavia, è opportuno notare a tal proposito come Li Yuanchao, fra le figure più in vista della cosiddetta "quinta generazione" di leader comunisti, abbia servito come segretario del Pcc del Jiangsu fra 2002 e 2007, quando in questa provincia venivano condotte significative sperimentazioni di privatizzazione della sanità.

La convinzione che interessi privati di natura economica siano in grado di influenzare pesantemente lo sviluppo dei sistemi sanitari è ampiamente diffusa a livello internazionale. In Cina, tali interessi sono andati sviluppandosi, come la nostra trattazione ha illustrato con particolare riferimento alle aree rurali, negli anni Ottanta e Novanta, quando la ritirata dello Stato dai settori sociali lasciò vaste aree sotto-finanziate e scarsamente regolate. Nell'era di Hu Jintao e Wen Jiabao, essi hanno limitato considerevolmente la capacità dello Stato di agire efficacemente per fronteggiare la crisi del settore e, in particolare, le grandi disparità in termini di accesso ai servizi.

Piattaforme attraverso cui gruppi di interesse di natura economica possano cercare di influenzare il processo decisionale sono già esistenti e consolidate. In tal senso, è estremamente significativo notare come in ambito sanitario esse paiano agire attraverso strutture e con modalità simili a quelle riscontrate in altri settori, a ulteriore conferma del crescente impatto di interessi privati nei processi politici della Rpc. Nel caso in cui tali interessi dovessero avere successo nell'acquistare un grado di influenza rilevante sul processo di definizione delle politiche sanitarie cinesi, il risultato della transizione cinese potrebbe, almeno in quest'area, essere ben diverso da quello auspicato da molti osservatori della Cina: il processo politico potrebbe infatti configurarsi come rispondente a ristretti interessi di natura

---

<sup>45</sup> LIU, "Reforming China's...", cit.



economica, piuttosto che rispondere alla società nel suo complesso e alle necessità comuni dei suoi singoli componenti.

Le sfide che la Cina si trova a fronteggiare in termini di sanità pubblica sono enormi e destinate a divenire se possibile ancora più difficili da fronteggiare negli anni a venire, a causa del rapido invecchiamento della popolazione.<sup>46</sup> La capacità del sistema sanitario cinese di assicurare cure sicure, accessibili ed efficaci dipenderà in larga misura dalle interazioni fra potere politico, interessi economici e necessità sociali. Tali interazioni necessitano di essere ulteriormente approfondite. A tal proposito, quando sei mesi or sono l'autore chiedeva a un politologo statunitense specializzato su questioni cinesi un consiglio su come affrontare ulteriori ricerche in questo ambito, si sentiva rispondere: "Just follow the money!"<sup>47</sup> Nonostante ciò possa apparire una semplificazione dei problemi che affliggono la sanità cinese, i risultati esposti in questa ricerca sembrano confermare che, dopotutto, la sua opinione potrebbe essere fondata.

---

<sup>46</sup> Athar HUSSAIN, "Demographic Transition in China and its Implications", *World Development*, 30, 10, 2002, pp. 1823-1834.

<sup>47</sup> Doc Testimonianza #0628, 2011.



## Materiali fotografici

### Sezione I. Contesto della ricerca sul campo



**Villaggio Dongfeng, Hebei (2008).** Trecento chilometri a sud di Pechino, mille abitanti, reddito medio pro-capite annuale (nel 2008) di 2.500 RMB.



**Villaggio Yaotai, Shaanxi (2008).** Il capo villaggio, sig. Fu (seconda fila al centro) con la famiglia.



Foto a Sx. **Mongolia Interna (2008)**. Oggetti di vita quotidiana.



Foto a Dx. **Hebei (2008)**. Utensili agricoli.



**Hubei (2010)**. Contadino porta al mercato degli ortaggi. Sullo sfondo, i palazzi del capoluogo di contea avanzano verso la campagna.





**Sichuan (2010).** Contadino raccoglie carbone presso una stazione di carico per le chiatte, lungo il fiume Yangtze.



**Hebei (2008).** Quadro di partito all'ingresso della sede del comitato di villaggio.

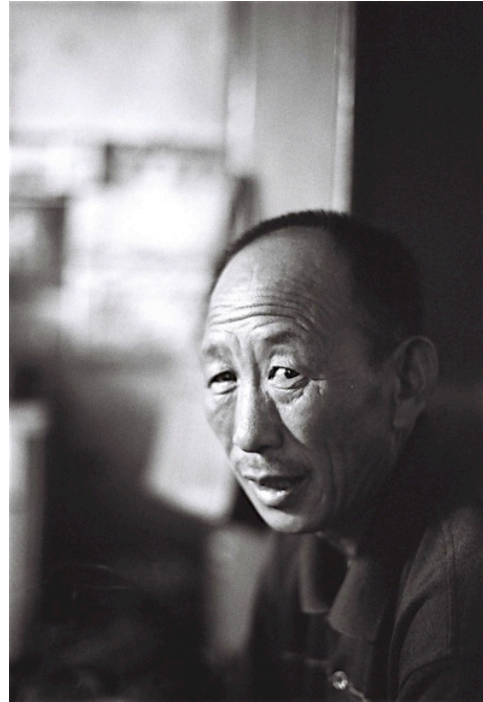
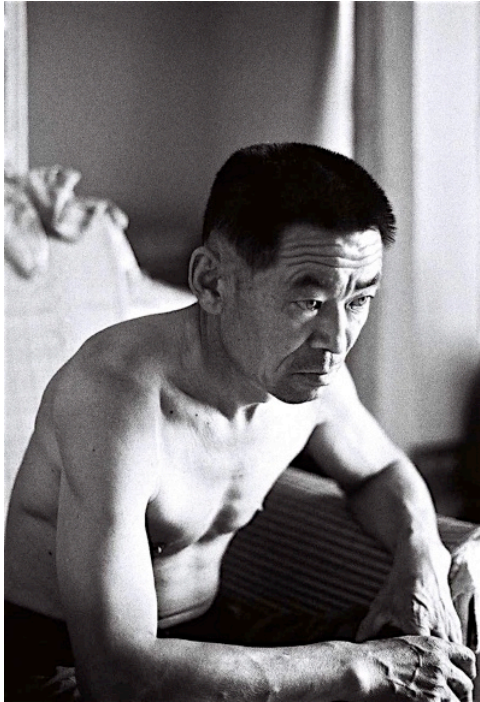


Foto a Sx. **Hebei (2008)**. Il contadino Zhang, 44 anni.

Foto a Dx. **Hebei (2008)**. Il sig. Su, 50 anni, lavoratore migrante analfabeta. Uno specchio alle sue spalle reca incisa la frase: "Ascolta le parole del Presidente Mao".



**Mongolia Interna (2008)**. La sig.ra Chen, moglie dell'uomo più povero del villaggio Beimao. Il reddito della famiglia è attorno ai 4.000 RMB all'anno. [Doc Intervista #0626c, 2008]



Sezione II. Strutture sanitarie



Foto a Sx. **Stazione sanitaria di villaggio, Mongolia Interna (2008).** Somministrazione di medicinali per via endovenosa.

Foto a Dx. **Stazione sanitaria di villaggio, Shaanxi (2008).** Flaconi di soluzione glucosio e di medicinali usati all'esterno della stazione sanitaria.

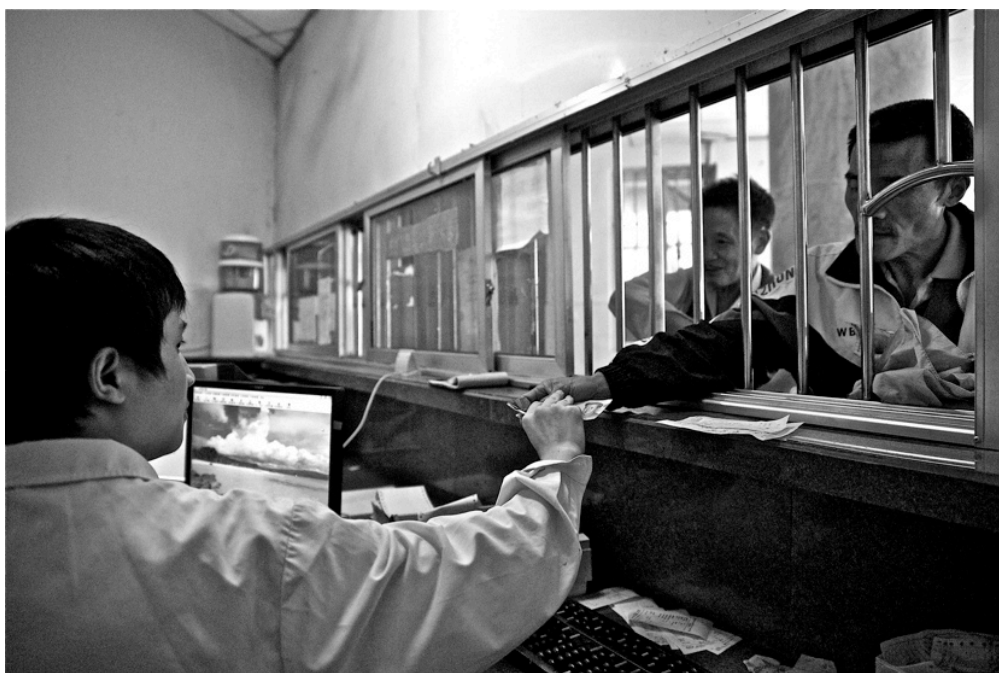


**Ospedale di contea, Sichuan (2010).** Anziano paziente trasportato dal figlio, nei pressi del locale accettazione.



Foto a Sx. **Hebei (2008)**. Laojun, medico di villaggio. “Svolgere le funzioni di sanità pubblica non è semplice, dato che non è possibile ricavarne profitto e il governo fornisce pochi sussidi”. [Doc Intervista #0408, 2008]

Foto a Dx. **Hebei (2008)**. Il dott. Li racconta: “ho iniziato a praticare la medicina tradizionale nel 1968, prestando servizio nell’ambulatorio di comune popolare. Con l’avvio delle riforme mi sono dato alla medicina occidentale e ho iniziato a lavorare qui, nel centro sanitario di *township*”. [Doc Int #0409, 2008]



**Ospedale di contea, Sichuan (2008)**. Pagamento dei servizi ospedalieri.





**Ospedale di contea, Sichuan (2010).** Paziente dietro alle inferriate installate a protezione del locale accettazione e pagamento.



**Ospedale di contea, Sichuan (2010).** Sala d'attesa.



**Ospedale di contea, Sichuan (2010). Reparto d'emergenza.**



**Ospedale di contea, Sichuan (2010). Paziente ricoverato nel reparto di medicina interna.**



**Ospedale di contea, Sichuan (2010).** Paziente si sottopone a emodialisi. Il costo per ogni seduta era nel 2010 di 250 RMB. Calcolando un minimo di due sedute alla settimana, si arriva a quantificare una spesa annua per il paziente di circa 25.000 RMB, a fronte di un reddito pro-capite annuale che nella zona considerata ammontava in media a circa 5.000 RMB.



**Ospedale di contea, Sichuan (2010).** Paziente in corsia.



Sezione III. Testimonianze



**Mongolia Interna (2008).** Il sig. Han con il figlio. "Le vaccinazioni dovrebbero essere gratuite, ma per mio figlio ho sempre dovuto pagare. L'ultimo anno abbiamo speso 150 RMB". [Doc Intervista #0628b, 2008]

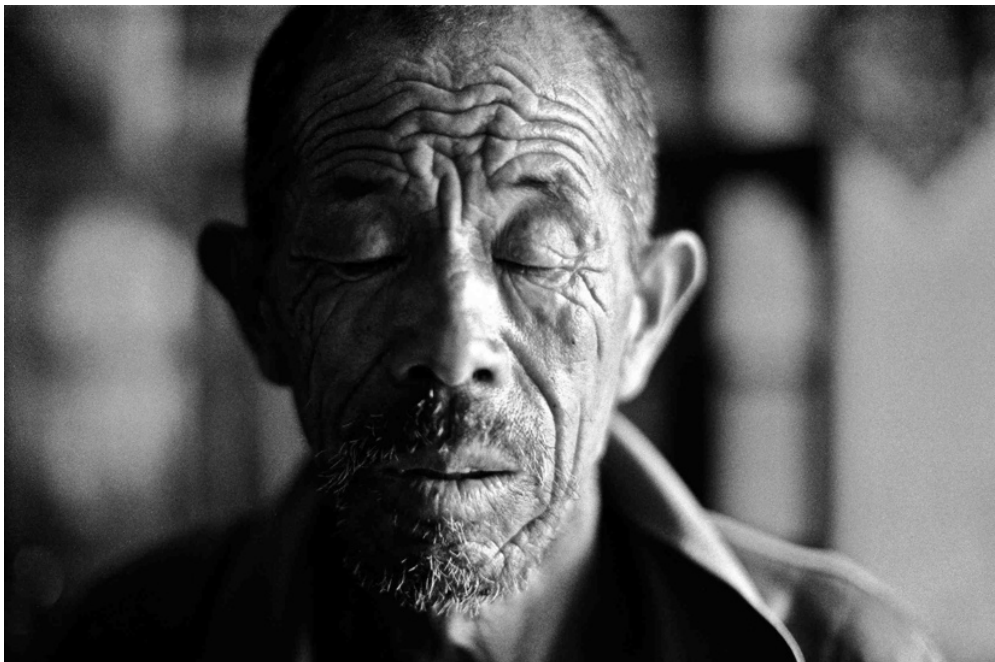


**Mongolia Interna (2008).** Shuhua, 68 anni. Vive con la famiglia dei proventi di un piccolo allevamento di pecore, che frutta 6.000 RMB all'anno. Soffre di artrosi, mentre il marito di colecistite. Hanno rinunciato alle cure perché troppo costose. [Doc Intervista #0625, 2008]



Foto a Sx. **Mongolia Interna (2008)**. “Se non regaliamo qualcosa ai medici, quelli nemmeno ci degnano di uno sguardo. L’ultima volta [...] ho dovuto offrire una cena da 160 RMB al mio medico curante”. [Doc Intervista #0715c, 2008]

Foto a Dx. **Shaanxi (2008)**. Il figlio del sig. An. La madre è morta nel 2007 in seguito a ictus. Racconta il sig. An: “Era malata da tempo: in tredici anni di malattia abbiamo speso 100.000 RMB”. [Doc Intervista #0730b, 2008]



**Mongolia Interna (2008)**. Il sig. Pei racconta: “Vengono su dei dottori dalla città ogni tanto, col camice e tutto, ci vendono dei medicinali ma non sappiamo a che servono”. [Doc Intervista #0627b, 2008]



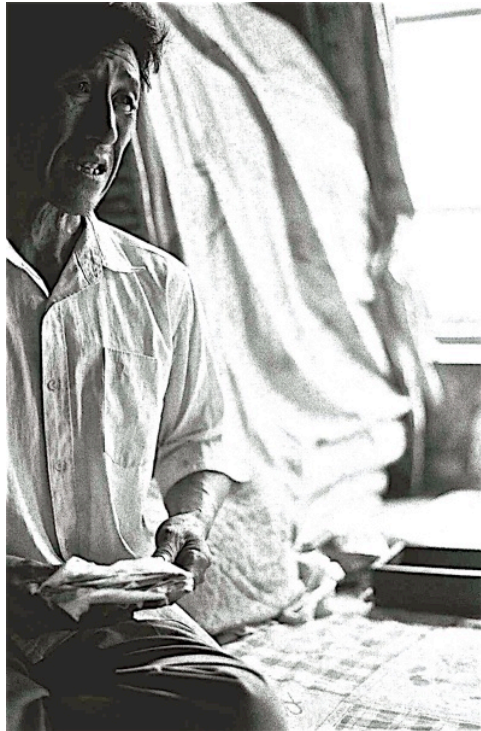


Foto a Sx. **Mongolia Interna (2008)**. Il sig. Liu mostra le ricevute del ricovero del fratello, investito da un'auto nel 2007. Dopo mesi di cure, il fratello è stato dimesso su volontà della famiglia, che dopo aver speso 70.000 RMB non poteva più permettersi i trattamenti. [Doc Intervista #0715a, 2008]

Foto a Dx. **Hebei (2008)**. Vecchio contadino. "L'anno prossimo risparmierò i 20 RMB di adesione all'assicurazione sanitaria. Tanto le medicine per i miei problemi al cuore non le rimborsano!" [Doc Intervista #0626b, 2008]



**Mongolia Interna (2008)**. La vecchia Jin, di etnia mongola. "Mio figlio ha la tisi. Non aderisce all'assicurazione medica del governo, perché le spese per curarsi non glielo rimborsano". [Doc Intervista #0628a, 2008]



**Hebei (2008).** Il sig. Wu, autista d'ambulanza. "Mia figlia si è ammalata nel 2006. L'abbiamo ricoverata qui all'ospedale di contea, dove l'hanno tenuta dei mesi. Le davano medicine, ma non avevano chiara una diagnosi. Alla fine l'abbiamo portata a Pechino, ora sta meglio. Abbiamo speso 10.000 RMB. [Doc Testimonianza #0604, 2008]



**Mongolia Interna (2008).** La sig.ra Sui, 76 anni. Vive in una casa di fango poco discosta dalla sede del comitato di villaggio. Nonostante sia inserita nelle liste dei poveri, non riceve il previsto rimborso per l'iscrizione all'assicurazione medica governativa. "Ho problemi di cuore e reni, ma non posso curarmi: sarebbe troppo costoso. Le mie nipoti mi aiutano a tirare avanti". [Doc Intervista #0626a, 2008]





**Hebei (2008).** Guocan, 74 anni, racconta: “Mio figlio ha 34 anni. Ha l’epatite ed è diabetico. I dottori dicono che dovrebbe essere ricoverato, ma noi non ce lo possiamo permettere”. [Doc Intervista #0420, 2008]



**Ospedale di contea, Sichuan, 2010.** Un anziano paziente, ricoverato per problemi respiratori, si lamenta: “Sono qui da un giorno e ho già dovuto pagare 2.000 RMB. Ma ancora non mi è chiaro il mio malanno.” [Doc Testimonianza #0913, 2010]



## *Appendice Dati*<sup>1</sup>

### *Interviste mirate e testimonianze spontanee.*

Per la stesura di questo lavoro sono state prese in considerazione 112 fra interviste mirate e testimonianze spontanee (87 interviste e 25 testimonianze). Queste hanno coinvolto utenti del servizio sanitario e operatori del settore (personale medico e amministrativo, funzionari governativi, ricercatori, studenti di medicina, impiegati del settore farmaceutico) e sono state condotte fra 2008 e 2011 nelle province di Hebei, Hubei, Shaanxi e Sichuan, nella Regione autonoma della Mongolia Interna e nelle municipalità di Pechino e Shanghai. Inoltre, una quantità limitata di materiale è stata raccolta in Italia e negli Stati Uniti, in quest'ultimo caso durante un soggiorno di studio nell'estate 2011. Gran parte dei materiali sono stati raccolti in 18 villaggi visitati dall'autore, situati in aree rurali di Hebei, Shaanxi e Mongolia Interna. Nel presente lavoro sono direttamente citate 46 fra interviste e testimonianze. Informazioni dettagliate in merito (tipologia, codice, anno, interlocutore, luogo e pagina in cui compaiono) riportate in Tabella Dati, alla pagina successiva.

### *Osservazione non-partecipante.*

L'osservazione non partecipante ha avuto luogo in 1 ospedale di riferimento nazionale, 1 ospedale a livello di prefettura, 10 ospedali a livello di contea e 3 centri sanitari di *township* nelle province di Hebei, Hubei, Shaanxi e Sichuan, nella Regione autonoma della Mongolia Interna e nella municipalità di Pechino. Inoltre, l'autore ha avuto modo di visitare svariate stazioni sanitarie a livello di villaggio. Le risultanze dell'osservazione non partecipante sono state utilizzate in modo particolare per la redazione del Capitolo 2, paragrafi 2.2 e 2.3. Nel corso della trattazione si riporta anche del materiale fotografico raccolto durante l'osservazione non partecipante, selezionato e modificato (nel caso delle schermate o stampe dei sistemi informativi sanitari, cfr. figure 2.3 e 2.7) in modo tale da renderlo non identificabile, ovvero non riconducibile alle strutture sanitarie in cui è stato raccolto.

---

<sup>1</sup> Questa appendice è da considerarsi quale integrazione alle indicazioni già contenute in Introduzione, paragrafo IV (Strumenti di indagine), nonché in Capitolo 3, paragrafo 3.1.

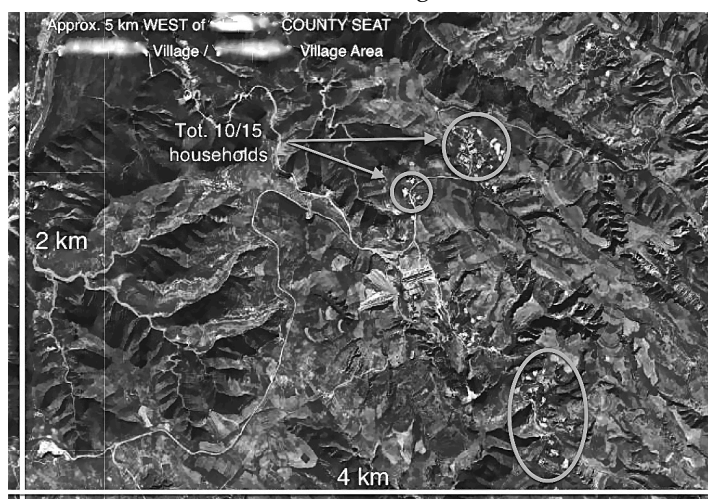
**Tabella Dati.** Interviste e testimonianze dirette citate nella tesi

| No.   | Tipologia         | Codice | Anno | Interlocutore                       | Luogo                  | p.                |
|-------|-------------------|--------|------|-------------------------------------|------------------------|-------------------|
| 1     | Doc Intervista    | #1130  | 2011 | Impiegato industria farmaceutica    | Pechino (Rpc)          | 22; 157           |
| 2     | Doc Testimonianza | #1201  | 2009 | Ex funzionario governativo          | Sichuan (Rpc)          | 37                |
| 3     | Doc Testimonianza | #0811  | 2009 | Ricercatore ente paragonativo       | Pechino (Rpc)          | 76                |
| 4     | Doc Testimonianza | #1020  | 2009 | Funzionario governativo             | Sichuan (Rpc)          | 77                |
| 4 bis | Doc Intervista    | #0429  | 2010 | Ricercatore ente paragonativo       | Pechino (Rpc)          | 84; 85; 91        |
| 5     | Doc Intervista    | #0408  | 2008 | Medico di villaggio                 | Hebei (Rpc)            | 85; 103; T6       |
| 6     | Doc Intervista    | #0729  | 2008 | Medico di villaggio                 | Shaanxi (Rpc)          | 85                |
| 7     | Doc Intervista    | #0418  | 2008 | Medico ospedale contea              | Hebei (Rpc)            | 90                |
| 8     | Doc Intervista    | #0629  | 2011 | Ricercatore                         | Massachusetts (Usa)    | 90; 106; 143; 156 |
| 9     | Doc Intervista    | #0715c | 2008 | Utente rurale                       | Mongolia Interna (Rpc) | 92; 119; T11      |
| 10    | Doc Intervista    | #0715a | 2008 | Utente rurale                       | Mongolia Interna (Rpc) | 92; 137; T12      |
| 11    | Doc Testimonianza | #1013  | 2011 | Medico espatriato                   | Pechino (Rpc)          | 97                |
| 12    | Doc Intervista    | #0901  | 2005 | Imprenditore                        | Veneto (Italia)        | 98                |
| 13    | Doc Intervista    | #0727  | 2008 | Utente rurale                       | Shaanxi (Rpc)          | 102; 138          |
| 14    | Doc Intervista    | #0801  | 2008 | Utente rurale                       | Shaanxi (Rpc)          | 102               |
| 15    | Doc Intervista    | #0628b | 2008 | Utente rurale                       | Mongolia Interna (Rpc) | 103; T10          |
| 16    | Doc Intervista    | #0730a | 2008 | Utente rurale                       | Shaanxi (Rpc)          | 108               |
| 17    | Doc Intervista    | #0730d | 2008 | Utente rurale                       | Shaanxi (Rpc)          | 109               |
| 18    | Doc Intervista    | #0731  | 2008 | Funzionario governativo             | Shaanxi (Rpc)          | 110; 112          |
| 19    | Doc Intervista    | #0728b | 2008 | Funzionario governativo             | Shaanxi (Rpc)          | 111               |
| 20    | Doc Intervista    | #0622  | 2009 | Funzionario Nazioni Unite           | Pechino (Rpc)          | 114               |
| 21    | Doc Intervista    | #0627c | 2008 | Funzionario governativo             | Mongolia Interna (Rpc) | 116               |
| 22    | Doc Intervista    | #0629  | 2008 | Utente rurale                       | Mongolia Interna (Rpc) | 116               |
| 23    | Doc Intervista    | #0417  | 2008 | Utente rurale                       | Hebei (Rpc)            | 137               |
| 24    | Doc Intervista    | #0627a | 2008 | Utente rurale                       | Mongolia Interna (Rpc) | 138               |
| 25    | Doc Intervista    | #0730b | 2008 | Utente rurale                       | Shaanxi (Rpc)          | 138; T11          |
| 26    | Doc Testimonianza | #0728a | 2008 | Utente rurale                       | Shaanxi (Rpc)          | 139               |
| 27    | Doc Intervista    | #0626b | 2008 | Utente rurale                       | Mongolia Interna (Rpc) | 141; T12          |
| 28    | Doc Intervista    | #0627b | 2008 | Funzionario governativo             | Mongolia Interna (Rpc) | 142               |
| 29    | Doc Testimonianza | #0626d | 2008 | Utente rurale                       | Mongolia Interna (Rpc) | 143               |
| 30    | Doc Intervista    | #0920  | 2010 | Medico                              | Pechino (Rpc)          | 147               |
| 31    | Doc Testimonianza | #0520c | 2010 | Medico direttore ospedaliero        | Hubei (Rpc)            | 149; 152          |
| 32    | Doc Testimonianza | #0521  | 2010 | Funzionario governativo             | Hubei (Rpc)            | 153               |
| 33    | Doc Testimonianza | #0925  | 2009 | Funzionario governativo             | Sichuan (Rpc)          | 153               |
| 34    | Doc Intervista    | #0221  | 2011 | Ex impiegato industria farmaceutica | Pechino (Rpc)          | 154               |
| 35    | Doc Testimonianza | #1014  | 2010 | Tecnico ospedaliero                 | Pechino (Rpc)          | 154               |
| 36    | Doc Testimonianza | #0628  | 2011 | Ricercatore                         | Massachusetts (Usa)    | 163               |
| 37    | Doc Intervista    | #0626c | 2008 | Utente rurale                       | Mongolia Interna (Rpc) | T4                |
| 38    | Doc Intervista    | #0409  | 2008 | Medico di <i>tonwhsip</i>           | Hebei (Rpc)            | T6                |
| 39    | Doc Intervista    | #0625  | 2008 | Utente rurale                       | Mongolia Interna (Rpc) | T10               |
| 40    | Doc Intervista    | #0627b | 2008 | Utente rurale                       | Mongolia Interna (Rpc) | T11               |
| 41    | Doc Intervista    | #0628a | 2008 | Utente rurale                       | Mongolia Interna (Rpc) | T12               |
| 42    | Doc Intervista    | #0604  | 2008 | Dipendente ospedale contea          | Hebei (Rpc)            | T13               |
| 43    | Doc Intervista    | #0626a | 2008 | Utente rurale                       | Mongolia Interna (Rpc) | T13               |
| 44    | Doc Intervista    | #0420  | 2008 | Utente rurale                       | Hebei (Rpc)            | T14               |
| 45    | Doc Testimonianza | #0913  | 2010 | Utente rurale                       | Sichuan (Rpc)          | T14               |

*Attività di indagine su base familiare (household survey).*

Le attività di *household survey* del progetto *Impact of the New Rural Cooperative Medical Scheme on Health Care Services Accessibility in Central and Western China* sono state condotte nel 2008 nelle province di Shaanxi, Hebei e Mongolia Interna. In ciascuna delle province interessate, sono state selezionate due contee dotate di Smcr da almeno due anni, aventi popolazione, superficie e reddito pro-capite annuale in linea con i valori medi della provincia in questione. In ognuna delle contee selezionate, le *township* sono state suddivise in due diverse categorie, sulla base del reddito annuale della popolazione locale, e due di esse (una per ciascun gruppo) sono state selezionate attraverso campionamento casuale (*random sampling*). In ciascuna delle *township* selezionate, tutti i villaggi naturali (*zirancun* 自然村<sup>2</sup>) sono stati a loro volta raggruppati in due categorie: la prima includeva quelli situati a una distanza più vicina al capoluogo di *township*, la seconda quelli situati in aree più remote. In ognuna delle due categorie, tre villaggi naturali sono stati selezionati attraverso campionamento casuale. Infine, una media di 45 famiglie per ogni villaggio naturale sono state scelte attraverso campionamento casuale semplice. Le interviste sono state condotte da studenti di scuole sanitarie a livello di prefettura e/o università dei capoluoghi provinciali, appositamente addestrati. Chi scrive ha supervisionato le fasi di campionamento, raccolta dati sul campo e analisi degli stessi, assicurando che le relative attività venissero svolte in autonomia rispetto

**Figura Dati.** Attività di ricerca sul campo: esempio distribuzione sul territorio delle famiglie intervistate



alle autorità locali, nonché nel rispetto di standard qualitativi internazionalmente accettati. I risultati della ricerca sono stati presentati nel corso della conferenza *The Chinese Health Care System at a Crossroads: The Issue of Accessibility and Reform Perspectives*, tenutasi all'Istituto Italiano di Cultura di Pechino il 19 giugno 2009.

<sup>2</sup> Suddivisioni dei villaggi amministrativi (*xingzheng cun* 行政村). A differenza di questi, i villaggi naturali non sono sede di organi amministrativi. Il numero di villaggi naturali per ogni villaggio amministrativo può variare considerevolmente: più il territorio sarà impervio e la popolazione dispersa sul territorio, maggiore sarà il numero di villaggi naturali che compongono un singolo villaggio amministrativo.



## Bibliografia

- AGNELLI, Paola, MACIOCCO, Gavino, "Cina", in *Osservatorio Italiano sulla salute globale - Rapporto 2006*, Pisa, ETS, 2006, pp. 197-209.
- ALMOND, Gabriel, POWELL, Bingham, *Comparative Politics. A Developmental Approach*, Boston, Little Brown and Company, 1966.
- ANSON, Ofra, SUN, Shifang, *Health Care in Rural China, Lessons from Hebei Province*, Farnham, Ashgate, 2005.
- ASPALTER, Christian, "The East Asian Welfare Model", *International Journal of Social Welfare*, 15 (2006), pp.290-301.
- ASPALTER, Christian, "The Welfare State in East Asia: An Ideal-Typical Welfare Regime", *Journal of Societal & Social Policy*, 4, 1 (2005), 1-20.
- BBC, "Death Penalty for China Official", in "BBC News", 2006, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/6699441.stm>, 11/05/2011.
- BELL, Daniel A., "Democracy with Chinese Characteristics: A Political Proposal for the Post-Communist Era", *Philosophy East and West*, 49, 4 (1999), pp. 451-493.
- BERGSTRÖM, Lars, "What is a Conflict of Interest?", *Journal of Peace Research*, 7, 3 (1970), pp. 197-217.
- BERLINGUER, Giovanni, *Etica della salute*, Milano, Il Saggiatore, 1997.
- BERLINGUER, Giovanni, "La salute globale nella prospettiva etica", in Eduardo MISSONI (a cura di), *Osservatorio italiano sulla salute globale - Rapporto 2004*, Milano, Feltrinelli, pp. 13-22.
- BERNSTEIN, Thomas P., LU, Xiaobo, *Taxation without Representation in Rural China*, Cambridge (MA), Cambridge University Press, 2003.
- BLOOM, Gerald, "Building Institutions for an Effective Health System: Lessons from China's Experience with Rural Health Reform", *Social Science & Medicine*, 72 (2011), pp. 1032-1039.
- BRIXI, Hana, *China. Urban Services and Governance*, UNICEF, 2009 (non pubblicato).
- BRØDSGAARD, Kjeld Erik, STRAND, David (a cura di), *Reconstructing Twentieth-Century China: State Control, Civil Society, and National Identity*, Oxford, Clarendon Press, 1998.

- BROMBAL, Daniele, "Cina", *Terzo Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale - Salute globale e aiuti allo sviluppo: diritti, ideologie, inganni*, Pisa, ETS, 2008, pp. 340-347.
- BROMBAL, Daniele, "Riforma del welfare sanitario, stabilità sociale e sviluppo economico", *Mondo Cinese*, 142 (2010), pp. 77-88.
- BROMBAL, Daniele, "Politiche sanitarie nella Cina contemporanea. Necessità sociali, interessi economici e dinamiche politiche", articolo presentato durante il *XIII Congresso dell'Associazione Italiana di Studi Cinesi*, Università di Milano Bicocca, 22 settembre 2011.
- BROMBAL, Daniele, "Salute e sanità pubblica in Cina: fra diritto e ragion di Stato", *Inchiesta*, 171 (2011), pp.86-96.
- BROMBAL, Daniele, CORTASSA, Giorgio, "Le riforme sanitarie in Cina", *Quarto Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale - Salute Globale: In-Formazione*, Pisa, ETS, 2010, p. 187-200.
- BRZEZINSKI, Zbigniew, HUNTINGTON, Samuel P., *Political Power: Usa/Urss*, New York, Viking Press, 1964.
- BURKI, Shalid Javed, *A Study of Chinese Communes 1965*, Boston, Harvard East Asian Monographs, 1969.
- BURNS, John, *Political Participation in Rural China*, Berkeley, University of California Press, 1988.
- BUTLER, John, "Origins and Early Development", *Evaluating the Nhs Reforms*, London, King's Fund Institute, 1994.
- CATTANEO, Adriano, "Lo stato di salute del mondo. Un breve profilo", in Eduardo MISSONI (a cura di), *Osservatorio italiano sulla salute globale - Rapporto 2004*, Milano, Feltrinelli, 2004, pp. 23-38.
- CHAMBERLAIN, Heath B., "On the Search for Civil Society in China", *Modern China*, 19, 2 (1993), pp. 199-215.
- CHAN, Alfred J., NESBITT-LARKING, Paul, "Critical Citizenship and Civil Society in Contemporary China", *Canadian Journal of Political Science*, 2, 28 (1995), pp. 293-309.
- CHAN, Cecilia L.W., *The Myth of Neighbourhood Mutual Help: The Contemporary Chinese Community-Based Welfare System in Guangzhou, Hong Kong*, Hong Kong University Press, 1993.

- CHAN, Kin-man, "Harmonious Society", in *International Encyclopedia of Civil Society*, New York, Springer, 2009, p. 821.
- CHEN Guidi, WU Chuntao, *Può la barca affondare l'acqua? Vita dei contadini cinesi*, Venezia, Marsilio Editori, 2007.
- CHEN, Sheying, *Social Policy of the Economic State and Community Care in Chinese Culture. Aging Family, Urban Change and the Socialist Welfare Pluralism*, Aldershot, Avebury, 1996.
- CHEN, Sheying, "The Context of Social Policy Reform in China: Theoretical, Comparative and Historical Perspectives", in Catherine JONES FINER (a cura di), *Social Policy Reform in China: Views from Home and Abroad*, Aldershot, Ashgate, 2003, pp. 23-36.
- CHEN, Yung-Fa, "Rural Elections in Wartime Central China. Democratization of Subbureaucracy", *Modern China*, 6, 3 (1980), pp. 267-310.
- CHENG, Shou-Hsia, CHIANG, Tung-Liang, "The Effect of Universal Health Insurance on Health Care Utilization in Taiwan", *JAMA*, 278 (1997), pp. 89-93.
- CHENG, Tsung-Mei, "Taiwan's New National Health Insurance Program. Genesis and Experience So Far", *Health Affairs*, 22, 3 (2003), pp. 61-76.
- CHIANG, Tung-Liang, "Taiwan's 1995 Health Care Reform", *Health Policy*, 39 (1997), pp. 225-239.
- CHIN, Hsien-Yu, "Colonial Medical Police And Postcolonial Medical Surveillance Systems in Taiwan, 1895-1950s", *Osiris*, 13 (1998), pp. 326-338.
- CHINA DAILY ONLINE, "Eastern China Province Reports Over 11,000 Measles Cases", in "China Daily", 2008, [http://www.chinadaily.com.cn/china/2008-05/23/content\\_6705744.htm](http://www.chinadaily.com.cn/china/2008-05/23/content_6705744.htm), 26/09/2009.
- CHINA DAILY ONLINE, "China's Rural Migrant Workers Top 225 Million", in "China Daily", 2009, [http://www.chinadaily.com.cn/china/2009-03/25/content\\_7616938.htm](http://www.chinadaily.com.cn/china/2009-03/25/content_7616938.htm), 31/03/2010.
- CHINA DAILY ONLINE, "Rules on Private Capital in Health by Oct-End: NDRC", in "China Daily", 2010, [http://www.chinadaily.com.cn/china/2010-09/28/content\\_11355742.htm](http://www.chinadaily.com.cn/china/2010-09/28/content_11355742.htm), 10/06/2010.
- CHINA GATE, "Doctor Face Growing Risks of Violent Medical Disputes", in "China Gate", 2007, <http://www.chinagate.cn/english/medicare/50839.htm>, 31/03/2010.

CHINESE ACADEMY OF PREVENTIVE MEDICINE, ITALIAN NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH (CAPM-NHI), *Emergency Care Services and Willingness to Pay in Three Areas of China: Results of a Survey Carried on in Lhasa, Jagedaqi and in the Dongcheng District of Beijing*, 2000 (non pubblicato).

CHINESE ACADEMY OF SOCIAL SCIENCES (CASS), *The China Society Yearbook 2008*, Beijing, CASS, 2009.

CHOW, Peter C.Y., "Social Expenditure in Taiwan (China)", "World Bank", Institute Working Paper 22716 (2001), [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2001/11/22/000094946\\_0109130401300/additional/016824232\\_200211337095921.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2001/11/22/000094946_0109130401300/additional/016824232_200211337095921.pdf), 07/01/2012.

COBURN, David, "Income Inequality, Social Cohesion and Health Status of Populations: The Role of Neo-liberalism", *Social Science & Medicine*, 51, 2000, pp. 135-146.

CONASON, Joe, "Winston Churchill Was a Bolshevik", in "Salon", 2009, [http://www.salon.com/news/opinion/joe\\_conason/2009/08/14/healthcare](http://www.salon.com/news/opinion/joe_conason/2009/08/14/healthcare), 28/12/2011.

CORTASSA, Giorgio, "La sanità cinese. I mutamenti, le sfide, la riforma", *Mondo Cinese*, 110 (2002), s.i.p..

CORTASSA, Giorgio, LILA, Ledia, BROMBAL, Daniele, SANTONASTASO, Maria, CENTOLA, Rosario, "Riforma sanitaria in Cina. Lo Stato dell'arte", in "Salute Internazionale", 2009, <http://saluteinternazionale.info/2009/09/riforma-sanitaria-in-cina-lo-stato-dellarte/>, 01/01/2012.

DASSÚ, Marta, SAICH, Tony, *La Cina di Deng Xiaoping. Il decennio delle riforme: dalle speranze del dopo-Mao alla crisi di Tian'anmen*, Roma, Edizioni Associate, 1999.

DE GEYNDT, Willy, ZHAO Xiyang, LIU Shunli, "From Barefoot Doctor to Village Doctor in Rural China", *World Bank Technical Paper Asia - Technical Department Series*, 187 (1992), s.i.p..

DELOGU, Andrea, *Beni pubblici, beni privati e privatizzazioni*, in "Archivio storico giuridico sardo di Sassari", 2006, [http://www.archiviogiuridico.it/Archivio\\_10/Delogu.pdf](http://www.archiviogiuridico.it/Archivio_10/Delogu.pdf), 1/12/2011.

DICKSON, Bruce, *Red Capitalists in China: The Chinese Communist Party, Private Entrepreneurs, and Political Change*, New York, Cambridge University Press, 2003.

DING, Yijiang, "Corporatism and Civil Society in China: An Overview of the Debate in Recent Years", *China Information*, 12, 44 (1998), pp. 44-67.



- DONG, Hengjin *et al.*, "Drug Policy in China: Pharmaceutical Distribution in Rural Areas", *Social Science & Medicine* 48, 6 (1999), pp. 777-786.
- DOWDLE, Michael William, "Constructing Citizenship: The NPC as Catalyst for Political Participation", in Merle GOLDMAN, Elizabeth PERRY (a cura di), *Changing Meanings of Modern Citizenship in Modern China*, Cambridge (MA), Harvard University Press, 2002, pp. 330-349.
- DU, Bin, "Chinese Hospitals Are Battlegrounds of Discontent", *New York Times*, 12 agosto 2010, p. A1.
- DUTT, Garg, *Rural Communes of China-Organizational Problems*, Hong Kong, Asia Publishing House, 1967.
- EASTON, David, "An Approach to the Analysis of Political Systems", *World Politics*, 9, 3 (1957), pp. 383-408.
- EGGLESTON, Karen *et al.*, "Health Service Delivery in China. A Literature Review", *World Bank Policy Research Working Paper* 3978, 2006, s.i.p..
- ENSOR, Tim, WEINZIERL, Sabine, "A Review of Regulation in The Health Care Sector in Low and Middle Income Countries", *Oxford Policy Management Working Paper*, 2006, s.i.p..
- ESTON, David, "An Approach to the Analysis of Political Systems", *World Politics*, 9, 3 (1957), pp. 383-400.
- FAN, Xiaoqin, "SARS. Economic Impacts and Implications", *Economics and Research Department Policy Brief Series*, 15 (2003), in "Asian Development Bank", 2003, [http://www.adb.org/Documents/EDRC/Policy\\_Briefs/PB015.pdf](http://www.adb.org/Documents/EDRC/Policy_Briefs/PB015.pdf), 10/10/2011.
- FEWSMITH, Joseph, "The Sixteenth National Party Congress: The Succession That Didn't Happen", *The China Quarterly*, 173 (2003), pp. 1-16.
- FINANCIAL TIMES, "To the Money Born", in "Financial Times", 2010, [www.ft.com/cms/s/0/e3e51a48-3b5d-11df-b622-00144feabdc0.html](http://www.ft.com/cms/s/0/e3e51a48-3b5d-11df-b622-00144feabdc0.html), 10/06/2011.
- FITZGERALD, John, *Rethinking China's Provinces*, London, Routledge, 2002.
- FUNG, Edmund S.K., "State Building, Capitalist Development, and Social Justice. Social Democracy in China's Modern Transformation, 1921-1949", *Modern China*, 31, 3 (2005), pp. 318-352.
- GOLDMAN, Avery, *From Bandwagon to Balance of Power Politics: Structural Constraints and Politics in China, 1949-1978*, Stanford, Stanford University Press, 1991.

- GOLDMAN, Merie, *From Comrade to Citizen: The Struggle for Political Rights in China*, Cambridge (MA), Harvard University Press, 2005.
- GOLDMAN, Merie, PERRY, Elizabeth, *Changing Meanings of Modern Citizenship in Modern China*, Cambridge (MA), Harvard University Press, 2002.
- GU, Xin, "Health Care Regime Change and the SARS Outbreak in China", in Yongnian ZHENG, John WONG (a cura di), *The SARS Epidemic. Challenges to China's Health Management*, Singapore, World Scientific Publishing, 2004, pp. 123-155.
- GUANGXI ZIZHIQU XINNONGHE BANGONGSHI 广西壮族自治区新农合办公室, *Zizhiqu guanyu zhengqiu guangxi zhuangzu zizhiqu xinxing nongcun hezuo yiliao jijin buchang jishu fang'an xiuding yijian de tongzhi, xinnongheban, 2007 nian 2 hao* 广西壮族自治区关于征求广西壮族自治区新型农村合作医疗基金补偿技术方案修订意见的通知, 新农合办, 2007年2号 (Circolare sulla revisione del piano tecnico di rimborso del nuovo schema medico cooperativo rurale della Regione Autonoma del Guangxi, Ufficio dello Schema Medico Cooperativo, 2007, No.2).
- GUOWUYUAN 国务院, *Guowuyuan guanyu yinfa yiyao weisheng tizhi gaige jinqi zhongdian shishi fang'an 2009-2011 nian de tongzhi, guofa, 2009 nian 12 hao* 国务院关于印发医药卫生体制改革近期重点实施方案2009-2011年的通知, 国发, 2009年12号 (Circolare sul piano di implementazione della prossima fase di riforma del sistema sanitario 2009-2011, 2009 No.12).
- GUOWUYUAN BANGONGTING 国务院办公厅, *Guowuyuan bangongting zhuanfa fazhan gaige weiyuanhui weisheng bu deng bumen guanyu jin yi bu guli he yindao shehui ziben juban yiliao jigou yijian de tongzhi, 2010 nian 58 hao* 国务院办公厅转发发展改革委卫生部等部门关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构意见的通知, 2010年58号 (Circolare dell'Ufficio generale del Consiglio di Stato, trasmissione dei suggerimenti della Commissione nazionale per lo sviluppo e le riforme, del Ministero della sanità e di altri ministeri sull'ulteriore incoraggiamento e guida dell'istituzione di strutture sanitarie attraverso capitali sociali, No. 58, 2010).
- HALPER, Thomas, "DRGs and the Idea of a Just Price", *Journal of Medical Philosophy*, 12, 2 (1987), pp.155-164.
- HANNANT, Larry, (a cura di), *The Politics of Passion: Norman Bethune's Writing and Art*, Toronto, University of Toronto Press, 1998.
- HARDING, Harry, *Organizing China*, Stanford, Stanford University Press, 1981.
- HARDING, Harry, "The Contemporary Study of Chinese Politics: An Introduction", *The China Quarterly*, 139 (1994), pp. 699-703.

- HARRIS, Dean H., WU, Chien-Chang, "Medical Malpractice in the People's Republic of China: The 2002 Regulation on The Handling of Medical Accidents", *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 33, 3 (2005), pp. 456-477.
- HASKI, Pierre, *Il Sangue della Cina*, Milano, Sperling & Kupfer Editori, 2006.
- HEALTH COORDINATION UNIT IN BEIJING - ITALIAN DEVELOPMENT COOPERATION (HCU), HEALTH HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT CENTER - MINISTRY OF HEALTH P.R.CHINA (HHRDC), "Impact of the New Rural Cooperative Medical Scheme on Health Care Services Accessibility in Central and Western China". Materiali presentati durante la conferenza *The Chinese Health Care System at a Crossroads: The Issue of Accessibility and Reform Perspectives*, Istituto Italiano di Cultura, Pechino, 19 giugno 2009.
- HIRSCH, Gary, HOMER, Jack, MCDONNELL, Geoff, MILSTEIN, Bobby, "Achieving Health Care Reform in the United States: Toward a Whole-System Understanding", in "System Dynamics", 2005, <http://www.systemdynamics.org/conferences/2005/proceed/papers/HIRSC406.pdf>, 18/01/2012.
- HIRSCHMAN, Albert O., *The Passions and the Interests: Political Arguments for Capitalism Before Its Triumph*, Princeton (NJ), Princeton University Press, 1977.
- HOBSBAWM, Eric J., *Il secolo breve*, Milano, Rizzoli, 1997.
- HOBSBAWM, Eric J., *Come cambiare il mondo. Perché riscoprire l'eredità del marxismo*, Milano, Rizzoli, 2011.
- HOLLIDAY, Ian, "Productivist Welfare Capitalism: Social Policy in East Asia", *Political Studies*, 48 (2000), pp.706-723.
- HOOK, Brian, *The Individual and the State in China*, Oxford, Clarendon Press, 1996.
- HSIAO, William C., "Marketization. The Illusory Magic Pill", *Health Economics*, 3 (1994), pp. 351-357.
- HSIAO, William C., "The Chinese Health Care System. Lessons for Other Nations", *Social Science and Medicine* 41, 8 (1995), pp. 1047-1055.
- HSIAO, William *et al.*, *The Chinese Health Care System: Lessons for Other Nations*, Boston, Harvard University Press, 1995.
- HSUEH, Po-Ren *et al.*, "Current Status of Antimicrobial Resistance in Taiwan", *Emerging Infectious Diseases*, 8, 2 (2002), pp. 132-137.

- HU Shanlian, 胡善联, *Nongcun gonggong weisheng wenti. Zhongguo gonggong weisheng yu jiankang xin siwei* 农村公共卫生问题 - 中国公共卫生与健康新思维 (I problemi della sanità rurale cinese. Nuove prospettive su sanità pubblica e la salute in Cina), Beijing, Renmin chubanshe, 2006.
- HUANG Yanzhong, "From Bandwagoning to *Buckpassing*: The Political Logic of China's Healthcare Transition", in "Jjxypeixun", 2006, [http://jjxypeixun.shufe.edu.cn/ces/paper/ces\\_pdf/6/6-1.pdf](http://jjxypeixun.shufe.edu.cn/ces/paper/ces_pdf/6/6-1.pdf), 20/10/2011.
- HUNTINGTON, Samuel, *Political Order in Changing Societies*, New Haven, Yale University Press, 1968.
- HUNTINGTON, Samuel, "Social and Institutional Dynamics of One-Party Systems", in Samuel P. HUNTINGTON, Clement H. MOORE, (a cura di), *Authoritarian Politics in Modern Society: The Dynamics of Established One-Party Systems*, New York, Basic Books, 1970, pp. 3-47.
- HUNTINGTON, Samuel, "Democracy's Third Wave", *The Journal of Democracy*, 2, 2 (1991), pp. 12-34.
- HUSSAIN, Athar, "Demographic Transition in China and Its Implications", *World Development*, 30, 10 (2002), pp. 1823-1834.
- INTERFAX, "Health Care Reform Spurs County Hospitals' Pharma Market", in "Interfax China", 2010, <http://www.interfax.cn/news/15586>, 30/08/2011.
- INTERFAX, "Fragmented Governance Holding Back Health Reform. Harvard Expert", in "Interfax China", 2011, <http://www.interfax.cn/news/18778>, 09/09/2011.
- JACKSON, Sukhan *et al.*, "Health Finance in Rural Henan. Low Premium Insurance Compared to the Out-of-Pocket System", *The China Quarterly*, 181 (2005), pp. 137-157.
- JACOBS, Didier "Social Welfare Systems in East Asia: A Comparative Analysis Including Private Welfare", *London School of Economics - Centre for Analysis of Social Exclusion (CASE) Paper*, 10 (1998), s.i.p..
- JIA, Hao, LIN, Zhimin, *Changing Central-Local Relations in China*, Boulder, Westview Press, 1994.
- JIANKANG BAO 健康报, "Wo xiang huo, shei neng bangzhu wo?" "我想活, 谁能帮助我?" (Voglio vivere, chi mi può aiutare?), *Jiankang Bao*, 2 agosto 2010, p.6.
- JIANKANG BAO 健康报, "Chen Zhu kanwang lao Zhen" "陈竺看望老郑" (Chen Zhu fa vistia al vecchio Zheng), in *Jiankang bao*, 8 ottobre 2010, p.4.

- JIANKANG BAO 健康报, "Linjuang lujing shidian chujian chengxiao" "临床路径试点初见成效" (La sperimentazione dei protocolli di trattamento ottiene i primi risultati), in *Jiankang bao*, 26 ottobre 2010, p.1.
- JÜTTING, Johannes P., *Health Insurance for the Poor in Developing Countries*, Aldershot, Ashgate, 2005.
- KAUFMAN, Joan, ZHANG, Erli, XIE, Zhenming, "Quality of Care in China: Scaling up a Pilot Project into a National Reform Program", *Studies in Family Planning*, 37, 1 (2006), pp. 17-18.
- KE, Xu *et al.*, "Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis", *The Lancet*, 362 (2003), pp.111-116.
- KEITH, Ronald, LIN, Zhiqiu, *Law and Justice in China's New Marketplace*, Basingstoke, Palgrave, 2001.
- KENNEDY, Scott, *The Business of Lobbying in China*, Cambridge (MA), Harvard University Press, 2005.
- KIM, Taylor, *Chinese Medicine in Early Communist China, 1945-63. A Medicine of Revolution*, London, Routledge Curzon, 2005.
- KLEIN, Rudolf, "Big Bang Health Care Reform. Does It Work? The Case of Britain's 1991 National Health Service Reform", *The Milbank Quarterly*, 73, 3 (1995), pp. 299-337.
- KLOTZBÜCHER, Sascha *et al.*, "What is New in the 'New Rural Co-operative Medical System' ? An Assessment in One Kazak County of the Xinjiang Uyghur Autonomous Region", *The China Quarterly*, 201 (2010), pp. 38-57.
- KMPG, "China's Pharmaceutical Industry. Poised for the Giant Leap", in "KMPG Advisory (China) Limited", 2011, [http://www.kpmg.de/docs/China\\_pharmaceutical\\_May\\_2011.pdf](http://www.kpmg.de/docs/China_pharmaceutical_May_2011.pdf), 25/08/2011.
- LAM, Willy Wo-Lap, *Chinese Politics in the Hu Jintao Era, New Leaders, New Challenges*, New York, M.E. Sharpe, 2006.
- LAMPTON, David M., *The Politics of Medicine in China - The Policy Process, 1949-1977*, Berkley, Dawson, 1977.
- LESCOT, Patrick, *Before Mao: The Untold Story of Li Lisan and the Creation of Communist China*, New York, Harper Collins Publishers, 2005.
- LEWIS, Maureen, "Governance and Corruption in Public Health Care Systems", *Center for Global Development Working Paper*, 76 (2006), s.i.p..

- LI, Ling, "The Key Incentive for China's Health Care System is to Protect People's Health, not Make Money", in "english.eastday.com", 2009, <http://english.eastday.com/e/ICS/u1a4249348.html>, 14/11/2009.
- LI Ling 李玲, "Yigai you wang chengwei zhongguo moshi zou xiang shijie de xiansheng" "医改有望成为中国模式走向世界的先声" (La riforma sanitaria cinese può divenire l'avanguardia dell'avanzata del modello cinese nel mondo), *Jiangkangbao*, 9 agosto 2010, p. 6.
- LI, Victor H., "Politics and Health Care in China. The Barefoot Doctors", *Stanford Law Review*, 27, 3 (1976), pp. 827-840.
- LI, Zhisui, *The Private Life of Chairman Mao*, New York, Random House, 1994.
- LIN, Chen-Wei, "The Policymaking Process for the Social Security System in Taiwan: the National Health Insurance and National Pension Program", *The Developing Economies*, 40, 3 (2002), pp. 327-358.
- LIN, Cheng-Tung, "Health Care Systems in Transition II – Taiwan, Part I. A General Overview of the Health Care System in Taiwan", *Journal of Public Health Medicine*, 20, 1 (1998), pp. 5-10.
- LIU Bin 刘斌, "'Liang hui' shi da bianlun" "'两会'十大辩论" (Dieci grandi dibattiti delle due assemblee), in *Nanfang zhoumo*, 18 marzo 2010, p. B11.
- LIU Ping'An 刘平安, "Zuo gongping zhengyi de shouhuzhe" "做公平正义的守护者" (Fare da difensore dell'equità e della giustizia), in "Szwsj", 2011, [http://www.szwsj.gov.cn/indexAction\\_newsDetails.action?news.newsId=26CD97FA-FB85-4F18-8098-8CC8D12CB5E8&menuId=D4E98995-7279-4AF1-B905-17947B36E844&parentMenuId=7573946A-69EB-4C34-AB06-345D3CC1FC0F,02/01/2011](http://www.szwsj.gov.cn/indexAction_newsDetails.action?news.newsId=26CD97FA-FB85-4F18-8098-8CC8D12CB5E8&menuId=D4E98995-7279-4AF1-B905-17947B36E844&parentMenuId=7573946A-69EB-4C34-AB06-345D3CC1FC0F,02/01/2011).
- LIU, Xingzhu, MILLS, Anne, "Evaluating Payment Mechanism. How Can We Measure Unnecessary Care?", *Health Policy and Planning*, 14, 4 (1999), pp. 409-413.
- LIU, Xingzhu, WANG, Junle, "An Introduction to China's Health Care System", *Journal of Public Health Policy*, 12, 1 (1991), pp. 104-116.
- LIU, Xingzhu, YI, Yunni, "The Health Sector in China: Policy and Institutional Review", "World Bank", 2004, [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2006/01/27/000160016\\_20060127165524/Rendered/PDF/345250CHA0poli1tutionalreview1final.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2006/01/27/000160016_20060127165524/Rendered/PDF/345250CHA0poli1tutionalreview1final.pdf), 07/01/2012.

- LIU, Yuanli, "Development of the Rural health Insurance System in China", *Health Policy and Planning*, 19, 3 (2004), pp. 159-165.
- LIU, Yuanli, "Reforming China's Health Care System: The Balancing Act", intervento reso durante la conferenza *Where Is China Headed?*, Boston University Pardee Center for the Study of Longer-Range Future, 8 dicembre 2008, <http://www.bu.edu/pardee/multimedia/china-2008-system-4/>, 10/06/2011.
- LIU, Yuanli *et al.*, "Health Care in China. The Role of Non-Government Providers", *Health Policy*, 77, 2 (2005), pp. 212-220.
- LIU, Yuanli *et al.*, "China's Health System Performance. Health System Reform in China #7", in "WHO", 2008, <http://www.who.int/management/district/7.Benchmarking.pdf>, 14/11/2009.
- LIU, Yuanli, RAO Keqin, HSIAO, William C., "Medical Expenditure and Rural Impoverishment in China", *Journal of Health, Population and Nutrition* 21, 3 (2003), pp. 216-222.
- LIU, Yuanli, RAO, Keqin, "Providing Health Insurance in Rural China: From Research to Policy", *Journal of Health Policy and Law*, 31, 1 (2006), pp. 71-92.
- LOO, Becky P.Y., CHOW, Sin Yin, "China's 1994 Tax-Sharing Reforms. One System, Differential Impact", *Asian Survey*, 34, 9 (1994), pp. 769-788.
- LOUIS, Daniel, TARONI, Francesco, MELOTTI, Rita, RABINOWITZ, Carol, VIZIOLI, Maria, FIORINI, Monica, GONELLA, Joseph, "Increasing Appropriateness of Hospital Admissions in the Emilia-Romagna Region of Italy", *Journal of Health Services Research and Policy*, 13, 4 (2008), pp. 202-208.
- LU, Jui-Fen Rachel, HSIAO, William C., "Does Universal Health Insurance Make Health Care Unaffordable? Lessons From Taiwan", *Health Affairs*, 22, 3 (2003), pp. 77-88.
- LUCAS, AnElissa, "Changing Medical Models in China. Organizational Options or Obstacles?", *The China Quarterly*, 83 (1980), pp. 461-489.
- MACIOCCO, Gavino, "La salute come merce: da Alma Ata all'epidemia globale delle riforme sanitarie", in Eduardo MISSONI (a cura di), *Osservatorio italiano sulla salute globale - Rapporto 2004*, Feltrinelli 2004, pp. 98-108.
- MACIOCCO, Gavino, "Evoluzione storica del diritto alla salute", in *Centenario della istituzione degli Ordini Dei Medici*, Roma, Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, 2010, pp. 37-63.

- MANACORDA, Paola, "La sanità", *Vento dell'Est*, 51/52 (1978), p.92.
- MAO, Zhengzhong, "Pilot Program of New Cooperative Medical Schemes (NCMS) in China: System Design and Progress", in "The World Bank", Policy Research Working Paper 34527 (2005), [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/12/08/000160016\\_20051208124338/Rendered/PDF/345270CHA0NCMS1report.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/12/08/000160016_20051208124338/Rendered/PDF/345270CHA0NCMS1report.pdf), 07/01/2012.
- MARSHALL, Thomas Humphrey, *Citizenship and Social Class*, Cambridge (UK), Cambridge University Press, 1950.
- MARSHALL, Thomas Humphrey, *Class, Citizenship and Social Development*, Garden City, Doubleday and Company, 1964.
- McCORMICK, Barrett L., "Democracy or Dictatorship? A Response to Gordon White", *The Australian Journal of Chinese Affairs*, 31 (1994), pp. 95-110.
- McKEOWN, Thomas, *The Role of Medicine*, New York, Blackwell, 1979.
- MELGADO, Evan M., "Economists, Public Provision, and the Market: Changing Values in Policy Debate", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 23, 2 (1998), pp. 215-263.
- MELIS, Giorgio (traduzione di), "Costituzione della Repubblica Popolare Cinese", in "Tuttocina.it", 1983, [http://www.tuttocina.it/mondo\\_cinese/043/043\\_cost.htm](http://www.tuttocina.it/mondo_cinese/043/043_cost.htm), 06/06/2011.
- MENG, Qingyue, *Health Care Pricing and Payment Reforms in China: The Implications for Health Service Delivery and Cost Containment*, Stockholm, Karolinska University Press, 2006.
- MINISTRY OF HEALTH OF P.R.CHINA (MoH), *An Analysis Report of National Health Services Survey in China*, Beijing, MoH, 2009.
- MIRANDA, Marina, "Il 'maoismo' di Hu Jintao", in Paolo DE TROIA (a cura di), *La Cina e il Mondo - Atti del XI Convegno dell'Associazione Italiana degli Studi Cinesi (AISC)*, Roma, La Sapienza Orientale - Convegni, 2010, pp. 293-304.
- MIRANDA, Marina, "Il PCC da partito rivoluzionario a partito di governo", *Mondo Cinese*, 113 (2002), [http://www.tuttocina.it/mondo\\_cinese/113/113\\_mira.htm](http://www.tuttocina.it/mondo_cinese/113/113_mira.htm), 05/06/2011.
- MO, Yan, *Le sei Reincarnazioni di Ximen Nao*, Torino, Einaudi, 2009.
- MYRDAL, Jan, *Rapporto da un villaggio cinese*, Torino, Einaudi, 1963.



- NAPOLEONI, Loretta, *Maonomics. L'amara medicina cinese contro gli scandali della nostra economia*, Milano, Rizzoli, 2010.
- NATHAN, Andrew J., "Authoritarian Resilience", *Journal of Democracy*, 14, 1 (2003), pp. 6-17.
- NATIONAL DEVELOPMENT AND REFORM COMMISSION OF PRC (NDRC), *The Outline of the Tenth Five-Year Plan for National Economic and Social Development of the People's Republic of China*, Beijing, NDRC 2001.
- NAUGHTON, Barry, "Sasac and Rising Corporate Power in China", *China Leadership Monitor*, 24 (2008), <http://media.hoover.org/sites/default/files/documents/CLM24BN.pdf>, 20/07/2011.
- O'BRIEN, Kevin, LI, Liangjiang, "Selective Policy Implementation in Rural China", *Comparative Politics*, 31, 2 (1999), pp. 167-186.
- OBSERVER RESEARCH FOUNDATION, "More Efforts in Reforming Health Care", in "Observer Research Foundation", 2011, <http://www.orfonline.org/cms/sites/orfonline/html/chnwkrp/cwr7.html>, 21/01/2012.
- O'DONNELL, Owen *et al.*, "Who Pays for Health Care in Asia?", *Journal of Health Economics*, 27, 2 (2008), pp. 460-475.
- O'DWYER, Shaun, "Democracy and Confucian Values", *Philosophy East and West*, 53, 1 (2003), pp. 39-63.
- OI, Jean C., "Communism and Clientelism: Rural Politics in China", *World Politics*, 37, 2 (1985), pp. 238-266.
- OI, Jean C., *State and Peasant in Contemporary China: The Political Economy of Village and Government*, Berkeley, University of California Press, 1989.
- OI, Jean C., "The Role of the Local State in China's Transitional Economy", *The China Quarterly*, 144 (1995), pp. 1132-1149.
- OI, Jean C., *Rural China Takes Off. Institutional Foundations of Economic Reform*, Berkeley, University of California Press, 1999.
- OI, Jean C., "Two Decades of Rural Reform in China. An Overview and Assessment", *The China Quarterly*, 159 (1999), pp. 616-628.
- OI, Jean C., ROZELLE, Scott, "Elections and Power: The Locus of Decision-Making in Chinese Villages", *The China Quarterly*, 162 (2000), pp. 513-539.

- OPPENHEIM, Felix E., "Self-Interest and Public Interest", *Political Theory*, 3, 3 (1975), pp. 259-276.
- ORMEROD, Peter L., "Directly Observed Therapy (DOT) For Tuberculosis: Why, When, How and If?", *Thorax*, 54, 2 (1999), pp. 42-45.
- PAN, Xilong, DIB, Hassan, ZHU, Minmin, ZHANG, Ying, FAN, Yang, "Absence of Appropriate Hospitalization Cost Control for Patients with Medical Insurance. A Comparative Analysis Study", *Health Economics*, 18, 10 (2009), pp. 1146-1162.
- PARTNERING NEWS, "AstraZeneca Sees Double-Digit Growth in China into the Future", in "Partnering News", 2011, <http://ebdgroup.com/partneringnews/2011/05/astrazeneca-sees-double-digit-growth-in-china-into-the-future/>, 26/05/2011.
- PARTNERING NEWS, "Big Pharma Increases Activity in China", in "Partnering News", 2011, <http://ebdgroup.com/partneringnews/2011/05/big-pharma-increases-activity-in-china/>, 26/05/2011.
- PEI, Minxin, "Chinese Civic Associations: An Empirical Analysis", *Modern China*, 24, 3 (1998), pp. 285-318.
- PEI, Minxin, *China's Trapped Transition: the Limits of Developmental Autocracy*, Cambridge (MA), Harvard University Press, 2006.
- PEOPLE'S DAILY ONLINE, "Incidence of Measles Keeps Soaring as of May: Epidemic Report" , in "People Daily", 2005, [http://english.peopledaily.com.cn/200506/10/eng20050610\\_189648.html](http://english.peopledaily.com.cn/200506/10/eng20050610_189648.html), 31/03/2010.
- PEOPLE'S DAILY ONLINE, "China to Fight Toughest Battle to Reform Health Care System: Vice Premier", in "People's Daily Online", 2011, <http://english.peopledaily.com.cn/90001/90776/90785/7290240.html>, 21/01/2012.
- PERRY, Elizabeth J., "Rural Violence in Socialist China", *The China Quarterly*, 103 (1985), pp. 414-440.
- PERRY, Elizabeth J., *Chinese Society: Change, Conflict and Resistance*, London, Routledge, 2000.
- PERRY, Elizabeth J., "Studying Chinese Politics: Bidding Farewell to Revolution?", *The China Journal*, 57 (2007), pp. 1-22.
- PERRY, Elizabeth J., GOLDMAN, Merie, *Grassroots Political Reform in Contemporary China*, Cambridge (MA), Harvard University Press, 2007.
- PERSSON, Torsten, TABELLINI, Guido, "Democracy and Development: The Devil in the Details", *The American Economic Review*, 96, 2 (2006), pp. 319-324.

- PISU, Renata, "Cambiare la Cina? Molto difficile", in "East", 2010, <http://www.eastonline.it/article/cambiare-la-cina-molto-difficile>, 10/01/2012.
- PLAMENATZ, John, "Interests", *Political Studies*, 2 (1954), pp. 1-8.
- PORTER, Roy, *The Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity*, New York, W.W. Norton & Company Inc., 1999.
- PRICEWATERHOUSE COOPERS, "Investing in China's Pharmaceutical Industry - Second Edition", in "PricewaterhouseCoopers (PWC)", 2009, <http://www.pwc.com/gx/en/pharma-life-sciences/investing-china>, 23/07/2011.
- PYE, W. Lucian, "The State and the Individual. An Overview Interpretation", *The China Quarterly*, 127 (1991), pp. 443-446.
- QIU, Zexi, "Towards a Harmonious Relationship Between Yi and Huan", intervento reso durante la conferenza *The Senior Level Seminar on National Health Services Survey and Health Reform Monitoring and Evaluation of China*, Hotel Nikko, Pechino, 2-3 Dicembre 2009.
- QUANGUO RENMIN DAIBIAO DAHUI CHANGWU WEIYUANHUI 全国人民代表大会常务委员会, *Zhonghua renmin gongheguo zhiye yishi fa* 中华人民共和国执业医师法 (Legge della Repubblica Popolare Cinese sui medici autorizzati).
- RAFFA, Michel, "Aids in Cina: il grande pericolo", *Mondo Cinese (MC)*, 114 (2003), [http://www.tuttocina.it/Mondo\\_cinese/114/114\\_raff.htm](http://www.tuttocina.it/Mondo_cinese/114/114_raff.htm), 29/12/2011.
- REN Ran 荃苒, ZHANG Lin 张林, "Zhongguo nongcun diqu hezuo yiliao ganyu hou butong shouru zu renqun de yiliao fuwu xuyao yu liyong" "中国农村地区合作医疗干预后不同收入组人群的医疗服务需要与利用" (Necessità sanitarie e utilizzazione dei servizi sanitari in diversi gruppi di reddito nelle aree rurali cinesi dopo l'adozione dello Schema medico cooperativo), in *Zhongguo Weisheng Jingji*, 23 (2004), s.i.p..
- ROSE, Jonathan, "From Bismarck to Roosevelt. How the Welfare Began", *Scholastic Update*, 118 (1985), p. 13.
- RUDRA, Nita, "Globalization and the Decline of the Welfare State in Less-Developed Countries", *International Organization*, 56, 2 (2002), pp. 411-445.
- SACHS, Jeffrey, "An Economist's View of Health", *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 2 (2002), pp. 167-169.
- SAICH, Tony, *Governance and Politics of China, Second Edition*, Houndmills, Palgrave & McMillan, 2004.

- SAICH, Tony, *Providing Public Goods in Transitional China*, New York, Palgrave & McMillan, 2008.
- SAICH, Tony, *Governance and Politics of China, Third Edition*, Houndmills, Palgrave & McMillan, 2011.
- SAMARANI, Guido, *La Cina del Novecento*, Torino, Einaudi, 2004.
- SAMUELSON, A. Paul, "The Pure Theory of Public Expenditure", *Review of Economics and Statistics*, 11 (1954), pp. 387-389.
- SAUTMAN, Barry, "Sirens of the Strongman: Neo-Authoritarianism in Recent Chinese Political Theory", *The China Quarterly*, 129 (1992), pp. 72-102.
- SEN, Amartya, "Uguali e diversi davanti alla salute", *Keiron*, 1 (1999), p. 18.
- SERGEYEVITCH TIMASHEFF, Nicholas, "Totalitarianism, Despotism, and Dictatorship", in Carl J. FRIEDRICH (a cura di), *Totalitarianism*, Cambridge (MA), Harvard University Press, 1954, p. 39-47.
- SHAMBAUGH, David, *The Modern Chinese State*, Cambridge (UK), Cambridge University Press, 2000.
- SHEN Weixing 申卫星, *Zhongguo weisheng fa qianyan wenti yanjiu* 中国卫生法前沿问题研究 (Studio sui problemi di frontiera della legislazione sanitaria cinese), Beijing, Beijing daxue chubanshe, 2005.
- SHEN, James J., "Wheels of Healthcare Reform Begins to Roll", *Pharma China*, 35 (2009), pp. 2-4.
- SHI, Tianjian, "Village Committee Elections in China: Institutional Tactics for Democracy", *World Politics*, 51, 3 (1999), pp. 385-412.
- SHI, Wuxiang, VIRASAKDI, Chongsuvivatwong, GEATER, Alan, ZHANG, Junhua, ZHANG, Hong, BROMBAL, Daniele, "Inadequate and Inequitable Health Financial Protection in Western and Central Rural China. Evidence from a Household Survey", *International Journal for Equity in Health*, 9, 7 (2010), s.i.p..
- SHI Wuxiang, CHONGSUUVIVATWONG, Virasakdi, GEATER, Alan, ZHANG Junhua, ZHANG Hong, BROMBAL, Daniele, SANTONASTASO, Maria, CORTASSA, Giorgio Mario 2011. "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*, 9 16 (2011), s.i.p..

- SICHUAN SHENG WEISHENGTING 四川省卫生厅, *Sichuan sheng yiyuan xinxi xitong jiben gongneng guifan (shixing) 2010* 四川省医院信息系统基本功能规范 (试行) 2010 (Standard delle funzioni base del sistema informativo ospedaliero della provincia del Sichuan - Bozza 2010).
- SINA.NET, "Yigai fang'an zhengqiu yijian qidai zhengce minzhu fazhan" "医改方案征求意见稿期待政策民主发展" (La consultazione sul piano di riforma sanitaria prospetta uno sviluppo democratico delle politiche), in "Sina.net", 2008, <http://www.sina.net/yy/2008-10-17/358453.shtml>, 01/03/2011.
- SKILLING, Gordon, "Interest Groups and Communist Politics", *World Politics* 18, 3 (1966) pp. 435-451.
- SNELLINGEN, Torkel, SUN, Yi, LI, Tina, BROMBAL, Daniele, LIU Jianping, *Diagnosis Related Cost Containment For Patient Care in The Healthcare Service Provision in China: Evaluation of a Pilot Project in a Rural County Hospital of Southwest China*, 2009, (non pubblicato).
- SPENCE, D. Jonathan, *The Search for Modern China*, W.W. Norton & Company, New York, 1999.
- SPENCE, D. Jonathan, *Mao Zedong*, Roma, Fazi, 2004.
- STÜCKER, Hubert, *Situational Analysis on Medical Insurance System, Medical Assistance and Rural Cooperative Medical System and Health Care Delivery System in China*, Eu- China Social Security Co-operation Project, 2007 (non pubblicato).
- SU, Ling 苏岭, "Yao yang de yiyuan" "药养的医院" (Ospedali sostenuti dalla vendita dei medicinali), in *Nanfang Zhoumo*, 11 gennaio 2010, p. A6.
- SUN Qiang *et al.*, "Pharmaceutical Policy In China", *Health Affairs*, 27, 4 (2008), p. 1042-1050.
- SUN Xinhua *et al.*, "Evolution of Information-driven HIV/AIDS Policies in China", *International Journal of Epidemiology*, 39 (2010), pp. ii4-ii13.
- SUN, Yan, *Corruption and Market in Contemporary China*, Ithaca (NY), Cornell University Press, 2004.
- SUN, Yan, "Reform, State, and Corruption. Is Corruption Less Destructive in China Than in Russia?", *Comparative Politics*, 32, 1 (1999), pp. 1-20.
- SUN, Qiang *et al.*, "Pharmaceutical Policy In China", *Health Affairs* 27, 4 (2008), pp. 1042-1050.

- SUN, Xiaoyun, JACKSON, Sukhan, CARMICHEAL, Gordon, SLEIGH, Adrian, "Prescribing Behaviour of Village Doctors Under China's New Cooperative Medical Scheme", *Social Science and Medicine*, 68, 10 (2009), pp. 1775-1779.
- SWANTON, Christine, "The Concept of Interests", *Political Theory*, 8, 1 (1980), pp. 83-101.
- TANG, Shenglan *et al.*, "Pharmaceutical Policy in China: Issues and Problems", in "Who", [http://archives.who.int/tbs/ChinesePharmaceuticalPolicy/English\\_Background\\_Documents/summarypapers/PPChinaIssuesProblemsShenglan.doc](http://archives.who.int/tbs/ChinesePharmaceuticalPolicy/English_Background_Documents/summarypapers/PPChinaIssuesProblemsShenglan.doc), 30/08/2011.
- TEIWES, Frederick C., "Normal Politics with Chinese Characteristics", *The China Journal*, 45 (2001), pp. 69-82.
- THE ECONOMIST, "Princelings and the Goon State", in "The Economist", 2011, <http://www.economist.com/node/18561005>, 01/05/2011.
- THE LANCET, "Chinese Doctors Are Under Threat", *The Lancet*, 376 (2010), p. 657.
- THE TELEGRAPH, "China's Wen Pledges to Address 'Great Resentment'", in "The Telegraph", 2011, <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/asia/china/8363512/Chinas-Wen-pledges-to-address-great-resentment.html>, 11/01/2012.
- THOMPSON, Drew, "China's Health Care Redux", in "Center for the National Interest", 2009, <http://www.cftni.org/Thompson-China-Health-Care-Reform-Redux2009>, 10/09/2011.
- TOWNSEND, James R., *Political Participation in Communist China*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1972.
- TRUMAN, David B., *The Governmental Process: Political Interests and Public Opinion*, New York, Alfred A. Knopf, 1951.
- TSAI, Lily, "Quantitative Research and Issues of Political Sensitivity in Rural China", in Allen CARLSON *et al.* (a cura di), *Contemporary Chinese Politics. New Sources, Methods, and Field Strategies*, Cambridge University Press, Cambridge, 2010.
- UNGER, Jonathan, CHAN, Anita, "China, Corporatism and the East Asian Model", *The Australian Journal of Chinese Affairs*, 33 (1995), pp. 29-53.
- UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP), "China Human Development Report, 2005", in "UNDP", 2006, <http://www.undp.org.cn/modules.php?op=modload&name=News&file=article&topic=40&sid=228>, 31/03/2010.

- WAGSTAFF, Adam, "Health Systems in East Asia. What can Developing Countries Learn from Japan and the Asian Tigers?", "The World Bank", Policy Research Working Paper 3790 (2005), [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2005/12/07/000016406\\_20051207105757/Rendered/PDF/wps3790.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2005/12/07/000016406_20051207105757/Rendered/PDF/wps3790.pdf), 07/01/2012.
- WAGSTAFF, Adam, LINDELOW, Magnus "Can Insurance Increase Financial Risk? The Curious Case of Health Insurance in China", "The World Bank", *Policy Research Working Paper* 3741 (2005), [http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/10/04/000016406\\_20051004135101/Rendered/PDF/wps3741.pdf](http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/10/04/000016406_20051004135101/Rendered/PDF/wps3741.pdf), 07/01/2012, p. 10.
- WAGSTAFF, Adam *et al.*, "Extending Health Insurance to the Rural Population: An Impact Evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme", *Journal of Health Economics*, 28, 1 (2009), pp. 1-19.
- WAGSTAFF, Adam *et al.*, *Reforming China's Rural Health System*, Washington DC, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2009, pp. 24-116.
- WAITZKIN, Howard, "Report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health. A Summary and Critique", *The Lancet*, 361 (2003), pp. 524-526.
- WALDER, Andrew, "Organized Dependency and Cultures of Authority in Chinese Industry", *The Journal of Asian Studies*, 43, 1 (1983), pp. 51-76.
- WALDER, Andrew, *Communist Neo-Traditionalism: Work and Authority in Chinese Industry*, Berkeley, University of California Press, 1984.
- WALDER, Andrew, "A Reply to Womack", *The China Quarterly*, 126 (1991), pp. 333-339.
- WALDER, Andrew, *China's Transitional Economy*, Oxford, Oxford University Press, 1996.
- WALTER, Andrew, *Zouping in Transition - The Process of Reform in Rural North China*, Cambridge (MA), Harvard University Press, 1998.
- WALDER, Andrew, "China's Bureaucratic Capitalism: Creating the Corporate Steel Sector", articolo presentato durante la conferenza *Globalization and Public Sector Reform in India and China*, Copenhagen Business School (CBS), Copenhagen, 23-24 settembre 2011.
- WANG Hufeng 王虎峰, *Zhongguo xin yigai linian he zhengce* 中国新医改理念和政策 (Principi e politiche della nuova riforma sanitaria cinese ), Beijing, Zhongguo caizheng chubanshe, 2009.

- WANG, Hongman *et al.*, "Factors Associated with Enrollment, Satisfaction, and Sustainability of the NCMS in Rural China", 2006 (non pubblicato).
- WANG, Hongman, 王红慢, *Daguo weisheng zhilun* 大国卫生之论 (Discussione sulla sanità nazionale), Beijing, Beijing daxue chubanshe, 2006.
- WANG, Hufeng, "Rural Healthcare System in China (1949-2010). An Institutional Perspective", 2010 (non pubblicato).
- WANG, Jing, YANG, Tuan, "Survey Report on Grassroots Medical and Health System in Xilinhot City, Inner Mongolia Autonomous Region", Center for Social Policy Studies - CASS, 2009 (non pubblicato).
- WANG, Shaoguang, "China's 1994 Fiscal Reform: An Initial Assessment", *Asian Survey*, 37, 9 (1997), pp. 801-817.
- WANT CHINA TIMES, "Foreign Investment Encouraged in Emerging Industries", in "Want China Times", 2011, <http://www.wantchinatimes.com/news-subclass-cnt.aspx?cid=1201&MainCatID=&id=20110409000036>, 07/05/2011.
- WEBSTER, Paul, "Roadblocks to Health Reform in China", *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 183 (2011), pp. E771-E772.
- WEISHENG BU 卫生部, "Quanguo xinxing nongcun hezuo yiliao shidian gongzuo qude mongxian chengxiao" "全国新型农村合作医疗试点工作取得明显成效" (La sperimentazione nazionale del nuovo schema medico cooperativo rurale ottiene brillanti risultati), *2005 nian quanguo xinxing nongcun hezuo yiliao shidian gongzuo huiyi cailiao* 2005年全国新型农村合作医疗试点工作会议材料 (Materiali della conferenza nazionale 2005 sulla sperimentazione del Nuovo schema medico cooperativo rurale), Beijing, Weishengbu, 2005.
- WEISHENG BU 卫生部, *2007 nian quanguo xinxing nongcun hezuo yiliao shidian gongzuo huiyi cailiao*. *2007 nian di yi jiedu quanguo xinxing nongcun hezuo yiliao yunxing qingkuang* 2007年全国新型农村合作医疗试点工作会议材料。2007年第一季度全国新型农村合作医疗运行情况 (Situazione di implementazione del nuovo Schema medico cooperativo rurale a livello nazionale al primo trimestre 2007. Materiali dell'incontro sull'opera di sperimentazione dello nuovo Schema medico cooperativo rurale a livello nazionale).
- WEISHENG BU 卫生部, "Hebei sheng renmin zhengfu" "河北省人民政府" (governo del popolo della provincia dello Hebei [rapporto del]), in *2007 nian quanguo xinxing nongcun hezuo yiliao shidian gongzuo huiyi cailiao* 2007年全国新型农村合作医疗试点工作会议材料 (materiali della conferenza 2007 sul lavoro di sperimentazione nazionale del nuovo Schema medico cooperativo rurale), non pubblicato.



WEISHENG BU 卫生部, “Yunnan sheng renmin zhengfu” “云南省人民政府” (governo del popolo della provincia dello Yunnan [rapporto del]), in *2007 nian quanguo xinxing nongcun hezuo yiliao shidian gongzuo huiyi cailiao* 2007年全国新型农村合作医疗试点工作会议材料 (materiali della conferenza 2007 sul lavoro di sperimentazione nazionale del nuovo Schema medico cooperativo rurale), non pubblicato.

WEISHENG BU 卫生部, “Jiangxi sheng renmin zhengfu” “江西省人民政府” (Governo del popolo della provincia dello Yunnan [rapporto del]), in *2007 nian quanguo xinxing nongcun hezuo yiliao shidian gongzuo huiyi cailiao* 2007年全国新型农村合作医疗试点工作会议材料 (materiali della conferenza 2007 sul lavoro di sperimentazione nazionale del nuovo Schema medico cooperativo rurale), non pubblicato.

WEISHENG BU 卫生部, “2007 nian woguo weisheng shiye fazhan tongji gongbao” “2007年我国卫生事业发展统计公报” (Rapporto statistico aperto al pubblico del 2007 sullo sviluppo del settore sanitario nazionale), in “MoH”, 2007, <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohbgt/s6689/200804/33525.htm>, 19/01/2012.

WEISHENG BU 卫生部, *Jizhenke jianshe yu guanli zhinan (shixing)* 急诊科建设与管理指南 (试行) (Istruzioni sull’istituzione e la gestione di reparti di emergenza - bozza), in “MoH”, 2009, <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohyzs/s3578/200906/41146.htm>, 20/08/2011.

WEISHENG BU BANGONGTING XINWEN BANGONGSHI, 卫生部办公厅新闻办公室, *2008 nian quanguo xinxing nongcun hezuo yiliao gongzuo huiyi baodao huibian ji yuqing fenxi* 2008年全国新型农村合作医疗工作会议报道汇编及舆情分析 (Raccolta di rapporti della conferenza 2008 sull’opera nazionale [di adozione] del nuovo Schema medico cooperativo rurale e analisi dell’opinione pubblica), non pubblicato.

WEISHENG BU RENCAI JIAOLIU FUWU ZHONGXIN 卫生部人才交流服务中心, *Zhongxi bu diqu xinxing nongcun hezuo yiliao zhidu dui weisheng fuwu kejixing de yingxiang - di yi ci kexue weiyuanhui cailiao* 中西部地区新型农村合作医疗制度对卫生服务可及性的影响 - 第一次科学委员会材料 (Ricerca sull’impatto del nuovo Schema medico cooperativo rurale sull’accessibilità del servizio sanitario - materiali del primo comitato scientifico), non pubblicato.

WEISHENG BU TONGJI XINXI ZHONGXIN 卫生部统计信息中心, *1993 nian di yi ci guojia weisheng fuwu diaocha fenxi baogao* 1993年第一次国家卫生服务调查分析报告 (Rapporto sulla prima indagine sul servizio sanitario nazionale, 1993), in “MoH”, 1993, <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohwsbwstjxxzx/s8560/201009/49159.htm>, 30/08/2011.

WEISHENG BU TONGJI XINXI ZHONGXIN 卫生部统计信息中心, *1998 nian di'er ci guojia weisheng fuwu diaocha fenxi baogao* 1998年第二次国家卫生服务调查报告 (Rapporto sulla seconda indagine sul servizio sanitario nazionale, 1998), in “MoH”, 1998,

<http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohwsbwstjxxzx/s8560/201009/49160.htm>, 10/05/2011.

WEISHENG BU TONGJI XINXI ZHONGXIN 卫生部统计信息中心, 2008 nian di si ci jiating jiankang xunwen diaocha fenxi baogao 2008年第四次家庭健康询问调查分析报告 (Rapporto sulla quarta indagine familiare sullo stato di salute, 2008), Beijing, Zhongguo xiehe yike daxue chubanshe, 2009.

WEISHENG BU TONGJI XINXI ZHONGXIN 卫生部统计信息中心, 2008 nian di'er ci guojia weisheng fuwu diaocha fenxi baogao 2008年第四次国家卫生服务调查报告“ (Rapporto sulla quarta indagine sul servizio sanitario nazionale, 2008), in “MoH”, 2008, <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohwsbwstjxxzx/s8560/201009/49165.htm>, 10/05/2011.

WHITE, Gordon, “Corruption and the Transition from Socialism in China”, *Journal of Law and Society*, 23, 1 (1996), pp. 149-169.

WHITEHEAD, Margaret, DAHLGREN, Göran, EVANS, Timothy, “Equity and Health Sector Reforms. Can Low-Income Countries Escape the Medical Poverty Trap?”, *The Lancet*, 358 (2001), pp. 833-836.

WINSLOW, Charles-Edward Amory, “The Untitled Fields of Public Health”, *Science*, 51 (1920), p. 20.

WOMACK, Brantly, “Modernization and Democratic Reform in China”, *The Journal of Asian Studies*, 43, 3 (1984), pp. 417-439.

WORLD BANK (WB), “Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform”, in “World Bank”, 1986, <http://go.worldbank.org/I3YX1MJGZ0>, 20/11/2011.

WORLD BANK (WB), “Rural Health Project Appraisal Document”, in “WB”, 2008, [http://web.worldbank.org/external/projects/main?menuPK=51447259&pagePK=51351007&piPK=64675967&theSitePK=40941&menuPK=64187510&searchMenuPK=51351213&theSitePK=40941&entityID=000333037\\_20080610025848&searchMenuPK=51351213&theSitePK=40941](http://web.worldbank.org/external/projects/main?menuPK=51447259&pagePK=51351007&piPK=64675967&theSitePK=40941&menuPK=64187510&searchMenuPK=51351213&theSitePK=40941&entityID=000333037_20080610025848&searchMenuPK=51351213&theSitePK=40941), 31/03/2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), “Alma-Ata 1978 Primary Health Care”, *Health for all Series*, 1 (1978), s.i.p..

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), “Declaration of Alma Ata”, in “WHO”, 1978, [www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf), 29/08/2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Primary Health Care: The Chinese Experience*, Geneva, WHO, 1983.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION(WHO), *The WHO Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance*, Geneva, WHO, 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health*, Geneva, WHO, 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), "Summary Table of SARS Cases by Country, 1 November 2002 - 7 August 2003", in "WHO", 2004, [http://www.who.int/csr/sars/country/2003\\_08\\_15/en/index.html](http://www.who.int/csr/sars/country/2003_08_15/en/index.html), 10/06/2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), "Implementing the New CMS in Rapidly Changing China. Issues and Options", in "WHO", 2004, [http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/68DA93DB-9D5C-4637-9EB8-C3CBC89C9A9F/0/rcms\\_en.pdf](http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/68DA93DB-9D5C-4637-9EB8-C3CBC89C9A9F/0/rcms_en.pdf), 10/04/2008.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *China: Health, Poverty and Economic Development*, Beijing, WHO, 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), "National Accounts Series - March 2009", in "WHO", 2009, <http://www.who.int/nha/country/chn/en/>, 31/03/2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), "World Health Statistics 2011", in "WHO", 2011, <http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html>, 25/11/2011.
- XIE, Jipan, DOW, William H., "Longitudinal Study of Child Immunization Determinants in China", *Social Science & Medicine*, 61, 3 (2005), pp. 601-611.
- XINHUA, "China to Upgrade Health Ministry to Better Monitor Food and Drug Safety", in "Xinhua Net", 2008, [http://news.xinhuanet.com/english/2008-03/11/content\\_7766320.htm](http://news.xinhuanet.com/english/2008-03/11/content_7766320.htm), 11/05/2011.
- XINHUA, "Chinese Citizens Up For Debate Over Healthcare Reform", in "Xinhua Net", 2008, [http://news.xinhuanet.com/english/2008-10/15/content\\_10199688.htm](http://news.xinhuanet.com/english/2008-10/15/content_10199688.htm), 01/03/2011.
- XINHUA, "China to Transform Growth Pattern, Explore New Development Model: Vice Premier", in "Xinhua Net", 2010, [http://news.xinhuanet.com/english2010/china/2010-01/29/c\\_13156123.htm](http://news.xinhuanet.com/english2010/china/2010-01/29/c_13156123.htm), 31/03/2010.
- XINHUA, "Vice Premier Calls for Advancing China's Health Care Reforms Against All Odds", in "Xinhua Net", 2011, [http://news.xinhuanet.com/english2010/china/2011-01/20/c\\_13698374.htm](http://news.xinhuanet.com/english2010/china/2011-01/20/c_13698374.htm), 09/06/2011.

- YANG, Tuan, *Social Policy in China*, Beijing, Social Policy Research Center – Institute of Sociology, CASS, 2003.
- YANG Tuan 杨团, *Zhongguo shehui zhengce yanjiu shi nian lunwenxuen 1999-2008*, 中国社会政策研究十年论文选, 1999 – 2008 (Dieci anni di ricerca sulle politiche sociali. Saggi scelti 1999 – 2008), Beijing, Shehui kexue wenxian chuban, 2009.
- YANG, Guangbin, “Interest Groups in China’s Politics and Governance”, *East Asian Institute Background Brief*, 361 (2007), s.i.p..
- YANG, Guobin, “The Internet and Civil Society in China: A Preliminary Assessment”, *Journal of Contemporary China*, 12, 36 (2003), pp. 453–475.
- YANG, Jinqing, “Serve the People. Communist Ideology and Professional Ethics of Medicine in China”, *Health Care Analysis* 18, 3 (2010), pp. 294-309.
- YANG, L. Dali, *Remaking the Chinese Leviathan: Market Transition and Politics of Governance in China*, Stanford, Stanford University Press, 2004.
- YAO, Hsun-Yuan, “The Second Year of the Rural Experiment in Ting Hsien, China” , *The Milbank Memorial Fund Quarterly Bulletin*, 10, 1 (1932), pp. 97-108.
- YIP, Ka-Che, “Health and Nationalist Reconstruction: Rural Health in Nationalist China”, 1928-1937, *Modern Asian Studies*, 26, 2 (1992), pp. 395-415.
- YIP, Winnie, “P4P and China’s Health Care Reform: Current State, Opportunities and Challenges”, in “Performance Based Financing”, 2011, <http://performancebasedfinancing.files.wordpress.com/2011/05/cerdi-china-may-11-2011.ppt>, 20/12/2011.
- YIP, Winnie, HSIAO, William, “The Chinese Health System at a Crossroads”, *Health Affairs*, 27, 2 (2008), pp. 460-468.
- YU, Xingzhong, “Citizenship, Ideology and the PRC Constitution”, in Merle GOLDMAN, Elizabeth PERRY, *Changing Meanings of Modern Citizenship in Modern China*, Cambridge (MA), Harvard University Press, 2002, pp. 289-329.
- YU, Xuan *et al.*, “Pharmaceutical Supply Chain in China. Current Issues and Implications for Health System Reform”, *Health Policy* 97, 1 (2010), pp. 8–15.
- ZANASI, Margherita, “Far from the Treaty Ports. Fang Xianting and the Idea of Rural Modernity in 1930s China”, *Modern China*, 30, 1 (2004), pp. 113-146.

ZHAN, Shaokang, WANG, Lanxiang, YIN, Aitan, BLAS, Erik, "Revenue-Driven in TB Control. Three Cases in China", *International Journal of Health Planning and Management*, 19, S1 (2004), pp. 63–78.

ZHANG, Junhua, "The Progress of Chinese Health Reform", relazione resa nel corso del seminario *Developing Welfare Instruments for the Health Care Sector: Reform Perspectives from the P.R.China*, Dipartimento di Studi sull'Asia Orientale, Università Ca' Foscari di Venezia, 31 maggio 2010.

ZHAO, Ziyang, *Prisoner of the State. The Secret Journal of Chinese Premier Zhao Ziyang*, New York, Simon & Schuster, 2009.

ZHENG, Yongnian, "Interest Representation and the Transformation of the Chinese Communist Party", *Copenhagen Journal of Asian Studies*, 16 (2002), pp. 57-85.

ZHONGGONG ZHONGYANG 中共中央, *Zhonggong zhongyang guanyu quanguo nongcun weisheng gongzuo shanxi jishan xianchang huiyi qingkuang de baogao, zhongfa 1960, 70 hao* 中共中央关于全国农村卫生工作山西稷山现场会议情况的报告, 中发 1960年 70号 (Rapporto del Comitato Centrale del PCC sulla conferenza nazionale di Jishan-Shanxi sullo stato attuale dell'opera sanitaria rurale, Centr. 1965, No.70).

ZHONGGONG ZHONGYANG, GUOWUYUAN 中共中央, 国务院, *Zhonggong zhongyang, guowuyuan guanyu shixing zhengshe fenkai jianli xiang zhengfu de tongzhi, zhongfa 1983 nian, 35 hao* 中共中央、国务院关于实行政社分开建立乡政府的通知, 中发 1983年 35号 (Circolare del Comitato Centrale e del Consiglio di Stato sulla separazione di governo amministrativo e comuni popolari e sull'istituzione dei governi di *township*, Centr. 1983 No. 35).

ZHONGGONG ZHONGYANG, GUOWUYUAN 中共中央, 国务院, *Zhonggong zhongyang, guowuyuan guanyu jin yi bu jiaqiang nongcun weisheng gongzuo de jue ding, zhongfa, 2002 nian, 13 hao* 中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定, 中发 2002年13号 (Risoluzione del Comitato Centrale e del Consiglio di Stato sull'ulteriore rafforzamento dell'opera sanitaria rurale, Centr., 2002 No.13).

ZHONGGONG ZHONGYANG, GUOWUYUAN 中共中央, 国务院, *Zhonggong zhongyang, guowuyuan guanyu shenhua yiyao weisheng tizhi gaige de yijian, zhongfa 2009 nian, 6 hao* 中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见, 中发 2009年, 6号 (Suggerimenti del Comitato Centrale e del Consiglio di Stato sull'ulteriore rafforzamento della riforma del sistema sanitario, Centr., 2009 No.6).

ZHONGGUO GONGCHANDANG HENGSHUI SHI WEIYUANHUI 中国共产党衡水市委员会, *Zhongguo gongchandang hengshuishi weiyuanhui guanyu xiang kangji feidian xianjin jiti he xianjin geren xuexi de jueding, 2003 nian 7 yue 1 ri* 中国共产党衡水市委员会 关于向抗击非典先进集体和先进个人学习的决定, 2003年7月1日 (Risoluzione del Comitato di partito del Pcc della prefettura di Hengshui circa lo studio di gruppo e individuale per il contrasto della SARS).

ZHONGGUO WEISHENG JINGJI XUEHUI MISHUCHU 中国卫生经济学会秘书处, *Nongcun weisheng gaige yu fazhan yantaohui. Lunwenji* 农村卫生改革与发展研讨会 - 论文集 (Materiali della conferenza sullo sviluppo e riforma della sanità rurale), Beijing, Zhongguo weisheng jingji xuehui mishuchu, 2006.

ZHONGGUO WEISHENG JINGJI XUEHUI MISHUCHU 中国卫生经济学会秘书处, *Xinxing nongcun hezuo yiliao lunwen huibian* 新型农村合作医疗论文汇编 (Raccolta di materiali sul Nuovo schema medico cooperativo), Beijing, Zhongguo weisheng jingji zazhi she, 2005.

ZHONGGUO WEISHENG NIANJIAN BANGONGSHI 中国卫生年鉴办公室, *2006 nian zhongguo weisheng nianjian* 2006年中国卫生年鉴 (Annuario della sanità cinese 2006), Beijing, Renmin Weisheng Chubanshe, 2006.

ZHOU, Xiaonong *et al.*, "The Current Status of Schistosomiasis Epidemics in China", *National Institute of Parasitic Diseases*, 25, 7 (2004), pp. 555-558.

ZHU, Xufeng, "The Influence of Think Tanks in the Chinese Policy Process: Different Ways and Mechanisms", *Asian Survey*, 49, 2 (2009), pp. 333-357.





Università  
Ca' Foscari  
Venezia

**DEPOSITO ELETTRONICO DELLA TESI DI DOTTORATO**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(Art. 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e relative modifiche)

Io sottoscritto ..... DANIELE BROMBAL .....  
nato.. a ..... BELLUNO ..... (prov. BL.) il 22-12-1982 .....  
residente a PONTE NELLE ALPI in VIALE DOLOMITI n. 112/B  
Matricola (se posseduta) 955603 Autore della tesi di dottorato dal titolo:  
LA SANITA' RURALE CINESE: INTERESSI PRIVATI  
E NECESSITA' SOCIALI NELL'ERA DI HU JINTAO  
E WEN JIABAO  
Dottorato di ricerca in LINGUE, CULTURE E SOCIETA'  
(in cotutela con ..... / .....)  
Ciclo XXIV  
Anno di conseguimento del titolo 2012

**DICHIARO**

di essere a conoscenza:

- 1) del fatto che in caso di dichiarazioni mendaci, oltre alle sanzioni previste dal codice penale e dalle Leggi speciali per l'ipotesi di falsità in atti ed uso di atti falsi, decado fin dall'inizio e senza necessità di nessuna formalità dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di tali dichiarazioni;
- 2) dell'obbligo per l'Università di provvedere, per via telematica, al deposito di legge delle tesi di dottorato presso le Biblioteche Nazionali Centrali di Roma e di Firenze al fine di assicurarne la conservazione e la consultabilità da parte di terzi;
- 3) che l'Università si riserva i diritti di riproduzione per scopi didattici, con citazione della fonte;
- 4) del fatto che il testo integrale della tesi di dottorato di cui alla presente dichiarazione viene archiviato e reso consultabile via Internet attraverso l'Archivio Istituzionale ad Accesso Aperto dell'Università Ca' Foscari, oltre che attraverso i cataloghi delle Biblioteche Nazionali Centrali di Roma e Firenze;
- 5) del fatto che, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presentazione viene resa;
- 6) del fatto che la copia della tesi in formato elettronico depositato su supporto digitale presso la segreteria didattica del dipartimento di riferimento del corso di dottorato in due copie di cui una da trasmettere alle Biblioteche Nazionali Centrali di Roma e Firenze, è del tutto corrispondente alla tesi in formato cartaceo, controfirmata dal tutor, consegnata presso la segreteria didattica del dipartimento di riferimento del corso di dottorato ai fini del deposito presso l'Archivio di Ateneo, e che di conseguenza va esclusa qualsiasi responsabilità dell'Ateneo stesso per quanto riguarda eventuali errori, imprecisioni o omissioni nei contenuti della tesi;
- 7) del fatto che la copia consegnata in formato cartaceo, controfirmata dal tutor, depositata nell'Archivio di Ateneo, è l'unica alla quale farà riferimento l'Università per rilasciare, a richiesta, la dichiarazione di conformità di eventuali copie;

Data 31-01-2012

Firma Daniele Brombal



## NON AUTORIZZO

l'Università a riprodurre ai fini dell'immissione in rete e a comunicare al pubblico tramite servizio on line entro l'Archivio Istituzionale ad Accesso Aperto la tesi depositata per un periodo di 12 (dodici) mesi a partire dalla data di conseguimento del titolo di dottore di ricerca.

## DICHIARO

- 1) che la tesi, in quanto caratterizzata da vincoli di segretezza, non dovrà essere consultabile on line da terzi per un periodo di 12 (dodici) mesi a partire dalla data di conseguimento del titolo di dottore di ricerca;
- 2) di essere a conoscenza del fatto che la versione elettronica della tesi dovrà altresì essere depositata a cura dell'Ateneo presso le Biblioteche Nazionali Centrali di Roma e Firenze dove sarà comunque consultabile su PC privi di periferiche; la tesi sarà inoltre consultabile in formato cartaceo presso l'Archivio Tesi di Ateneo;
- 3) di essere a conoscenza che allo scadere del dodicesimo mese a partire dalla data di conseguimento del titolo di dottore di ricerca la tesi sarà immessa in rete e comunicata al pubblico tramite servizio on line entro l'Archivio Istituzionale ad Accesso Aperto.

Specificare la motivazione:

- motivi di segretezza e/o di proprietà dei risultati e/o informazioni sensibili dell'Università Ca' Foscari di Venezia.
- motivi di segretezza e/o di proprietà dei risultati e informazioni di enti esterni o aziende private che hanno partecipato alla realizzazione del lavoro di ricerca relativo alla tesi di dottorato.
- dichiaro che la tesi di dottorato presenta elementi di innovazione per i quali è già stata attivata / si intende attivare la seguente procedura di tutela:

.....;

- Altro (specificare):

.....  
.....  
.....

A tal fine:

- consegno la copia integrale della tesi in formato elettronico su supporto digitale presso la segreteria didattica del dipartimento di riferimento del corso di dottorato in due copie di cui una da trasmettere alle Biblioteche Nazionali di Roma e Firenze e l'altra da versare all'Archivio di Ateneo che si impegna al rispetto del periodo di embargo prima della sua pubblicazione on line nell'Archivio Istituzionale ad Accesso Aperto dell'Università Ca' Foscari;
- consegno la copia integrale della tesi in formato cartaceo presso la segreteria didattica del dipartimento di riferimento del corso di dottorato ai fini del deposito presso l'Archivio di Ateneo.

Data 31-01-2012 ..... Firma Paolo Benke .....

La presente dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta e inviata, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, ovvero tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Firma del dipendente addetto .....

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/03 si informa che il titolare del trattamento dei dati forniti è l'Università Ca' Foscari - Venezia.

I dati sono acquisiti e trattati esclusivamente per l'espletamento delle finalità istituzionali d'Ateneo; l'eventuale rifiuto di fornire i propri dati personali potrebbe comportare il mancato espletamento degli adempimenti necessari e delle procedure amministrative di gestione delle carriere studenti. Sono comunque riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 D. Lgs. n. 196/03.



*Estratto per riassunto*

**Studente:** Daniele Brombal

**Matricola:** 955603

**Dottorato:** Lingue, culture e società

**Ciclo:** 24

**Titolo della tesi:** La sanità rurale cinese: interessi privati e necessità sociali nell'era di Hu Jintao e Wen Jiabao

**Estratto (ITA):** L'ipotesi di lavoro di questo studio consiste nel considerare la costituzione di gruppi di interesse economico quale elemento capace di influenzare l'implementazione delle politiche sanitarie nella Cina contemporanea, limitando la capacità di Pechino di perseguire obiettivi strategici di sviluppo sociale. Per verificare tale ipotesi, viene proposto un *case study* sulla sanità rurale, illustrando con quali modalità e in che misura interessi privati abbiano ostacolato le misure varate nell'ultimo decennio con l'intento di garantire più equo accesso alle cure. Sulla base dell'analisi dell'interazione fra sfera pubblica e privata, vengono infine individuate possibili piattaforme di articolazione dell'interesse economico, potenzialmente in grado di influenzare il processo decisionale in ambito sanitario. Il lavoro proposto si basa in larga misura su materiali raccolti sul campo fra 2008 e 2011 attraverso interviste mirate, testimonianze spontanee e osservazione non partecipante. Tali dati sono stati analizzati in modo qualitativo, costruendo un discorso critico attorno all'ipotesi di partenza.

**Abstract (ENG):** The present research is based on the hypothesis that the constitution of economically driven interest groups is currently exerting an influence on the implementation process of Chinese health policies, curtailing the capacity of the central government to pursue its strategical goals in terms of social development. This hypothesis is verified through a case study on health care provision in rural China, describing through which modalities and to what extent private interests have hampered the implementation of measures which in the last decade were taken by Beijing in order to ensure more equitable access to health care services. Based on the analysis of the interaction between the public and private spheres, this study also identifies possible interest articulation avenues, through which economically driven interests might be able to influence the decision making process. This work draws largely on evidences collected during fieldwork carried out between 2008 and 2011. Materials collected on field consist of interviews, personal accounts and non-participant observation. Data were analyzed qualitatively, building a critical discourse aimed at verifying the research hypothesis.

*Firma del Coordinatore del Dottorato*

*Firma del Tutore del dottorando*

*Firma dello studente*