Università
Ca'Foscari
Venezia

Corso di Laurea magistrale in
Interpretariato e Traduzione Editoriale, Settoriale
(Ordinamento ex D.M. 270/2004)

Tesi di Laurea

Il sistema sanitario cinese: aspetti etici e dinamiche relazionali.

Con proposta di traduzione e commento di articoli specialistici

Relatore
Chiar.ma Prof.ssa Nicoletta Pesaro

Correlatore
Chiar.mo Prof. Daniele Brombal

Laureanda
Sofia Valentini
Matricola 989246

Anno Accademico
2017 / 2018

Ai miei genitori.

Indice

Abstract **8**

摘要 **9**

Introduzione **10**

Capitolo I: Il sistema sanitario cinese **12**

I.1 Definizione di sistema sanitario **12**

I.2 Principi per investigare un sistema sanitario **15**

I.2.1 Il "triangolo di ferro" *15*

I.2.2 La Cina nel "triangolo di ferro" *16*

I.2.3 Quadri analitici e loro applicazione alle transizioni avvenute in Cina *17*

I.3 La storia del sistema sanitario cinese **19**

I.3.1 Alle origini della sanità in Cina *19*

I.3.2 Il sistema sanitario di epoca maoista (1949/1978) *20*

I.3.3 Il sistema sanitario all'epoca delle riforme (1978/2002) *24*

I.3.4 Il sistema sanitario di una "società armoniosa" (2002/2012) *33*

I.3.5 Riforme e sviluppi recenti *39*

I.3.6 "Healthy China 2030" *41*

I.4 Tra mercato e stato **41**

Capitolo II: Il circolo vizioso del sistema sanitario cinese **44**

II.1 La diffusione di tendenze malsane **44**

II.2 Il rapporto di (s)fiducia tra medico e paziente **46**

II.2.1 Proposta di traduzione *52*

II.3 Le *guanxi* nella pratica medica **71**

II.4 Il fenomeno delle *hongbao* sanitarie **75**

II.4.1 Proposta di traduzione *79*

Capitolo III: Uscire dal circolo vizioso **87**

III.1 Ristabilire la fiducia tra medico e paziente **88**

III.1.1 Livello sociale *88*

III.1.2 Livello istituzionale *90*

II.1.3 Livello interpersonale *92*

III.2 Medicina: la scienza e l'arte ("dell'umanità") **94**

III.2.1 Professionalità, etica medica e valori confuciani *95*

III.2.2 Proposta di traduzione *99*

III.3 Conclusioni **102**

Capitolo IV: Commento alle traduzioni **104**

IV.1 Tipologia testuale **105**

IV.2 Dominante e sottodominante **108**

IV.2.1 Dominante *110*

IV.2.2 Sottodominante *111*

IV.3 Lettore Modello **112**

IV.3.1 Lettore Modello del prototesto *113*

IV.3.2 Lettore Modello del metatesto *114*

IV.4 Macrostrategia: coesione, coerenza e sistematicità **115**

IV.5 Struttura grafica **116**

IV.6 Fattori lessicali **118**

IV.6.1 Realia *118*

IV.6.2 Nomi propri *120*

IV.6.3 Lessico tecnico *120*

IV.6.4 Lessico straniero *121*

IV.7 Fattori morfosintattici **124**

IV.7.1 Sintassi *124*

IV.7.2 Trattamento dei verbi *132*

IV.8 Fattori culturospecifici **137**

IV.8.1 Chengyu e altre espressioni idiomatiche *138*

IV.9 Note del traduttore **140**

IV.10 Conclusioni **141**

Glossari **142**

Bibliografia **149**

Ringraziamenti **153**

Elenco di figure e tabelle

Figure

1. Il "triangolo di ferro" 16
2. Empirical relationships between transitions 19
3. Copertura assicurativa del totale della popolazione (%) 2003-2008 35
4. Espansione dell'assicurazione 2005/2012 38
5. Number of Registered Physician per 1.000 Chinese citizens (1990-2011) 38

Tabelle

1. Comparison of resources and services use between rural and urban areas 22
2. Struttura di erogazione del sistema sanitario nelle aree rurali 22
3. Comparison of cooperative medical system and fee-for-service system 27
4. National health expenditures by source (1978/2005) 32

Lista di acronimi e sigle

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome

AMBLU – Assicurazione medica di base per i lavoratori urbani

AMBRU – Assicurazione medica di base per i residenti urbani

APEC – Asia-Pacific Economic Cooperation

CMDA – Chinese Medical Doctor Association

FFS – Fee-for-service

GDP – Gross domestic product

HIV – Human Immunodeficiency Virus

NHIS – National Health Interview Survey

OMS – Organizzazione mondiale della sanità

PCC – Partito comunista cinese

PIL – Prodotto interno lordo

PUMCH – Peking Union Medical College Hospital

RMB – Renminbi (valuta della Repubblica Popolare Cinese)

ROD – Raggruppamenti omogenei di diagnosi

RPC – Repubblica Popolare Cinese

SAG – Schema Assicurativo Governativo

SAL – Schema Assicurativo del Lavoro

SARS – Severe Acute Respiratory Syndrome

SMC – Schema medico cooperativo

SMCR – Schema medico cooperativo rurale

WFPTS – Wake Forest Physician Trust Scale

Abstract

The present thesis is intended to analyze some challenging and controversial aspects and dynamics of the Chinese Healthcare System. The research work was carried out through the reading of (and the following reflections and re-elaboration inspired by) some specialized books and articles of both Western and Chinese experts. Three of these articles are in Chinese language. They are provided in the present work through the translation proposals of the author (integral for the first two and partial for the third).

We first provide an overview of the history and evolution of the Chinese Healthcare System, from 1949 till the present. A definition of health system is given, followed by some considerations on the possible models and analytical frameworks to be employed in the analysis of a health system. The achievements, limits and failures of the healthcare reforms implemented by the different Chinese administrations are also reported.

Secondly, we explore the current situation. Some alarming and peculiar mechanisms and dynamics – which undermine the regular functioning of the Chinese Healthcare System – are taken into consideration and analyzed. Special attention is reserved to the crisis of patient-physician trust relationship and to two connected and "specifically-Chinese" phenomena: "the *hongbao* donation in medical practice" and "the seeking healthcare thorough medical *guanxi* behavior". These dynamics – together with other deeper and long-rooted processes – gave origin to (and are part of) a self-perpetuating vicious circle which generates further mistrust and fuels some "unhealthy practices".

Finally, in the last section of the research work we try to find a way out of this vicious circle. The factors which generate the crisis of trust in patient-physician relationship are analyzed at the societal, institutional, and interpersonal levels. Some prospects and solutions are proposed to mitigate the situation. Among them: the idea of integrating modern and Confucian traditional medical ethics (especially the concept of "medicine as the art of humanity") to create an ethical code of conduct for Chinese health professionals.

The last section is reserved to the translation commentary and analysis of the three articles translated.

摘要

本篇论文的目的是研究和分析有关中国医疗保健体系的一些相当复杂并且备受争议的方面与现象。研究工作尤其是通过对一些国外内关于医疗卫生系统专家的专题论文和著作进行阅读和思考，并在此基础上进行合理推理。其中，有三篇文章是中国专家以中文写就而成的。本论文选择将其翻译成意大利语，如下：

- 《医患信任关系的特征、现状与研究展望》，
作家：汪新建与王丛，初版：2016 年；

- 《浅析“医疗红包”行为的法律性质》，
作家：赵凌云，裴一飞与杨淑娟，初版：2017 年；

- 《“医乃仁术”的理论结构与当代启示》，
作家：张艳清，张旭平与朱亚杰，初版：2014 年。

论文的第一章主要是一个历史导论。提供了中国医疗体系从一九四九年至今的一个发展演变过程。首先，本文提供了“医疗系统”这一词的合理定义。其次，确定适合调查中国医疗体系的方法与模式。最后，阐释历代政府所施行过的不同的医疗改革，并指出其成就，差异和存在的问题。

第二章主要是对于现状的讨论，主要是关于一些会危及中国医疗体系的正常运转的比较特殊和严重的现象。本章侧重说明了医患信任关系危机与两个跟中国文化与传统有关系的现象：“关系就医”与“医疗红包”行为。这些现象是体系内与社会中一些宽广与复杂过程的后果。这些过程导致了一个的恶性循环。这种恶性循环同时也带来了其他不信任，滋长了中国医疗体系的不良风气。

论文的第三章提出可打破这种恶性循环的可能方式。首先，重申医患信任关系的重要性：医患关系是医疗专业的基础，这一关系中有无信任是能否促进居民健康的关键因素。其次，从社会，制度和人际关系这三个角度进行有关医患信任关系危机的分析。最后，在分析结论的基础上提出一些有望改善这一现状的可行办法：改革医疗系统；改善医德教育；通过儒家伦理，传统医学与当代医疗的相互融合发展一种适合中国背景的职业道德。本部分也提出一个传统但是又具现代意义的概念，即“医乃仁术”的。

最后一章是关于这三篇译文的翻译分析。

Introduzione

Il presente elaborato si propone di analizzare alcuni aspetti e dinamiche particolarmente controversi e problematici in riferimento al sistema sanitario cinese. Il lavoro di ricerca si è sviluppato principalmente attraverso la lettura ed elaborazione di alcuni libri e articoli specialistici di autori occidentali e cinesi esperti del settore. In particolare, tre degli articoli presi in considerazione sono scritti in lingua cinese e se ne riporta la proposta di traduzione (integrale per i primi due e parziale per il terzo) ad opera di chi scrive.

Contrariamente all'impostazione consueta degli elaborati che – come questo, combinano attività di ricerca e traduzione – si è deciso di non riservare agli articoli tradotti una sezione a sé stante, ma di inserirli all'interno della parte di ricerca in veste di sottoparagrafi, in quanto ritenuti parte integrante del ragionamento e dell'esplorazione dei fenomeni indagati. Sul piano strutturale, la Tesi si articola in quattro sezioni.

Nel primo capitolo, di carattere storico e introduttivo, viene fornita una panoramica sull'evoluzione del sistema sanitario cinese a partire dal 1949 sino ai giorni nostri. "La Storia è una candela maledettamente fioca in un baratro dannatamente buio"[1], eppure (o forse a maggior ragione) è necessario esplorarla: perché per comprendere il presente è innanzitutto necessario comprendere, o almeno conoscere, il passato. Più concretamente, si è rilevata la necessità funzionale e strumentale di fornire al lettore una serie di informazioni imprescindibili relative al sistema sanitario cinese che gli consentano di comprendere le dinamiche e i fenomeni analizzati nei capitoli a seguire. Si cerca di fornire una definizione di sistema sanitario e di individuare dei possibili approcci e modelli per confrontarsi con l'analisi di quello cinese. Di seguito, vengono messe in luce le riforme sanitarie promosse dalle varie amministrazioni. Se ne evidenziano i risultati, i limiti e i fallimenti.

Il secondo capitolo è più propriamente dedicato all'attualità. Vengono presi in considerazione alcuni meccanismi e dinamiche particolarmente preoccupanti e singolari che compromettono il normale funzionamento del sistema sanitario cinese e di conseguenza la salute della popolazione. Particolare attenzione è riservata al rapporto conflittuale e di scarsa fiducia tra medico e paziente e a due fenomeni per molti aspetti peculiari del contesto cinese: le *guanxi* e le *hongbao* sanitarie. Si evidenzia come la crisi di fiducia nella relazione tra medico e paziente sia a un tempo conseguenza e causa di fenomeni e processi

[1] Holt, W. Stull, *Treaties defeated by the senate*, New Jersey, Lawbook Exchange, 2000, p. VI.

più ampi che coinvolgono non solo il settore sanitario, ma anche tutta la società cinese. Queste dinamiche hanno dato origine a un circolo vizioso in cui la sfiducia genera ulteriore sfiducia e alimenta alcune "pratiche malsane" in seno al settore medico (come le *hongbao* e le *guanxi*).

Per meglio comprendere la natura, le caratteristiche e le peculiarità di questi fenomeni viene proposta la traduzione di due articoli: *yihuan xinren guanxi de tezheng, xianzhuang yu yanjiu zhanwang* 医患信任关系的特征, 现状与研究展望 (Wang Xinjian 汪新建, Wang Cong 王丛, 2016) – che esamina il rapporto di fiducia tra medico e paziente in Cina – e *Qian xi "yiliao hongbao" xingwei de falu xingzhi* 浅析"医疗红包"行为的法律性质 (Zhao Lingyun 赵凌云, Fei Yifei 裴一飞, Yang Shujuan 杨淑娟, 2017) – che analizza la natura legale della pratica delle *hongbao* sanitarie.

Nel terzo capitolo si cerca di individuare una possibile via d'uscita da questo circolo vizioso. Si ribadisce che la relazione tra medico e paziente rappresenta le fondamenta stesse della professione medica e che la presenza di fiducia in tale relazione costituisce un elemento indispensabile per la promozione della salute. La crisi di fiducia viene analizzata su tre livelli: sociale, istituzionale e interpersonale. Infine, vengono avanzate una serie di proposte su come mitigare o risolvere la situazione: riforme istituzionali e nella formazione dei medici e promozione di un codice etico che veda l'integrazione dei moderni principi di etica e professionalità medica con quelli legati alla tradizione medica confuciana tra cui, in particolare, il concetto di "medicina come arte dell'umanità".

In riferimento a quest'ultimo concetto si propone la traduzione del primo paragrafo dell'articolo *"Yi nai ren shu" de lilun jiegou yu dangdai qishi* "医乃仁术"的理论结构与当代启示 (Zhang Yanqing 张艳清, Zhang Xuping 张旭平, Zhu Yajie 朱亚杰, 2014).

Il quarto e ultimo capitolo è riservato all'analisi traduttologica dei tre articoli presi in considerazione. Sono stati scritti da autori diversi e affrontano temi che, seppur relativi al sistema sanitario cinese, sono tra loro molto diversi. Nonostante alcune evidenti differenze, è ragionevole ricondurli tutti ad una medesima tipologia testuale: si tratta di testi argomentativi e informativo-espositivi che si propongono di spiegare, analizzare e formulare ipotesi in riferimento a determinati fenomeni, tendenze e concetti. In considerazione di ciò, si è deciso di definire un commento alla traduzione unico e comune a tutti gli articoli, in cui vengono messe in luce le scelte fatte e le difficoltà incontrate da chi scrive nel corso del processo traduttivo; riportati alcuni esempi concreti ed evidenziate – per similitudine e contrasto – alcune peculiarità.

Capitolo I
Il sistema sanitario cinese

Nel presente capitolo si intende prendere in analisi il sistema sanitario cinese e tracciarne l'evoluzione a partire dal 1949 (anno di fondazione della Repubblica Popolare Cinese – RPC) fino alle riforme e ai risvolti più recenti. Si tratta certamente di un'evoluzione che si inserisce nel più ampio e peculiare contesto storico cinese, in riferimento al quale è necessario rapportarsi con cautela, individuarne i meccanismi e il *modus operandi*, osservando indubbiamente i dati ma anche tenendo conto di aspetti culturali e sociali, i quali – insieme alle persone – rappresentano parte integrante di qualunque storia e sistema elaborato dall'uomo, certamente di quello sanitario. Un sistema dunque in cui agiscono forze diverse ma che – nei limiti evidenti che la vastità dell'argomento implica – ci pare possibile inquadrare nel suo insieme rintracciandone gli sviluppi, le mancanze e le prospettive.

A tale scopo, riteniamo opportuno e neanche troppo scontato individuare innanzitutto una definizione di "sistema sanitario". Definire significa spesso comprendere (o cercare di farlo) in quanto una definizione, soprattutto se di difficile formulazione, può evidenziare aspetti non considerati o sottostimati; è in ogni caso vettore di informazioni e implicazioni ben precise e può avere talvolta persino effetto mobilitante.[1]

I.1 Definizione di sistema sanitario

Il termine "sistema sanitario" viene ampiamente utilizzato all'interno del discorso internazionale (e nazionale) relativo alla salute globale. I diversi sistemi sanitari son stati variamente analizzati, valutati e comparati. Eppure, non si è trovata una definizione univoca, coerente e condivisa di questa espressione. In effetti, essa è prodotto della combinazione di due termini altrettanto sfuggenti e dibattuti: "sistema" e "salute".[2]

[1] In riferimento alle implicazioni della definizione di "sistema sanitario" il professore e ricercatore William C. Hsiao evidenzia come: "The ambiguous concepts and meanings of a health system have caused confusion in public debate and misled policy deliberations. Policy makers have a specific interest in the development of an adequate and consistent definition that will enable them to understand what instruments (interventions) are likely to improve the performance of a health system." – Hsiao, William C., "What is a Health System? Why should we care?", August 2003, p. 1. Disponibile all'indirizzo: https://www.mediastudies.fpzg.hr/_download/repository/Hsiao2003.pdf (ultima consultazione: 19/12/2018).

[2] "Sanitario" significa di fatto "relativo alla sanità", quindi "di salute" (si pensi all'inglese *Health System*).

In base alla definizione fornita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il concetto di "salute" sarebbe da intendersi come "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia o infermità". Tale formulazione, approvata il 22 luglio del 1946, ha rappresentato una delle definizioni pubbliche di salute maggiormente condivise e note, oltre che un deciso rovesciamento del concetto riduzionista, che intendeva la salute come assenza di malattia. È forse interessante interrogarsi su come sia stato possibile in quel momento passare da un'immagine di salute palesemente riduttiva, ma rassicurante e condivisa, ad una così ampia, ideale e inevitabilmente utopica.[3] È di certo utile ricordare la fase storica in cui si genera tale definizione: si tratta dell'immediato dopo guerra ed è quindi probabile che il potente desiderio di guardare al futuro con ottimismo e speranza, dopo anni di distruzione e morte, abbia favorito lo sviluppo di una formulazione insieme semplice e complessa, comprensibile ad ogni persona, estendibile a tutta la collettività e avente carattere ideale e mobilitante.[4]

Le critiche a questa definizione son state numerose sin dalla sua formulazione, ma in tempi recenti è stata da più parti evidenziata l'esigenza di un suo superamento e abbandono in favore di proposte più realistiche e complete.[5] Non entrando ora nel merito di un dibattito tanto esteso e in costante evoluzione, ci pare ora sufficiente sottolineare l'impossibilità di una formulazione unica che sia a un tempo esauriente, completa e globalmente valida. È verosimile che una singola definizione non possa contenere le proprietà potenziali e tutte le dimensioni di questo concetto.

L'altro termine di difficile definizione è quello di "sistema". Come suggerito da Burns e Liu, esso potrebbe essere inteso come "unità complessa composta di diverse parti interdipendenti che svolgono funzioni diverse, sono tra loro interconnesse nell'elaborazione di tre processi (*input*, *throughput* e *output*) e quindi integrate secondo un modello olistico."[6] Contrariamente a quanto visto per il concetto di salute, quello di "sistema" si presenta come definizione onnicomprensiva e in qualche modo categorica, tanto da indurci a dubitare che essa possa corrispondere alla reale struttura di un qualunque sistema elaborato dall'uomo. Sarebbe dunque interessante, in altra sede, chiedersi se possa

---

[3] Ingrosso, Marco, "Il dibattito sulle nuove definizioni di salute: riflessioni e proposte" in *La cura complessa e collaborativa. Ricerche e proposte di Sociologia della cura*, Roma, Aracne, 2018. Testo consultato all'indirizzo: http://www.assimss.it/files/ASSIMSS-AGORA--2---Saggio-Ingrosso-Marco--Il-dibattito-sulle-nuove-definizioni-di-salute-.pdf, p. 2 (ultima consultazione: 19/12/2018).

[4] *Ibidem.*

[5] Per ulteriori approfondimenti in riferimento al dibattito sulla defezione di salute si veda: Hsiao, "What is a Health…", cit., pp. 1-5 *passim*, Ingrosso, *op. cit.*, pp. 2-15 *passim*.

[6] Burns, Lawton Robert, Liu, Gordon G., *China's Healthcare System and Reform*, Cambridge (UK), Cambridge University Press, 2017, p. 6.

davvero esistere in un qualche paese un sistema (inteso in questi termini) sanitario (quindi capace di provvedere alla salute nella complessità delle dimensioni che essa implica).

L'OMS fornisce una spiegazione più semplice ma anche maggiormente inclusiva di sistema sanitario, definendolo come insieme di "tutte le attività il cui scopo primario è quello di promuovere, ristabilire o mantenere la salute". Tale definizione si riferisce non soltanto alle istituzioni e ai protagonisti del settore, ma include anche attività a tutela dell'ambiente naturale e urbano, prevenzione ed educazione sanitaria.

I sistemi sanitari, al pari di altri sistemi socioeconomici, prendono forma all'interno di contesti storici, culturali e politici per forza di cose unici. Non di meno, ogni sistema si struttura attraverso una serie di azioni e non-azioni mirate al raggiungimento di obiettivi sociali. Essi dunque esistono ed evolvono per soddisfare tali obiettivi. "A health system is a means to an end."[7] In base a questa logica, una proposta che ci pare esaustiva e coerente è quella fornita dal professor William C. Hsiao:

> In sum, a health system, defined for policy purposes and economic research, is a set of relationships in which the primary variables are causally associated and linked with the outcomes. […] A health system is defined by those principal casual components that can explain the system's outcomes. These components can be utilized as policy instruments to alter the outcomes.[8]

Intenderemo ora più semplicemente un sistema sanitario nazionale come "sistema" dotato di risorse e strutturato in numerosi settori interconnessi in cui agiscono istituzioni e organizzazioni pubbliche e private, e il cui scopo ultimo è identificabile in termini di tutela della salute pubblica, protezione finanziaria e soddisfazione degli utenti.[9]

Dimostrandosi la ricerca di una semplice formulazione un'opera tanto complessa, risulta evidente che cimentarsi nell'analisi di un sistema sanitario richieda un approccio insieme prudente e ben definito. In virtù di ciò, prima di ripercorrere la storia del sistema sanitario cinese, si è pensato di riportare un possibile modello d'indagine in base al quale un sistema sanitario di un altro paese viene analizzato attraverso l'applicazione di una serie di principi considerati invariabili, indipendentemente dal quadro culturale di riferimento.[10]

---

[7] Hsiao, "What is a Health…", cit., p. 3.
[8] *Ivi*, p. 5.
[9] Sulla base di questa definizione il professor William C. Hsiao identifica i tre scopi ultimi di un sistema sanitario nei termini di tutela della salute, protezione finanziaria dai rischi e soddisfazione degli utenti – considerando invece aspetti quali accesso, qualità, equità o efficienza come risultati veicolari e intermedi. I cinque componenti (o mezzi) per raggiungere tali risultati vengono identificati in termini di finanziamento, macro-organizzazione per l'erogazione del servizio, forme di pagamento, regolamentazione e persuasione.
[10] Il modello di indagine in questione è quello proposto in Burns, Liu, *op. cit.*, p. 3.

I.2 Principi per investigare un sistema sanitario

Esistono vari metodi per avvicinarsi all'analisi del sistema sanitario di un altro paese. Un possibile approccio è quello di considerarlo nei termini di una serie di principi invariabili (o apparentemente tali) e dunque applicabili a prescindere dai diversi contesti. Per questioni logistiche, di seguito elenchiamo soltanto alcuni dei principi esistenti: confronto – in termini di analogie e differenze – con il sistema sanitario del proprio paese (*comparisons and contrasts*); confronto con un sistema sanitario che sembra trovarsi in uno stadio di sviluppo simile; applicazione di una serie di quadri di analisi (*anlytical frameworks*); principio del fallimento del mercato (*market failure*); principio per cui costi e aspettative sono in perenne ascesa di fronte ad una limitata capacità di provvedervi.

Infine, tra i numerosi principi esistenti, abbiamo deciso di soffermarci su quello che Burns e Liu definiscono "triangolo di ferro" (*iron triangle* – vedi *figura 1*), il quale – insieme ad alcuni quadri di analisi – ci sembra particolarmente adatto in relazione al contesto cinese.

I.2.1 Il "triangolo di ferro"

Un principio certamente invariabile consiste nel fatto che qualunque sistema sanitario aspiri a raggiungere il più alto livello possibile in termini di efficienza ed efficacia. L'efficienza si concretizza in tre principali aspetti: garanzia d'accesso al servizio sanitario; promozione di un servizio sanitario di qualità; controllo dei costi sanitari. L'efficacia si riflette invece nei tre risultati corrispondenti: soddisfazione dei bisogni; miglioramento delle condizioni sanitarie; protezione finanziaria.[11]

La logica del "triangolo di ferro" è strettamente collegata ai principi di efficacia ed efficienza e si sviluppa partendo dalla premessa per cui il raggiungimento di tali obiettivi è vincolato ad alcuni inevitabili compromessi sul piano sociale.[12] Individuare il giusto equilibrio nel perseguire i tre obiettivi in termini di accesso, qualità e costo (espressi dai vertici del triangolo) rappresenta un punto chiave delle politiche sanitarie nazionali e un complesso dilemma per molti paesi. Infatti:

> If the triangle is an equilateral triangle […] policy initiatives that expand one angle beyond 60 degrees force one or both of the others to contract below 60 degrees. Thus, efforts to promote access to care […] will lead to higher demand for care, rising utilization and higher costs. Similarly, efforts to promote quality by virtue of enabling access to modern technologies […] will also likely raise costs.[13]

---

[11] *Ibidem.*

[12] Tali compromessi possono essere di due tipi: intrasettoriali (tra i diversi obiettivi perseguiti dal settore sanitario rispetto ad altri settori, come quello economico e politico) e intersettoriali (tra i diversi obiettivi perseguiti all'interno del settore sanitario). Per approfondimenti si veda Hsiao, "What is a Health…", cit., p. 8.

[13] Burns, Liu, *op. cit.*, p. 3.

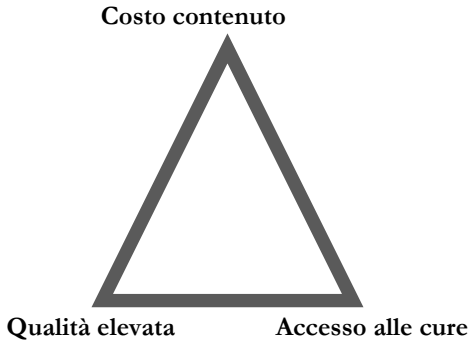

Figura 1 – Il "triangolo di ferro" della salute.[14]

I.2.2 La Cina nel "triangolo di ferro"

Questo discorso ci pare particolarmente attinente alla realtà cinese, in quanto il paese ha promosso più volte nel corso della sua storia delle iniziative volte a risolvere il dilemma del "triangolo di ferro" nell'erogazione del servizio sanitario.

In riferimento ai costi, la spesa sanitaria nazionale ha visto un aumento esponenziale nel corso del nuovo millennio. In termini percentuali di incidenza sul PIL essa è passata dal 4,62% nel 2000 al 5,36% nel 2012, e la spesa sostenuta dal governo è aumentata di quasi 15 punti percentuali nello stesso arco di tempo (passando dal 15,47% al 30,04%).[15] Nonostante ciò, un'ampia fetta della spesa totale è ancora a carico della popolazione e il modello prevalente di pagamento diretto (*fee-for-service – FFS*) si associa ad un inevitabile aumento dei costi. I pagamenti diretti, nonostante siano diminuiti sensibilmente in termini relativi (dal 59,97% nel 2001 al 34,35% nel 2012), sono aumentati in termini assoluti di oltre tre volte nello stesso arco di tempo e rappresentano ancora una componente significativa della spesa sanitaria. Inoltre, il sistema di assicurazione strutturato in tre diversi schemi (SMCR, AMBLU e AMBRU) – di cui si parlerà in seguito – presenta una serie di limiti, iniquità e lacune. Infine, l'impatto reale dell'aumento degli investimenti per la sanità è ancora di dubbia efficacia in termini di adeguata allocazione delle risorse, maggiore accesso e qualità delle cure.

Proprio in riferimento alla qualità, la regolamentazione relativa a personale sanitario, trattamenti e prodotti medici presenta molte mancanze, tra cui una considerevole disomogeneità nel livello di preparazione del personale e un utilizzo eccessivo (se non abuso) di alcune tecnologie di ultima generazione e farmaci particolarmente costosi. In termini di salute della popolazione si evidenziano aspetti discordanti: da un lato, il tasso di

[14] *Ivi*, p. 4.
[15] *Ivi*, pp. 51-52.

mortalità infantile e l'aspettativa di vita si collocano nella media della regione; dall'altro la Cina ha visto uno dei più alti tassi di declino della mortalità e aumento dell'aspettativa di vita.

In riferimento all'accesso, la distribuzione dei fondi governativi è fortemente ineguale tra aree rurali e urbane e tra le diverse regioni. I residenti rurali sostengono costi sanitari più elevati e riscontrano maggiori difficoltà di accesso ai servizi. Particolarmente critica è la situazione dei lavoratori migranti.[16]

È rilevante che pressoché ogni riforma sanitaria implementata in Cina abbia perseguito l'obiettivo di rendere la sanità più sostenibile, di elevata qualità e accessibile a tutti. Nell'ambito del piano di riforma del 2009 si segnalava la necessità di stabilire un sistema sanitario di base universale capace di erogare dei servizi sanitari efficaci, convenienti e a basso costo per tutta la popolazione cinese.[17] È però risultato inverosimile perseguire e raggiungere a un tempo i tre obiettivi. Trovare dei compromessi sociali sembra in ogni caso inevitabile.

I.2.3 Quadri analitici e loro applicazione alle transizioni avvenute in Cina

Un altro modo per approcciarsi a un sistema sanitario è quello di utilizzare dei quadri d'analisi (o *analytical frameworks*). Ne esistono numerosi, per cui ne andremo ad elencare soltanto alcuni che ci paiono particolarmente indicati per la Cina. Tra questi: il quadro dei soggetti del sistema sanitario (*actors framework*) che individua 4 categorie – *providers*, *payers*, *regulators* e *users*; il quadro di funzioni, ostacoli e priorità del sistema (*Functions, Objectives and Priorities framework*); quello che considera un sistema sanitario nei termini dei suoi elementi costituivi di base (*basic building blocks*) – considerati essenziali per il miglioramento delle condizioni sanitarie di un paese. Essi vengono indicati dall'OMS nei termini di: erogazione del servizio, personale sanitario, sistema di informazione sanitaria, tecnologie e prodotti medici, sistema di finanziamento; e così altri ancora.

Dunque, il sistema sanitario cinese potrebbe essere investigato sulla base di ciascuna di queste cornici analitiche, le quali però si presentano come schemi essenzialmente statici.

---

[16] Si fa riferimento ad alcune barriere istituzionali che i lavoratori migranti cinesi incontrano spostandosi dalla propria zona di residenza. In particolare, nel 1958 venne istituito in Cina un sistema di registrazione della residenza (in cinese *hukou* 户口) che, seppure modificato nel corso del tempo, è tutt'oggi in vigore. Lo scopo di tale sistema è quello di distinguere popolazione urbana e rurale, così da controllare e limitare gli spostamenti interni. Oltre a registrare la residenza e a fornire altre informazioni identificative, questo sistema comporta una serie di limiti e ostacoli amministrativi in merito all'accesso a servizi quali educazione e sanità al di fuori della propria zona di residenza. Ad esempio, i lavoratori rurali emigrati in città spesso non possono usufruire dei benefici previsti dalla propria assicurazione sanitaria se non facendo ritorno al proprio *hukou*.

[17] Burns, Liu, *op. cit.*, p. 5.

D'altra parte, è possibile sviluppare un modello dinamico che, utilizzando alcuni di questi quadri analitici, illustri le profonde trasformazioni socioeconomiche ed epidemiologiche avvenute in Cina attraverso la costruzione di sistemi prospettici (vedi *figura 2*). La logica di tale modello risiede nel fatto che il modificarsi di alcuni elementi del contesto socio-ambientale del paese – salute pubblica, stile di vita e investimenti per la sanità – possa avere un impatto sulle condizioni di salute della popolazione. A loro volta le condizioni di salute della popolazione influenzerebbero la crescita economica del paese. Dalle indagini condotte da alcuni ricercatori dell'Università di Pechino (*Beijing daxue* 北京大学) sul pannello dati dei paesi membri dell'APEC (*Asia-Pacific Economic Cooperation*), il legame di interdipendenza tra contesto ambientale, condizioni di salute e andamento economico risulta evidente. Per cui, ad esempio:

> Environmental factors such as access to clean water and sanitation reduce mortality rates, which in turns leads to increase in GDP par capita. Conversely, unhealthy behaviors such as alcohol use reduce life expectancy that in turn reduce GDP par capita. […] Finally, an increase in government's share of spending reduces mortality rates, improves life expectancy and increase household consumption.[18]

Lo studio condotto dall'Università di Pechino ha inoltre riscontrato una relazione positiva tra PIL pro capite e spesa sanitaria pro capite, rafforzando l'evidenza per cui la sanità rappresenta un bene di lusso: la spesa sanitaria nazionale aumenta al crescere della ricchezza nazionale. La relazione è reciproca: maggiori investimenti sanitari promuovono la crescita economica.[19]

Molte delle trasformazioni avvenute in Cina (aumento dell'aspettativa di vita, diminuzione del tasso di mortalità, nuovi stili di vita, urbanizzazione, invecchiamento della popolazione, transizione epidemiologica) hanno l'effetto di aumentare la domanda sanitaria e di copertura assicurativa. In termini molto generali, l'impressionante crescita economica cinese (a una media di nove punti percentuali nei tre decenni passati) – insieme agli effetti diretti e indiretti di tale crescita – ha favorito il radicarsi di "due Cine". Una Cina urbana, tendenzialmente agiata e benestante, con accesso a infrastrutture moderne e servizi di elevata qualità; e una Cina rurale, casa di una popolazione numerosa e povera, il cui accesso alla sanità è ostacolato da diversi fattori (soprattutto economici).

[18] *Ivi*, p. 25.
[19] *Ibidem*.

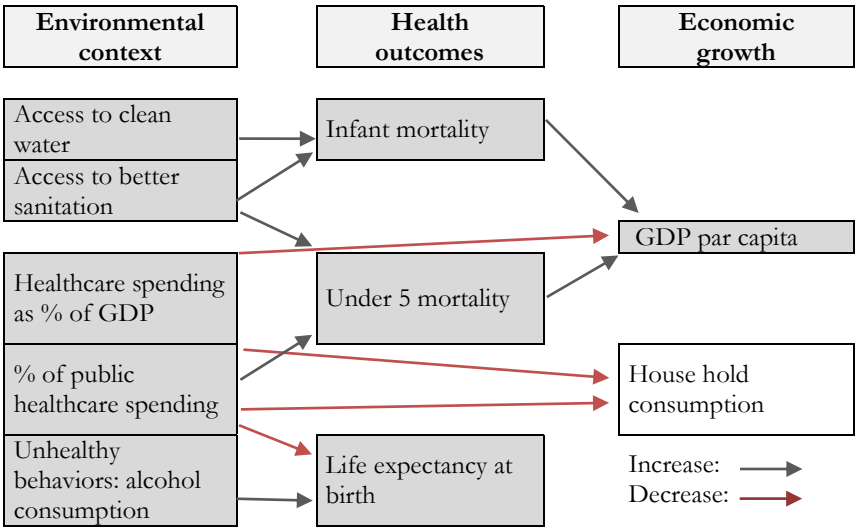

Figura 2 – Empirical relationships between transitions.[20]

I.3 Storia del sistema sanitario cinese

I.3.1 Alle origini della sanità in Cina

Delle forme di assistenza sanitaria esistevano in Cina già 3.000 anni fa, ma la creazione di un sistema sanitario è certamente avvenuta in tempi più recenti (intorno alla metà del XX secolo). All'epoca della Cina Imperiale, la sanità consisteva essenzialmente nella pratica della medicina tradizionale cinese (*zhongyi* 中医) ed era organizzata attraverso cliniche o prestazioni private, o in specifiche istituzioni culturali (come templi e centri di beneficienza). Non esisteva dunque un sistema pubblico di sanità. La sanità era un'attività esclusiva del settore privato e per la tutela della salute veniva conferita grande responsabilità all'individuo e al suo nucleo familiare.

Con l'arrivo dei missionari occidentali, nei primi anni del XIX secolo, venne gradualmente introdotta in Cina la medicina allopatica e delle rudimentali forme di medicina occidentale. Nel tempo la medicina occidentale iniziò a diffondersi come integrazione di quella tradizionale cinese. Nel 1927, venne costruito uno dei primissimi ospedali universitari cinesi, il *Peking Union Medical College Hospital* – PUMCH (*beijing xiehe yiyuan* 北京协和医院).[21]

[20] *Ibidem*.
[21] *Ivi*, p. 31.

I.3.2 Il sistema sanitario di epoca maoista (1949/1978)

A seguito della conquista del potere ad opera del Partito Comunista Cinese – PCC (*zhongguo gongchangdang* 中国共产党), guidato dal suo carismatico e controverso leader Mao Zedong 毛泽东, il paese si rese protagonista di un enorme sforzo volto a ricostruire – dopo anni di guerra civile, fame e devastazione – una "Nuova Cina", orgogliosa e consapevole, decisa ad avviarsi al progresso e alla crescita economica. Per farlo, il PCC decise di adottare – seppure con delle modifiche – il modello sovietico dell'economia pianificata: i possedimenti terrieri vennero gradualmente espropriati; l'agricoltura collettivizzata e l'industria nazionalizzata.[22]

In questo contesto, anche il sistema sanitario divenne oggetto di pianificazione centralizzata e si trasformò in un operoso laboratorio sperimentale, teatro di importanti riforme e trasformazioni. Si andò costituendo un modello di sistema sanitario per molti aspetti tipico dei paesi comunisti del XX secolo, ma la Cina lo dotò di una serie di caratteristiche uniche per rispondere alle necessità di una popolazione numerosa e largamente contadina.[23] Il governo possedeva, finanziava e amministrava tutti gli ospedali: da quelli specializzati e di grandi dimensioni nelle aree urbane, ai piccoli ospedali e cliniche a livello di *township* nelle campagne. Le cliniche e le prestazioni private scomparvero nel giro di poco tempo e i medici – così come il resto del personale sanitario – divennero di fatto impiegati statali.[24]

Nell'agosto del 1950, si tenne la prima Conferenza Nazionale sulla salute (*di yi jie quanguo weisheng dahui* 第一届全国卫生大会), durante la quale vennero identificati i 4 principi guida della riforma sanitaria: servire il popolo (*fuwu renmin* 服务人民); dare priorità alla prevenzione; rafforzare il legame tra medicina tradizionale e medicina allopatica; far corrispondere agli sforzi di miglioramento delle condizioni di salute la mobilitazione delle masse.[25]

Come previsto dai principi guida, il governo cinese pose grande enfasi sulla prevenzione e sull'educazione sanitaria. Sotto la guida del neocostituito Ministero della Sanità (*weisheng bu* 卫生部), vennero organizzate numerose campagne di massa volte a eradicare specifiche malattie infettive (si pensi a schistosomiasi e malaria) o strutturate in programmi diretti ad istruire la popolazione sulle attività sanitarie di base, sulla

---

[22] *Ivi*, p. 32.
[23] Blumenthal, David, Hsiao, William C., "Privatization and its discontents – the evolving Chinese health care system" in *The New England Journal of Medicine*, September 2005, p. 1166.
[24] Hsiao, William C., "Correcting Past Health Policy Mistakes" in *Daedalus. The journal of American Academy of Arts & Science*, Spring 2014, p. 55.
[25] Burns, Liu, *op. cit.*, p. 33.

vaccinazione e sull'igiene personale. Tali campagne ebbero un impatto profondissimo. Rafforzarono l'idea – radicata nella tradizione cinese – di enfasi sulla responsabilità individuale nella tutela della salute e permisero di dispiegare risorse umane abbondanti e a basso costo. Ancor più significativamente, come ricordato da Burns e Huang: "[…] the campaigns not only supported the legitimacy of state and party domination of social life, but also that health was a matter of national security."[26] L'assistenza sanitaria divenne un diritto appartenente ad ogni cittadino e basato sul principio di uguaglianza, da intendersi come equo accesso alle cure.

In realtà la distribuzione di risorse sanitarie rimase caratterizzata da forti disparità tra le varie regioni e soprattutto tra aree rurali e urbane. Nel periodo immediatamente successivo al 1949, gli sforzi di Pechino si concentrarono sulla ricostruzione delle infrastrutture e degli apparati industriali urbani (devastati da anni di guerra) e anche in seguito, nel periodo del Grande Balzo in Avanti (*dayuejin* 大跃进), in conseguenza dell'accento posto sull'industria pesante, di nuovo gli investimenti statali si riversarono sulle aree urbane.

Questa tendenza si estese anche alla sanità. Si stima che intorno agli anni Settanta, circa il 30% degli investimenti sanitari andarono a finanziare gli schemi assicurativi dei 7-8 milioni di lavoratori urbani, mentre solo il 16% venne destinato ai 500 milioni di lavoratori rurali (vedi tab. 1). È pur vero che nonostante le pesanti disparità:

> […] il trentennio maoista vide la costruzione di una rete essenziale di stazioni di sanità pubblica e strutture ospedaliere in tutto il paese […] in grado di garantire copertura universale in termini di prestazioni sanitarie di base, fornite gratuitamente all'utenza attraverso una rete capillare di punti di erogazione.[27]

Nelle aree rurali il sistema di erogazione del servizio sanitario fu organizzato su tre livelli, corrispondenti alla divisione amministrativa del paese: contea (*xian* 县); *township* (*xiang* 乡) – poi sostituita dalla comune popolare (*gongshe* 公社); villaggio (*cun* 村) – poi sostituito dalla brigata (*shengchan dadui* 生产大队 – vedi tab. 2).

[26] *Ibidem.*
[27] Brombal, Daniele, *Curarsi è difficile. Curarsi è costoso*, Roma, Aracne, 2015, pp. 63-64.

Tabella 1 **– Comparison of resources and services use between rural and urban areas.**[28]

	Rural	Urban	Urban/Rural
Population (%)	85	15	
Health service found per capita (yuan)	2,26	9,8	4,34
Number of beds per 1000 population	1,57	4,23	2,69
Number of doctors per 1000 population	0,98	3,01	3,07
Annual number of visits per person	3	4	1,33
Number of hospital days per person	0,48	1,34	2,79
Health service expenses per person (yuan)	18,62	52,13	2,80

Tabella 2 **– Struttura di erogazione del sistema sanitario nelle aree rurali (1958-83).**[29]

Denominazione (1958-1983)		No. Posti letto	Bacino utenza	Servizi erogati
Italiano	Cinese			
Ospedale di contea	*xianji yiyuan* 县级医院	100-300	50.000 - 1.000.000	Pronto soccorso; trattamento in regime ambulatoriale e di ricovero ospedaliero
Ospedale sanitario di comune	*gongshe weishengyuan* 公社卫生院	10-20	10.000 - 20.000	Pronto soccorso; trattamento patologie minori in regime ambulatoriale; ostetricia
Clinica di brigata	*shengchan dadui weishengyuan* 生产大队卫生院	-	> 2.000	Sanità pubblica di base; trattamento patologie minori in regime ambulatoriale

Nel 1958, l'istituzione delle comuni popolari[30] segnò un passo ulteriore nel rafforzamento della medicina cooperativa. Nelle aree rurali le comuni svolgevano una funzione cruciale nell'erogazione del servizio sanitario attraverso la struttura dello Schema Medico Cooperativo – SMC (*nongcun hezuo yiliao zhidu* 农村合作医疗制度). Lo SMC era organizzato a livello di brigata e finanziato per metà attraverso dei sussidi trasferiti dai fondi sociali del villaggio e per la restante metà attraverso un premio mensile versato dai suoi membri (corrispondente circa allo 0,5-2,0% del salario corrisposto). Questo sistema venne inizialmente sviluppato a livello locale nella provincia dello Henan, per poi essere implementato su scala nazionale negli anni Sessanta. Alla fine degli anni Settanta, copriva circa il 90% della popolazione cui era indirizzato.[31]

[28] Burns, Liu, *op. cit.*, p. 36, dove gli autori riportano i dati raccolti dall'Hospital Administration Department of Ministry of Public Health, pubblicati nel volume *National Health Service Research in the Rural Areas* (1986-1987).
[29] Brombal, *op. cit.*, p. 68.
[30] Le comuni popolari (*gongshe* 公社) vennero istituite nel 1958 nell'ambito del progetto economico e sociale del "Grande Balzo in Avanti" (*dayuejin* 大跃进) e vennero a costituire un nuovo modello organizzativo delle campagne cinesi.
[31] Dati riportati in Burns, Liu, *op. cit.*, pp. 34-35.

Per i cittadini urbani o rurali non coperti dallo SMC, erano previsti due diversi schemi assicurativi: lo Schema Assicurativo del Lavoro – Sal (*laobao yiliao zhidu* 劳保医疗制度) e lo Schema Assicurativo Governativo – SAG (*gongfei yiliao zhidu* 公费医疗制度). Il primo venne introdotto nel 1951 ed era destinato alla copertura sanitaria dei lavoratori delle imprese statali. Si trattava di uno schema a base volontaria, finanziato parzialmente dalle aziende attraverso i fondi assicurativi e volto a coprire essenzialmente le spese ospedaliere dei suoi convenzionati. Accanto ad esso, nel 1952, venne creato il SAG, destinato a dipendenti governativi, insegnanti e studenti – categorie altrimenti non coperte. A differenza del Sal, la partecipazione al SAG era obbligatoria e garantiva la copertura di spese ospedaliere e ambulatoriali. Al pari delle campagne, anche nelle aree urbane l'assistenza sanitaria venne a costruirsi su tre livelli: centri di riferimento nazionale; ospedali generali e specialistici provinciali; ospedali generali e specialistici di prefettura.

Oltre agli aspetti già evidenziati – enfasi su prevenzione ed educazione sanitaria, parità d'accesso, sistema assicurativo e di finanziamento – un elemento distintivo della sanità di epoca maoista fu certamente l'introduzione dei cosiddetti medici scalzi (*chijiao yisheng* 赤脚医生). Si trattava di un corpo di paramedici cui veniva impartito un addestramento di base della durata variabile dai tre ai sei mesi e di carattere essenzialmente pratico. L'introduzione dei medici scalzi era legata alla necessità di far fronte, con risorse limitate, alle esigenze sanitarie di una vasta popolazione rurale e la loro opera fu particolarmente importante nella coordinazione delle campagne di massa.[32]

Nei trent'anni successivi alla fondazione della Repubblica Popolare Cinese, il sistema sanitario e le condizioni di salute in Cina registrarono dei risultati straordinari. Tra 1952 e 1982, il tasso di mortalità infantile sotto l'anno di età scese da 250 a 40 casi ogni mille bambini e la speranza di vita aumentò da 35 a 68 anni. Grazie al controllo dei vettori delle malattie, alle campagne di vaccinazione, igiene ed educazione sanitaria, i tassi di morbilità e mortalità associati alle malattie infettive più diffuse quali, poliomielite, difterite e morbillo furono drasticamente ridimensionati. Tali successi furono in larga parte determinanti da un'estesa copertura sanitaria (accompagnata da grande attenzione alla prevenzione) e dall'introduzione dei medici scalzi. Come risultato della combinazione di questi due elementi, "healthcare incomes and services remained low for years to come, and access to healthcare was extended to a large percentage of the working population".[33]

[32] Brombal, *op. cit.*, pp. 71-72.
[33] Burns, Liu, *op. cit.*, p. 39.

Alla fine degli anni Settanta, il sistema sanitario cinese veniva guardato con attenzione e ammirazione da tutto il mondo. La Cina non era più "il malato dell'Asia", anzi il suo modello di sistema sanitario veniva per molti aspetti considerato un esempio da seguire. È forse una delle ironie – o se vogliamo dei paradossi – della Storia che, proprio nel momento in cui se ne celebrava il successo, quello stesso modello era in procinto di sgretolarsi. L'ondata riformatrice e le grandi trasformazioni economiche promosse dal nuovo leader del PCC, Deng Xiaoping 邓小平, avrebbero sancito l'inizio dell'incredibile ascesa della Cina tra le superpotenze economiche globali. D'altra parte, esse avrebbero provocato il sostanziale smantellamento del modello di sanità maoista, con effetti disastrosi per la sanità cinese.

I.3.3 Il sistema sanitario all'epoca delle riforme (1978/2002)

Nel dicembre del 1978, si tenne a Pechino la III sessione plenaria dell'XI Congresso Nazionale del Comitato Centrale del PCC. In questa occasione venne dato avvio alla cosiddetta Politica di Riforma e Apertura (*gaige kaifang* 改革开放), una lunga stagione di riforme economiche volte a trasformare la Cina in una "potente nazione socialista".[34] Il modello di economia pianificata venne giudicato incapace di garantire una crescita economica stabile e quindi abbandonato. Al suo posto, si sviluppò un modello che verrà poi definito "economia socialista di mercato", ritenuto funzionale alla realizzazione dei 4 obiettivi della nuova leadership cinese, meglio noti come le "Quattro Modernizzazioni" (*si ge xiandaihua jishu* 四个现代化): industria, agricoltura, difesa nazionale e tecnologia.

Le risoluzioni adottate da questa assemblea – e più in generale, le decisioni prese dalla leadership cinese negli anni Ottanta – sarebbero state determinanti nel definire i futuri sviluppi della nazione e ne avrebbero trasformato completamente il panorama politico, economico e sociale. Negli anni a venire, il paese avrebbe conosciuto una crescita economica straordinaria; il PIL pro-capite sarebbe aumentato in modo esponenziale e centinaia di milioni di cinesi sarebbero usciti da una condizione di estrema povertà. Se si volesse tracciare (forse non troppo ragionevolmente) un paragone tra lo sviluppo economico di una nazione europea come l'Inghilterra e quello della Cina, si rimarrebbe

[34] Si veda: http://www.cinaforum.net/december-22-1978-3rd-plenary-session-of-11th-central-committee-of-the-cpc/, dove vengono riportati i risultati della terza Sessione Plenaria dell'undicesima Commissione Centrale del PCC datata 22 dicembre 1978 (ultima consultazione: 06/12/2018).

increduli nel realizzare che quest'ultima abbia in un certo senso condensato due secoli di sviluppo in appena qualche decennio.[35]

Eppure, come spesso accade in questi casi, dietro al sorprendente successo economico di una Cina che si avviava a diventare la seconda economia mondiale si nascondeva, talvolta dimenticata, un'altra Cina. Mentre Shanghai e Pechino si trasformavano in sfavillanti megalopoli costellate di centri d'affari, di grattacieli e negozi sfarzosi, la maggior parte della popolazione viveva ancora nella miseria e disperazione dilaganti delle regioni più povere.[36] Un amalgama di contraddizioni e disparità accompagnava la corsa alla modernità e al progresso. Al di là della crescita economica, uno degli aspetti insieme più interessanti e allarmanti, paralleli allo sviluppo della Cina, è stata la trasformazione del suo sistema sanitario.

"*Rang yibufen ren xian fu qilai* 让一部分人先富起来" ("[La Cina dovrebbe] lasciare che alcuni si arricchiscano prima di altri") disse Deng Xiaoping, risolvendo così l'acceso dibattito ideologico su quale fosse la giusta via da intraprendere per la crescita economica (quindi sul ruolo che avrebbero svolto governo e mercato). Pechino concentrò tutti i propri sforzi e investimenti sui settori economici considerati capaci di generare ricchezza, trascurando invece i settori sociali, ritenuti sostanzialmente improduttivi – primo fra tutti quello sanitario. Questa convinzione e la conseguente priorità attribuita al miglioramento della performance economica provocarono, negli anni Ottanta, il sostanziale collasso di un sistema sanitario che, fino a poco tempo prima, veniva definito un "outstanding example […] of primary healthcare".[37] Solo molto tempo dopo i leader cinesi si sarebbero resi conto delle disastrose ripercussioni che alcune decisioni prese in quegli anni avevano prodotto sul sistema sanitario e sulla salute della popolazione.

Una di queste fu la radicale trasformazione del sistema di finanziamento della sanità. Come tutte le economie in transizione, la Cina conobbe una crisi fiscale quando aprì la propria economia al mercato. Le entrate pubbliche calarono sensibilmente, passando dal 30% al 10% del PIL tra 1978 e 1993.[38] In conseguenza di ciò – insieme ad un approccio che affidava la sanità alla responsabilità individuale e ai meccanismi del mercato – la quota di spesa sanitaria nazionale sostenuta dal governo centrale crollò dal 32% al 15% tra 1978 e 1999.[39] Venne annunciato che gli obiettivi di sanità non sarebbero stati portati avanti

---

[35] Hsiao, "Correcting…", cit., p. 54.
[36] Blumenthal, Hsiao, "Privatization…", cit., p. 1165.
[37] Brombal, *op. cit.*, p. 73, che riporta i dati raccolti nel 1983 dall' Organizzazione Mondiale della Sanità nella ricerca *Primary Health Care: the Chinese experience.*
[38] Yip, Winnie, Hsiao, William C., "What Drove the Cycles of Chinese Health System Reforms?" in *Health Systems & Reforms*, February 2015, p. 55.
[39] Blumenthal, Hsiao, "Privatization…", cit., p. 1166.

attraverso il finanziamento pubblico, ma sarebbe stata avviata una decentralizzazione delle responsabilità burocratiche e fiscali. Il governo centrale avrebbe formulato i programmi politici e di riforma; a livello provinciale si sarebbero raccolte le entrate fiscali e gestite le politiche; le municipalità avrebbero implementato tali politiche ed erogato i servizi. I governi locali diventavano così i principali finanziatori dell'assistenza sanitaria.[40] Inoltre, le entrate percepite direttamente dal governo centrale venivano trasferite ai governi provinciali sulla base della ricchezza da questi generata. Di fatto, il governo centrale limitava drasticamente la propria capacità – e il proprio impegno – nel redistribuire le risorse sanitarie tra le varie zone del paese. L'immediata conseguenza di questa situazione fu quella di favorire le province più ricche su quelle più povere, andando ad acuire le già evidenti disparità tra aree urbane e rurali.[41] Allo stesso tempo, la decentralizzazione ridusse sensibilmente i poteri del Ministero della Sanità e la sua abilità di perseguire degli obiettivi in modo indipendente. Infatti, altri dieci Ministeri avevano voce in merito alla definizione delle politiche sanitarie. Una struttura politica in cui, come disse lo stesso Deng Xiaoping, "*wu ren fuze* 无人负责" ("nessuno è responsabile") e che andò a creare una tangibile disgiunzione tra la linea politica governativa e la sua esecuzione a livello locale. L'enfasi posta sul raggiungimento di determinati target economici dissuase i funzionari locali dal perseguire obiettivi sociali quali prevenzione, educazione sanitaria o salute pubblica. In base a questa visione la spesa sanitaria non promuoveva crescita economica né aveva impatto sulla produttività (contrariamente alla logica del "triangolo di ferro") e gli altri ministeri avevano poco da guadagnare nella cooperazione con il Ministero della Sanità. [42]

Inoltre, il disimpegno dello stato determinò una privatizzazione di fatto delle strutture sanitarie. "[…] 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 a farsi carico di eventuali deficit".[43] Pur rimanendo per la stragrande maggioranza di proprietà pubblica (circa il 90%), venne messa in atto una commercializzazione delle strutture sanitarie che si trovarono ad operare come imprese votate al profitto in un mercato largamente privo di regolamentazione. I sussidi pubblici destinati a tali strutture crollarono dal 60% al 10% del totale delle loro entrate nei primi anni Novanta, per cui queste si trovarono a dover generare circa il 90% delle proprie entrate. Come evidenziato da un analista per descrivere

[40] Burns, Liu, *op. cit.*, p. 40.
[41] Blumenthal, Hsiao, "Privatization…", cit., p. 1166.
[42] Si pensi alla "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 finanziato attraverso contribuzione volontarie delle famiglie residenti in aree rurali." - Brombal, *op. cit.*, p. 76.
[43] *Ivi*, p. 75.

la situazione: "the hospitals relied on the government to get built, but had to rely on themselves to eat".[44] In conseguenza di ciò, gli ospedali si concentrarono sulle attività maggiormente lucrative come la vendita di farmaci e l'esecuzione di test ad alto contenuto tecnologico, iniziando una feroce competizione per l'acquisizione di nuove tecnologie. Il personale sanitario perse il proprio sussidio pubblico e i medici si trasformarono in imprenditori privati legati all'ospedale in cui lavoravano. Gli ospedali furono autorizzati ad integrare il bassissimo stipendio dei medici[45] con dei bonus basati sulle entrate che questi generavano. I medici cinesi, che storicamente non avevano avuto occasione di sviluppare una consapevolezza professionale e un codice etico legato a tale professione, iniziarono ad abusare della propria posizione, prescrivendo farmaci costosi e sottoponendo i pazienti ad esami superflui per ottenere i bonus.

Nel frattempo, nel 1983 una circolare del Comitato Centrale sancì il definitivo abbandono delle comuni popolari in favore di un sistema basato sulla responsabilità familiare, per procedere alla privatizzazione dell'economia agricola. La fine delle comuni – insieme alla revoca dei finanziamenti governativi – determinò in breve tempo il collasso dello SMC e quindi lo smantellamento del sistema di assistenza sanitaria nelle campagne, basato fino a quel momento sulla contribuzione dei fondi collettivi e sui trasferimenti statali. La spesa sanitaria diventava così una spesa viva per le famiglie cinesi (ovvero una spesa che la popolazione doveva sostenere attraverso pagamento diretto o *user fees* – vedi tab. 3). Nel 1978 la popolazione rurale assicurata tramite lo SMC era circa il 90%, negli anni Novanta solo il 5% dei villaggi aveva ancora una qualche forma di SMC[46] e 900 milioni di cinesi si ritrovavano improvvisamente privi di copertura sanitaria.

***Tabella 3* – Comparison of cooperative medical system and fee-for-service system.[47]**

Indicators	CMS	FFS
% of patients seeking medical care when ill	89,17	81,8
% of patients not seeking medical care because of economic difficulty	27,3	53,4
% hospitalized pf the patients needing hospitalization	95,42	52,96
% non-hospitalized because of economic difficulty	6,32	19,33
% using advanced birth delivery method	92,7	85,63
% with antenatal examination (per 1.000)	54,81	40,58
% with postpartum examination	79,38	69,18
Infant mortality (per 1.000)	25,09	27,6
Morbidity from diseases preventable by immunization (per 1.000)	90,76	175,16
Life expectancy (years)	73,51	72,21
Percentage of poverty resulting from diseases	9,36	25,7

[44] Burns, Liu, *op. cit.*, p. 43.
[45] Lo stipendio dei medici cinesi in quegli anni oscillava tra i 3.000 e i 4.200 RMB nelle aree urbane, mentre nelle aree rurali era mediamente di soli 800 RMB circa. - *Ivi*, p. 49.
[46] Nundy, Madhurima, *Public Health Challenges in Contemporary China*, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 2016, p. 11.
[47] Burns, Liu, *op. cit.*, p. 48.

Nello stesso periodo, il programma dei medici scalzi venne abbandonato. Non essendo più retribuiti attraverso i fondi collettivi, questi presero ad erogare servizi a pagamento, concentrandosi sulle attività più remuneranti.[48] Prevenzione e sanità pubblica vennero largamente trascurate, tanto da costituire solo il 5% del totale della spesa sanitaria di quegli anni.[49] Questo disimpegno avrebbe provocato il (ri)sorgere di malattie che sembravano eradicate (schistosomiasi), precedentemente controllate (tubercolosi, epatite) o fino a quel momento sconosciute (HIV/Aids).[50]

Nelle aree urbane l'assicurazione sanitaria era fino a quel momento garantita attraverso il SAG e il Sal, quest'ultimo finanziato dalle imprese statali. Nel 1993, il 75% della popolazione urbana era coperta da uno dei due schemi. A seguito delle riforme, le imprese videro drasticamente ridotto il supporto statale e quindi la loro capacità di assicurare i lavoratori e coprirne le spese sanitarie. Al posto di SAG e Sal, venne introdotto uno schema unico di assicurazione sanitaria sociale a livello municipale che a fine anni Novanta copriva appena la metà della popolazione urbana.[51] Nel 2002, soltanto il 29% della popolazione cinese aveva un qualche tipo di assicurazione sanitaria, con evidenti disparità tra popolazione urbana (49%) e rurale (7%). La quota di spesa sanitaria sostenuta dalla popolazione tramite pagamento diretto crebbe esponenzialmente dal 20% al 60% fra 1978 e 2002.

> Thus, a population largely unprotected against the cost of illness confronted a health care delivery system intent on economic survival and a health professional workforce that had never had the opportunity to develop as independent professionals.[52]

Probabilmente nel tentativo di garantire l'accesso alle cure mediche di base, il governo impose un sistema di regolamentazione dei prezzi, che avrebbe però avuto delle conseguenze disastrose non considerate. Il prezzo di alcuni servizi ritenuti basilari, quali visite mediche di routine, esami diagnostici standard o farmaci di uso frequente venne fissato sottocosto. D'altra parte, vi fu un'esplosione nella vendita di prodotti importati e venne permesso agli ospedali di incrementare i prezzi di test e servizi diagnostici ad alto contenuto tecnologico, così da potervi guadagnare un profitto. Venne consentito un 15%-20% di margine sul prezzo di vendita dei nuovi e più costosi farmaci.

Come prevedibile, queste politiche crearono una serie di incentivi perversi e innescarono dei meccanismi deleteri nella condotta e organizzazione di ospedali e medici.

---

[48] Brombal, *op. cit.*, pp. 74-75.
[49] Burns, Liu, *op. cit.*, p. 45.
[50] Brombal, *op. cit.*, p. 80.
[51] Yip, Winnie, Hsiao, William C., "The Chinese Health System at a Crossroad" in *Health Affairs*, March 2008, p. 461.
[52] *Ivi*, p. 462.

Altro effetto collaterale fu il rafforzarsi della corrispondenza di interessi tra medici, ospedali e compagnie farmaceutiche che spalancò le porte a collusione e corruzione. Le compagnie farmaceutiche iniziarono a pagare delle tangenti agli ospedali perché acquistassero i loro prodotti, e i bonus dei medici si legarono alla prescrizione di questi. Si stima che nelle aree rurali 1/3 dei medicinali somministrati fosse rappresentato da prodotti contraffatti, comprati a basso costo e venduti come originali.[53]

Tutto ciò provocò un'inflazione dei costi e della spesa sanitaria, che aumentò di 17 punti percentuali all'anno – il 7% più velocemente del PIL.[54] Oltre a ridurre ulteriormente le possibilità di accesso di una popolazione largamente priva di assicurazione, questa condotta comprometteva seriamente la qualità dei servizi e rischiava di danneggiare la salute dei pazienti. Esempio significativo è l'eccessiva prescrizione di antibiotici: si stima infatti che al 75% dei pazienti con una comune influenza fosse prescritto l'utilizzo di antibiotici – più del doppio della media internazionale del 30%. Nel 1993 oltre il 36% della popolazione rurale non aveva accesso alle cure in caso di necessità (spesso per questioni economiche) e nel 1998 la spesa sanitaria era diventata uno dei principali generatori di impoverimento nelle campagne (circa il 45%).[55] Molti pazienti si trovarono costretti a interrompere i trattamenti per mancanza di denaro e l'utilizzo di servizi medici calò drasticamente. Alla fine degli anni Novanta questa situazione si tradusse in una diffusa sfiducia della popolazione nei confronti di medici e strutture sanitarie che, esacerbata dalla mancanza di qualunque forma di assicurazione, si tradusse in malcontento e rabbia. Una rabbia che si indirizzò anche al governo, diventando una delle principali minacce alla stabilità sociale e al controllo politico del PCC.[56]

Le conseguenze della sequela di eventi successiva alle riforme degli anni Ottanta, sono meglio comprensibili attraverso le seguenti tre prospettive: disparità tra aree rurali e urbane; (scarsa) qualità del servizio sanitario e sua erogazione – cui si collega l'(in)efficacia dell'apparato di controllo delle epidemie; e inflazione della spesa sanitaria.

Le disparità in termini di accesso e qualità dei servizi sanitari tra aree urbane e rurali – o più in generale tra i diversi gruppi sociali – si ingigantirono, divenendo paragonabili a quelle che sussistono tra un paese del primo e del terzo mondo. Nonostante vi siano stati dei progressi in termini di salute, i benefici sociali derivanti dallo sviluppo economico non

---

[53] *Ivi*, p. 463.
[54] *Ibidem.*
[55] Liu, Yuanli, Rao, Keqin, Hsiao, William C., "Medical Expenditure and Rural Impoverishment in China" in *Journal of Heath, Population and Nutrition*, September 2003, p. 219.
[56] Blumenthal, David, Hsiao, William C., "Lessons from the East – China's Rapidly Evolving Heath Care System" in *The New England Journal of Medicine*, April 2015, p. 1283.

vennero equamente distribuiti. Come anticipato, esiste un'evidente corrispondenza e interdipendenza tra indicatori di salute e ricchezza, dove il livello dei primi migliora all'aumentare della ricchezza. In Cina la differenza nel PIL pro-capite tra le varie province crebbe sensibilmente a seguito delle riforme: nel 1990 era 7 volte superiore nelle province più ricche rispetto a quelle più povere, divenne di 10 negli anni 2000 e arrivò a 13 nel 2002.[57] Nel 2000 l'aspettativa di vita a Shanghai aveva raggiunto i 78 anni, mentre nelle province più povere era pari a 65 anni (ben 13 anni di differenza).[58] Forse ancor più allarmante fu la differenza di velocità nel miglioramento di questo indicatore: tra 1981 e 2000 l'aspettativa di vita aumentò di 5 anni a Shanghai (da 72,9 a 78,1 anni), mentre nel Gansu (una delle province cinesi più povere) aumentò solo di 1,4 anni (passando da 66,1 a 67,5 anni). Le grandi disparità sono chiaramente evidenziate dalle statistiche relative agli indicatori della salute dei bambini: nel 1999 il tasso di mortalità infantile era pari a 37/1000 nelle aree rurali, mentre contava solo 11/1000 in quelle urbane; nel 2002, la mortalità tra bambini di età inferiore a 5 anni era di 39/1000 nelle aree rurali e di 14/1000 in quelle urbane. La quantità e la qualità delle strutture sanitarie nelle aree rurali era chiaramente insufficiente e il personale sanitario poco preparato.

> In less than two decades, China's health care system was transformed from one that provided preventive and affordable basic health care to all people to one in which people cannot afford basic care and many families are driven into poverty because of large medical expenses.[59]

In riferimento alla qualità, la politica di decentralizzazione – e la conseguente privatizzazione delle strutture finanziarie – diedero origine ad un sistema di erogazione frammentato e dilaniato da una serie di meccanismi deleteri. Innanzitutto, i servizi preventivi, primari e terziari venivano erogati separatamente. La scarsa coordinazione e scambio di informazione tra i vari livelli risultarono spesso in pesanti mancanze, sprechi e ripetizione di test o trattamenti già effettuati nei livelli precedenti.[60] Inoltre, consapevoli della scarsa qualità dei servizi e del personale locale, molti residenti rurali iniziarono a bypassare il tradizionale sistema di riferimento sanitario rivolgendosi direttamente agli ospedali di contea o di livello superiore. Tra 1985 e 2000, queste strutture videro un aumento della loro utenza di quasi 8 punti percentuali nei trattamenti ospedalieri e di 7 in

---

57 Tang, Shenglan *et al.*, "Tackling the challenges to health equity in China" in *Lancet*, November 2008, p. 1494.
58 *Ibidem.*
59 Yip, Hsiao, "The Chinese Health…", cit., p. 460.
60 *Ivi*, p. 463. - Nel 1989 il Ministero della Sanità suddivise le strutture sanitarie cinesi sulla base di una serie di indicatori, quali numero di posti letto, caratteristiche di personale e infrastrutture ed equipaggiamento disponibile. Sulla base di tali indicatori operò una classificazione articolata su tre livelli (primo, secondo e terzo), a loro volta suddivisi in tre categorie (A, B e C). Per ulteriori e più dettagliate informazioni si veda: Brombal, *op. cit.*, p. 96.

quelli ambulatoriali.[61] Ciò risultò in un sovra utilizzo degli ospedali di II e III livello, un sottoutilizzo di quelli locali e un ulteriore aumento del peso della spesa sanitaria per la popolazione.

Questa situazione portò infine ad un'inflazione galoppante con un pesante aumento della spesa sanitaria (vedi tab. 4). Fra 1978 e 2002, la spesa sanitaria pro-capite passò da 11 a 450,70 RMB e quella nazionale aumentò dal 3,02% al 4,81% del PIL. Parallelamente a ciò, gli investimenti statali si ridussero fortemente, passando dal 32,16% al 15,69% del totale, mentre i pagamenti diretti a carico della popolazione aumentarono dal 20,43% al 57,72% nello stesso arco di tempo. Ancor più significativo e allarmante è il fatto che circa 1/5 della spesa sanitaria fosse destinato a strumenti, farmaci e trattamenti non necessari e, ancora, che la metà del totale fosse costituita dalla spesa per i farmaci (si pensi che negli Stati Uniti la spesa per prodotti medici costituiva solo il 10% del totale).[62]

"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".[63] Nel 2003 un evento tristemente noto venne a costituire una sorta di spartiacque nella storia del sistema sanitario cinese: lo scoppio dell'epidemia della SARS.[64] La mancanza di limpidezza, l'impreparazione e la lentezza con cui il governo fece fronte al dilagare dell'epidemia misero in luce, sotto gli occhi del mondo, una situazione di assoluta gravità. *Kan bing nan, kan bing gui* 看病难，看病贵 (accedere alle cure è difficile e costoso): è questa la sintesi ultima delle politiche sanitarie degli anni Ottanta, il riassunto del sostanziale fallimento del nuovo sistema sanitario cinese.

[61] Burns, Liu, *op. cit.*, p. 44.
[62] Hsiao, "Correcting…", cit., p. 57.
[63] Brombal, *op. cit.*, p. 81.
[64] L'epidemia della SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) comparve per la prima volta nel 2002 nella provincia cinese del Guangdong per poi diffondersi in 30 altri paesi e zone del mondo, ma annidandosi profondamente solo in sei. Per ulteriori informazioni si veda: http://www.epicentro.iss.it/focus/sars/sars-fine.asp (ultima consultazione 06/12/18).

Tabella 4 **– National health expenditures by source (1978/2005).**[65]

Year	Total Health Expenditure (100 million yuan)	Government Health Expenditure (%)	Social Health Expenditure (%)	Out-of-pocket Health Expenditure (%)	Health Expenditure as a Percentage of GDP (%)
1978	110,21	32,16	47,41	20,43	3,02
1979	126,19	32,21	47,45	20,34	3,11
1980	143,23	36,24	42,57	21,19	3,15
1981	160,12	37,27	38,99	23,74	3,27
1982	177,53	38,86	39,49	21,65	3,33
1983	207,42	37,43	31,12	31,45	3,48
1984	242,07	36,96	30,41	32,64	3,36
1985	279,00	38,58	32,96	28,46	3,09
1986	315,90	38,69	34,93	26,38	3,07
1987	379,58	33,53	36,16	30,31	3,15
1988	488,04	29,79	38,93	31,28	3,24
1989	615,50	27,27	38,64	34,09	3,62
1990	747,39	25,06	39,22	35,73	4,00
1991	893,49	22,84	39,67	37,50	4,10
1992	1096,86	20,84	39,34	39,81	4,07
1993	1377,78	19,75	38,09	42,17	3,90
1994	1761,24	19,43	36,62	43,95	3,65
1995	2155,13	17,97	35,63	46,40	3,54
1996	2709,42	17,04	32,32	50,64	3,81
1997	3196,71	16,38	30,78	52,84	4,05
1998	3678,72	16,04	29,11	54,85	4,36
1999	4047,50	15,84	28,31	55,85	4,51
2000	4586,63	15,47	25,55	58,98	4,62
2001	5025,93	15,93	24,10	59,97	4,58
2002	5790,03	15,69	26,59	57,72	4,81
2003	6584,10	16,96	27,16	55,87	4,85
2004	7590,29	17,04	29,32	53,64	4,75
2005	8659,91	17,93	29,87	52,21	4,68

[65] Burns, Liu, *op. cit.*, pp. 51-52.

I.3.4 Il sistema sanitario di una "società armoniosa" (2002/2012)

"China's health inequalities are increasing, gains slowing, and public dissatisfaction mounting".[66] Alla fine degli anni Novanta, le autorità cinesi iniziarono a prendere consapevolezza delle tragiche conseguenze provocate dal disimpegno dei due decenni precedenti. Inoltre, a seguito dello scoppio dell'epidemia della SARS, la situazione sanitaria cinese si trovò al centro dell'interesse internazionale. Gravi danni economici, perdita di numerose vite umane e conseguente pressione interna e internazionale spinsero la nuova leadership, guidata da Hu Jintao 胡锦涛 e Wen Jiabao 温家宝, ad abbandonare l'approccio precedente per muoversi verso un rinnovato ruolo dello stato quale garante del benessere collettivo. Le conseguenze dell'epidemia avevano contribuito a mettere in luce gli evidenti squilibri in termini di investimenti tra settore economico e sociale, tra zone urbane e rurali. Evidente era inoltre la necessità di articolare su scala nazionale un sistema per segnalare emergenze sanitarie ed epidemie. Il diffuso malcontento e la sfiducia nei confronti di medici e istituzioni di una popolazione povera e priva di assicurazione sanitaria rischiavano di minacciare la stabilità sociale e il controllo politico del Partito.

La leadership cinese riconobbe la gravità della situazione: la crescita economica degli anni precedenti si era ottenuta a discapito della salute e del benessere della grande maggioranza della popolazione, sacrificando giustizia sociale ed equità. Tale realizzazione doveva coincidere inevitabilmente con l'inizio di quella che venne definita una nuova fase della riforma sanitaria cinese (*yiliao weisheng shiye gaige* 医疗卫生事业改革). Nel 2005, Hu e Wen avviarono l'ormai nota campagna ideologica per la creazione di una "società armoniosa", ovvero una società giusta, equa e stabile in cui sviluppo economico e sociale sono tra loro collegati e bilanciati. Per plasmare una società di questo tipo era necessario seguire le linee di uno "sviluppo scientifico", elaborare un programma di riforme coerente ed efficace. Nel 2006, il presidente Hu dichiarò che la riforma sanitaria avrebbe implicato un maggiore ruolo governativo con l'obiettivo di garantire a tutti i servizi sanitari essenziali per migliorare il proprio stato di salute e benessere.

> Health equity cannot be concerned only with health in isolation. Rather it must come to grips with the larger issue of fairness and justice in social arrangements, including economic allocations, paying attention to the role of health in human life and freedom. Health equity is most certainly not just about the distribution of health, not to mention the even narrower focus on the distribution of health care. Indeed, health equity has an enormously wide reach and relevance.[67]

---

[66] Tang, Shenglan *et al.*, *op. cit.*, p. 1493.
[67] *Ibidem.*

Nella fase iniziale della riforma sanitaria venne dunque identificato quale obiettivo primario quello di ridurre le grandi disparità economiche e sociali tra le diverse aree e gruppi sociali del paese. Per farlo risultava anzitutto necessario introdurre delle nuove forme di assicurazione sanitaria universale (con particolare attenzione alle aree rurali). Di nuovo venne a costituirsi un sistema di copertura articolato sulla base di tre diversi schemi assicurativi, tutt'ora esistenti in Cina. Per quanto riguarda le aree urbane, già nel 1998 era stata creata 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). L'AMBLU andò a sostituire il precedente Schema assicurativo del lavoro (Sal); ad oggi copre il 70% delle spese sanitarie dei suoi sottoscritti (circa 100 milioni di lavoratori urbani) ed è finanziata attraverso la contribuzione dell'impresa e del singolo lavoratore, per una cifra corrispondente all'8% del salario annuale di quest'ultimo.[68]

Nel 2007, l'AMBLU venne affiancata da un secondo schema assicurativo urbano, questa volta destinato ai residenti urbani disoccupati o occupati nel settore informale dell'economia: come bambini, studenti, anziani e disabili. Questo schema prese il nome di Assicurazione medica di base per i residenti urbani – AMBRU (*chengzhen jumin jiben yiliao baoxian* 城镇居民基本医疗保险). Al pari dell'AMBLU, l'AMBRU è oggetto di supervisione del Ministero delle Risorse Umane e della Sicurezza Sociale ma, contrariamente ad essa, non è obbligatoria. L'AMBRU viene finanziata attraverso la contribuzione del singolo individuo (20 RMB), integrata da un sussidio governativo (pari a 80 RMB) e copre solo spese sanitarie catastrofiche e di ricovero ospedaliero.[69]

Per quanto riguarda invece le aree rurali, nel 2003 venne introdotto il nuovo Schema medico cooperativo rurale – SMCR (*xinxing nongcun hezuo yiliao zhidu* 新型农村合作医疗制度). Il nuovo SMCR è soggetto alla supervisione del Ministero della Salute, è ad adesione volontaria su base familiare e ha come obiettivo primario quello di coprire le spese catastrofiche. Inizialmente i sussidi governativi ad esso destinati erano di soli 40 RMB pro-capite all'anno e le contribuzioni individuali erano pari a 10 RMB. Nel 2011 i sussidi arrivarono a 200 RMB e la contribuzione individuale a 250 RMB.[70] Attualmente il premio pro-capite minimo è pari a 150 RMB all'anno, di cui 30 RMB a carico dell'utente e i restanti 120 RMB erogati dal governo.

Questi nuovi schemi assicurativi ridussero, almeno parzialmente, le barriere economiche per l'accesso all'assistenza sanitaria e si registrò un aumento della popolazione

[68] Brombal, *op. cit.*, p. 87.
[69] Burns, Liu, *op. cit.*, p. 57.
[70] *Ibidem.*

fruitrice.[71] D'altra parte, la copertura assicurativa spinse molti pazienti a rivolgersi agli ospedali di livello superiore, provocando di nuovo un sovra utilizzo di queste strutture e un generale aumento dei costi sanitari. In ogni caso, nel 2008, l'87% della popolazione cinese risultava coperta da uno di questi schemi assicurativi. Un risultato di portata considerevole se si pensa che, appena cinque anni prima, solo il 22% della popolazione cinese era assicurata (vedi *figura 3*).

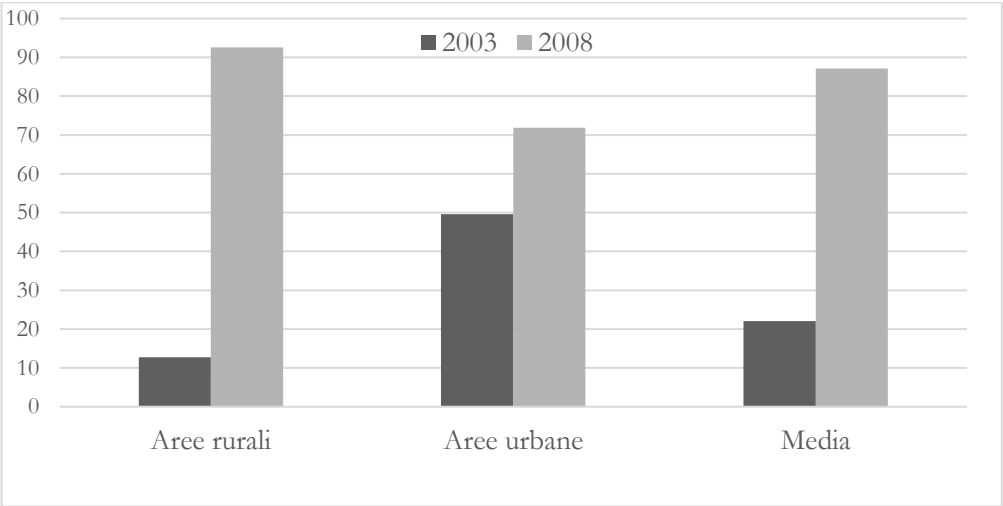

Figura 3 – Copertura assicurativa sul totale della popolazione (%) 2003-2008.[72]

Nel 2009 si aprì la seconda fase della riforma sanitaria. Come preannunciato qualche anno prima dalle parole di Hu Jintao, il governo centrale definì quale scopo fondamentale quello di garantire a tutta la popolazione cinese un'assistenza medica di base che fosse sicura, accessibile ed efficiente.[73] Vennero fissati i cinque obiettivi principali da realizzare entro il 2020: (1) copertura assicurativa per almeno il 95% della popolazione; (2) accessibilità ed equità dei servizi sanitari; (3) miglioramento del sistema di erogazione per garantire assistenza di base universale; (4) stesura di una lista di farmaci essenziali; (5) sviluppo della riforma degli ospedali pubblici.[74]

Per realizzare tali obiettivi si rese necessario un massiccio investimento statale nel finanziamento della sanità, con priorità ad attività di prevenzione e assistenza di base, copertura assicurativa e redistribuzione delle risorse. Venne inizialmente stabilito di destinare alla sanità una somma pari a 124 miliardi di dollari tra 2009 e 2011, di cui 50

[71] Hsiao, "Correcting…", cit., p. 58.
[72] Brombal, *op. cit.*, p. 87. L'autore riporta i risultati delle ricerche pubblicate nel *Weicheng 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 年第四国家卫生服务调查分析报告 (), "Rapporto sulla quarta indagine sul servizio sanitario nazionale", 2008.
[73] Yip, Hsiao, "What Drove…", cit., p. 57.
[74] *Ivi*, p. 58.

miliardi (circa il 40%) erogati direttamente dal governo centrale. Nel 2011, il governo centrale aveva contribuito per un totale di 71 miliardi di dollari e ulteriori 230 miliardi erano stati spesi rispetto a quanto inizialmente stabilito.[75] Circa metà del totale dei finanziamenti venne destinato al potenziamento dei tre schemi assicurativi, mentre la restante metà venne utilizzata per rafforzare il sistema di erogazione dell'assistenza sanitaria di base (soprattutto in termini di costruzione di infrastrutture e formazione del personale) e per la messa in atto di programmi volti alla promozione della salute pubblica.

Nel 2012 si registrarono significativi progressi in relazione al raggiungimento dei primi 4 target. I tre programmi assicurativi arrivarono a coprire circa il 95% della popolazione (vedi *figura 4*). Inoltre, le disparità in termini di copertura assicurativa, utilizzo ed erogazione dei servizi risultavano parzialmente ridotte e la spesa sanitaria pubblica pro-capite era passata da 15 RMB a 25 RMB. 63 miliardi di RMB erano stati investiti nella costruzione e sviluppo di migliaia di infrastrutture e strutture sanitarie a livello locale.

Nel 2009 venne redatta una *Lista dei farmaci essenziali* con lo scopo di ridurre il carico economico dei pazienti nel loro acquisto. La lista comprendeva inizialmente 307 medicinali; nel 2013 arrivò a contarne 520, per poi essere ulteriormente aggiornata nel corso del tempo.[76] Tutte le strutture di assistenza sanitaria di base a livello di *township* e contea erano tenute a fornirsi di tali farmaci e il 15% di guadagno venne vietato. Le strutture sanitarie di livello superiore venivano incoraggiate, ma non obbligate, a seguire tale politica.[77] L'implementazione di questa politica permise di ridurre le spese per i farmaci a carico di assicurazioni e popolazione. Come impeccabilmente sintetizzato dal professor W. Hsiao, le riforme promosse nel 2009 avevano ottenuto significativi progressi in alcuni aree chiave del sistema sanitario:

> Preventive and primary care are better funded, supplied, and used, and many new public facilities have been built or renovated. Public health facilities are equipped with reasonable medical equipment, and essential drugs are available almost everywhere at a reasonable price.[78]

D'altra parte, al di là degli innegabili successi, altrettanto evidenti risultarono alcuni limiti, mancanze e sostanziali fallimenti del nuovo programma di riforme. Innanzitutto, i tentativi di riforma degli ospedali pubblici – portati avanti in forma sperimentale in 17 città – si rivelarono un fallimento. Tale fallimento fu dovuto in buona parte a gravi mancanze in termini di valutazione scientifica e formulazione delle politiche, ma fu anche il risultato di forme di ostruzionismo da parte di medici e ospedali, che riuscirono a bloccare la riforma.

---

[75] Burns, Liu, *op. cit.*, p. 58.
[76] *Ivi*, p. 59.
[77] Liu, Gordon G., Vortherms, Samantha A., Hong, Xuezhi, "China's Health Reform Update" in *The Annual Review of Public Health*, March 2017, p. 438.
[78] Hsiao, "Correcting…", cit., p. 58.

Almeno la metà del denaro investito finì in realtà nelle tasche dei *providers* negli ospedali e questa situazione divenne una delle principali cause dell'aumento dei costi. Nonostante il rinnovato impegno, il governo continuava a contribuire solo in minima parte alle entrate degli ospedali pubblici che quindi continuavano ad operare come aziende private. Non esistendo un chiaro sistema di riferimento, gli ospedali cinesi di livello più elevato videro accrescere enormemente il numero di pazienti, con conseguente aumento dei tempi di attesa, diminuzione del tempo effettivo della visita e aumento dei costi.[79] La scarsa comunicazione tra medico e paziente – oltre all'evidente possibilità di diagnosi errate – fu alla base di una crescente insoddisfazione e sfiducia reciproca, favorì lo sviluppo di fenomeni di corruzione e condusse a frequenti conflitti e aggressioni al personale sanitario. Come si vedrà in seguito, il rapporto conflittuale e di sfiducia tra medico e paziente rappresenta tutt'oggi una significativa problematica sociale in tutto il paese.[80]

Inoltre, la *governance* del sistema sanitario rimase caratterizzata da un notevole livello di frammentazione: tra i numerosi ministeri coinvolti nell'implementazione della riforma sanitaria vi era scarsa cooperazione ed eccessiva competizione. Ai diversi ministeri erano affidate diverse responsabilità nella realizzazione di un medesimo piano di riforma e non esisteva alcuna autorità centrale responsabile di supervisionare e coordinare le attività.

Nonostante i successi registrati in termini di espansione della copertura, esistevano ancora profonde disparità nei benefici offerti dai diversi programmi. A causa di alcune barriere istituzionali (come il sistema di registrazione familiare – *hukou* 户口) alcune categorie – come i lavoratori migranti – continuavano a non poter usufruire della propria assicurazione.[81] E in ogni caso, almeno per certi sostanziali aspetti, l'estensione dell'assicurazione sanitaria fu uno strumento politico volto a mantenere la stabilità sociale e a preservare il controllo del PCC.

Le riforme non furono capaci di ridurre la spesa sanitaria a carico della popolazione, la quale – al contrario – rappresentava ancora un grande fardello e continuava a crescere sensibilmente in termini assoluti. La percentuale di famiglie che aveva sostenuto spese sanitarie catastrofiche aumentò dal 12,2% al 12,9% tra 2003 e 2011. Infine, nelle aree rurali i servizi sanitari rimasero di bassa qualità e il personale medico che vi operava risultava scarsamente qualificato e numericamente insufficiente (soprattutto in confronto alle zone urbane – vedi *figura 5*).

---

[79] Burns, Liu, *op. cit.*, p. 66.
[80] Liu, Vortherms, Hong, *op. cit.*, p. 440.
[81] *Ivi*, p. 437.

In ultima analisi la nuova fase di riforme avviata nel 2003 – e implementata vigorosamente a partire dal 2009 – non fu capace di sviluppare un sistema di erogazione di servizi sanitari e di copertura assicurativa rispondente alla retorica di una "società armoniosa". Vennero di fatto creati tre diversi piani assicurativi con diversi livelli di copertura e rimborso, in buona parte esemplificativi di una società ancora caratterizzata da profonde disparità e in cui accedere alle cure rimaneva in larga misura difficile e costoso.

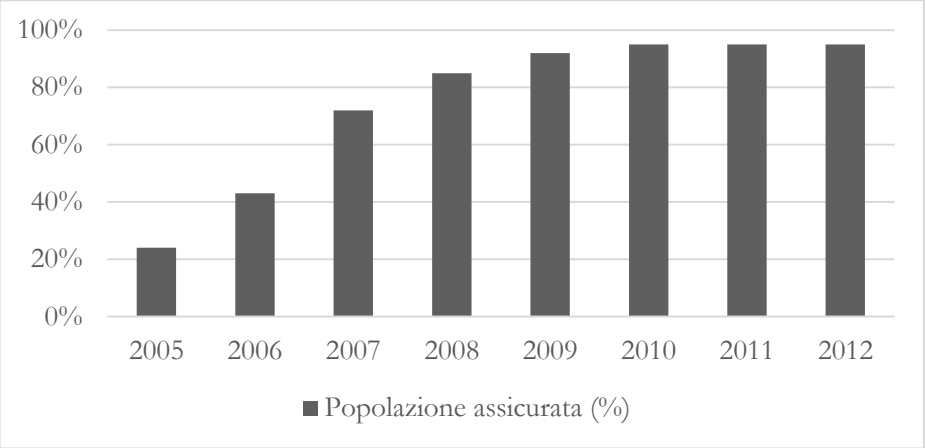

Figura 4 – Espansione dell'assicurazione 2005-2012.[82]

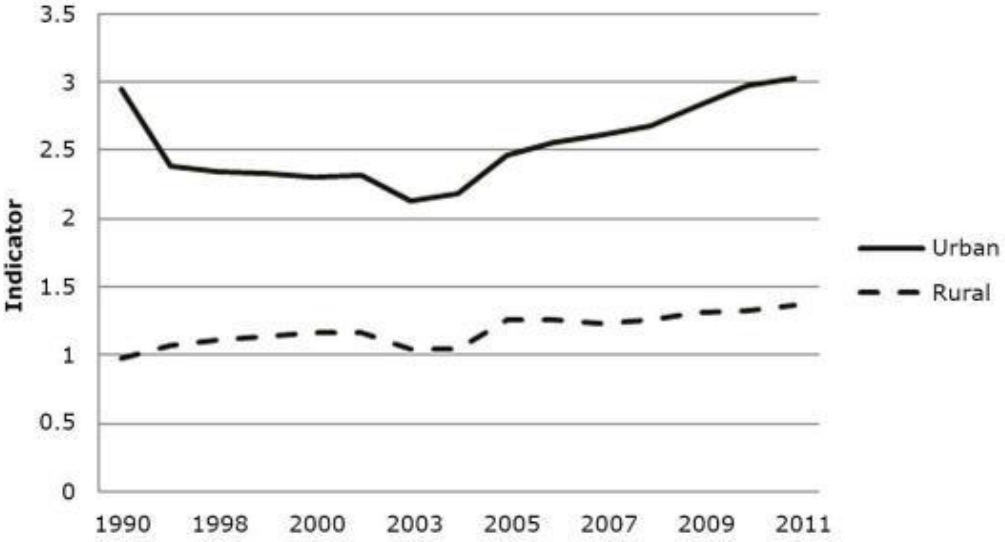

Figura 5 – Number of Registered Physicians per 1.000 Chinese citizens (1990-2011).[83]

[82] Burns, Liu, *op. cit.*, p. 58. Gli autori riportano i risultati presentati in MoH, MOHRSS, National Statistic Bureau, JJMC CS&P Team Analysis.
[83] Hsiao, "Correcting…", cit., p. 60. L'autore riporta i risultati presentati in Ministry of Health of People's Republic of China, *China's Health Statistics Yearbook 2012* (Beijing: Peiking Union Medical College Press, 2012).

I.3.5 Riforme e sviluppi recenti

Nel novembre del 2012, a seguito del XVIII Congresso Nazionale del PCC, Xi Jinping 习近平 venne eletto segretario generale del Partito Comunista Cinese. Con l'elezione del presidente Xi si aprì una nuova fase della storia del sistema sanitario e – più in generale – una nuova fase della storia cinese. L'ormai famosissimo sogno cinese (*zhongguomeng* 中国梦), linea guida di tutta la leadership di Xi, è identificabile – tra le tante altre cose – nell'aspirazione di costruire una Cina economicamente prospera e in grado di garantire alla propria popolazione un diffuso benessere e un tenore di vita dignitoso. Per farlo, la leadership cinese intendeva affiancare al ruolo dello stato, quello delle forze del mercato sia in ambito economico che sociale, quindi anche nell'implementazione della riforma sanitaria.

Una delle questioni sanitarie che richiedeva immediato intervento era certamente quella relativa agli ospedali pubblici. Nel 2013, il settore ospedaliero cinese assorbiva gran parte della spesa sanitaria nazionale (il 62,6%) ed era governati da una struttura arcaica ed estremamente complessa; afflitto da gravi inefficienze, meccanismi perversi e incentivi finanziari distorti. Consapevole della gravità di questa situazione, il governo promosse una serie di riforme volte ad intervenire su alcuni elementi chiave del settore ospedaliero.

Venne innanzitutto evidenziata l'esigenza di riformare il sistema di *governance*, operando una separazione tra autorità normative e organi di gestione operativa.

In secondo luogo, si rivelò necessario intervenire sul sistema di finanziamento degli ospedali che si basava fino a quel momento su sussidi governativi, erogazione di servizi a pagamento e maggiorazioni sul prezzo dei farmaci. Il finanziamento pubblico e il prezzo per l'erogazione di determinati servizi sarebbero stati aumentati, eliminando invece l'applicazione di maggiorazioni sulla prescrizione di farmaci.

In terzo luogo, sarebbe stata portata avanti una riforma delle modalità di pagamento che avrebbe posto maggiore enfasi su approcci quali ROD (Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi), *global budget* (fissazione ad opera di un'agenzia governativa della somma disponibile per il rimborso di ospedali, medici e cliniche in tutto il paese) e *capitation* (pagamento in base al numero di pazienti) – tentando di ridurre le forme di pagamento diretto a carico di pazienti e assicurazioni. Riformare i metodi di pagamento risultava essenziale per allineare interessi di medici e pazienti ed evitare fenomeni quali corruzione e prescrizione eccessiva di farmaci ed esami.

Un quarto intervento sarebbe stato quello relativo alle modifiche nella retribuzione dei medici, allo scopo di renderla più adeguata e proporzionata al lavoro svolto e alla loro

qualifica professionale. I medici cinesi infatti erano (e tutt'ora rimangono) miseramente retribuiti, soprattutto in rapporto ai loro colleghi occidentali. I dati raccolti dal National Bureau of Statistics (*guojia tongjiju* 国家统计局) indicano che il salario medio annuale di un medico cinese nel 2009 era pari a 22.830 RMB (2.820 RMB al mese). Si tratta di una cifra appena superiore a quella corrisposta ad un comune impiegato statale.[84] L'obiettivo di questa politica era dunque quello di riservare ai medici una retribuzione più appropriata, collegando (attraverso precise formule) eventuali bonus e premi a prestazioni di elevata qualità e capaci di soddisfare il paziente.

Quinta area di intervento divenne la creazione di un sistema di riferimento nell'erogazione del servizio sanitario, in modo tale da indirizzare i pazienti al livello sanitario più appropriato alla loro condizione.

Infine, la più sorprendente decisione – annunciata nell'ambito del 12° piano quinquennale (2011-2016) – fu quella di promuovere l'investimento privato nel settore ospedaliero, compresa la privatizzazione di alcuni ospedali. Si trattò di un approccio assolutamente nuovo: infatti, nonostante gli ospedali privati in Cina non rappresentassero una novità, il loro ruolo era sempre stato fortemente limitato. Venne addirittura fissato l'obiettivo di raggiungere, entro il 2015, una quota pari al 20% di ospedali privati. Questa decisione fu in larga parte una mossa strategica volta a stimolare competizione tra settore pubblico e privato; per molti aspetti fu anche il risultato inevitabile di un diverso approccio che guardava con favore ai meccanismi di mercato (e che tra l'altro permetteva di ridurre il carico del finanziamento statale); infine, fu il realizzarsi di un preciso sistema di valori, che sembrava classificare il settore sanitario alla stregua di qualunque altro settore economico.

Come suggerito dall'interessante analisi di La Forgia e Yip, "global experience shows that reforming hospitals is a difficult and long-term process".[85] Nel caso della Cina, la situazione è ulteriormente complicata dalle conseguenze di decenni di politiche irrazionali. Il maggiore ostacolo alla riforma del settore ospedaliero in Cina non era (e non è) di natura tecnica, risiede piuttosto nell'interesse personale e nella forte influenza che alcuni gruppi di interesse possono esercitare sulla definizione delle linee politiche. Ciò che conterà davvero per la riforma del settore ospedaliero e sanitario in generale è – e sarà – la capacità del governo di regolamentare la condotta di ospedali e medici facendo in modo che tornino a servire il pubblico interesse. Ma, come spesso è accaduto in questo settore, poco chiara è la stessa definizione di pubblico interesse da parte del governo.

---

[84] Il salario fisso rappresenta solo una delle tre componenti dello stipendio dei medici cinesi (corrispondente a circa al 30%-40% del totale). Le altre due componenti sono rappresentate da bonus e benefits, il cui ammontare è in larga parte legato alle entrate generate dal medico per l'ospedale attraverso il proprio lavoro. – Burns, Liu, *op. cit.*, p. 202.
[85] Burns, Liu, *op. cit.*, pp. 243-244.

I.3.6 "Healthy China 2030"

Nell'ottobre 2016, il presidente Xi Jinping ha annunciato il progetto "Healthy China 2030" (*jiankang zhongguo 2030* 健康中国 2030). Si è trattato di una dichiarazione perentoria che identifica nella salute pubblica la precondizione indispensabile per lo sviluppo sociale ed economico di tutta la Cina. Lo scopo di questo ampio progetto è quello di far sì che ogni singolo cittadino cinese venga coinvolto nella promozione della salute, che possa beneficiare della salute ed esserne responsabile in prima persona.[86] *Renren wei jiankang, jiankang wei renren* 人人为健康, 健康为人人 ("tutti per la salute e salute per tutti"): un'idea dalle dimensioni ampie e inclusive, che implica non solo la cooperazione tra diversi settori ma anche la partecipazione di tutta la popolazione per il raggiungimento di un interesse che è per sua natura sia privato che collettivo.

I.4 Tra mercato e stato

Una chiave di lettura interessante per analizzare sinteticamente la storia del sistema sanitario cinese può essere quella proposta da W. Yip e W. C. Hsiao.[87] In base a questa prospettiva si evidenzia come le politiche sanitarie promosse in Cina a partire dagli anni Ottanta (divisibili nelle fasi di cui si è parlato) rappresentino il prodotto di due orientamenti tra loro opposti e dotati di valori sociali e ideologici ben precisi: un primo approccio è quello orientato al mercato, in base al quale la sanità – quindi l'erogazione del servizio e il suo finanziamento – viene appunto affidata alle forze del mercato; il secondo è invece caratterizzato dall'impegno dello stato nel finanziamento e nell'erogazione della sanità, con attenzione a prevenzione e assistenza di base, assicurazione e redistribuzione delle risorse.

A partire da metà anni Settanta si è sviluppato in Cina un intenso dibattito su quale dovesse essere il ruolo di stato e mercato nello sviluppo economico e sociale del paese. In questa prima fase, il ruolo dello stato venne fortemente ridimensionato in favore di un approccio orientato alla privatizzazione di fonti di finanziamento e strutture di erogazione dei servizi.[88] D'altra parte, quello della Cina degli anni Ottanta non fu un caso isolato. Infatti, anche altrove si evidenziò un crescente sviluppo della dottrina neoliberista in merito

---

[86] Tan, Xiaodong, Liu, Xiangxiang, Shao, Haiyan, "Healthy China 2030: a vision for health care" in *Value in health regional issue*, May 2017, p. 112.

[87] Questo paragrafo deve molto all'articolo di ricerca già citato di Winnie Yip e William C. Hsiao, "What Drove the Cycles of Chinese Health System Reforms?". Si è deciso di seguire la modalità di analisi proposta in questo articolo per fornire un quadro riassuntivo dell'evoluzione del sistema sanitario cinese in base alla prospettiva di un andamento ciclico delle politiche di riforma implementate dalle varie amministrazioni e che hanno visto l'alternarsi due approcci: uno orientato al mercato e l'altro al ruolo dello Stato.

[88] Brombal, *op. cit.*, p. 77.

alla fornitura dei servizi sociali: una "fiducia nella sostanziale superiorità della sfera privata su quella pubblica".[89] In linea fortemente ipotetica, i meccanismi di mercato dovrebbero essere in grado di produrre un equilibrio, in virtù del quale beni e servizi vengono prodotti o erogati con la massima efficienza per soddisfare la domanda dei consumatori concretizzandosi nella più elevata utilità sociale. Ma le forze del mercato promuovono innovazione, efficienza e crescita, non si rivolgono a questioni di equità e giustizia. Questo tipo di meccanismo implica quindi che ricchezza e risorse siano già equamente distribuite.[90] Ipotesi inverosimile in qualunque contesto e in ogni caso non corrispondente alla realtà del contesto cinese, in cui le disparità in termini di ricchezza e possibilità tra le varie province risultavano (e risultano) evidenti. In una situazione come quella cinese, un approccio di questo tipo non poteva che generare ulteriori iniquità sociali e malcontento. "Market failures occur when public goods, such as public health, are not produced sufficiently and in proportion to need".[91] E nel peculiare caso della sanità, i fallimenti di mercato possono rivelarsi particolarmente dannosi, anche e soprattutto in considerazione dell'asimmetria di informazione tra medico e paziente (in cui il primo gode di conoscenza molto più ampia in riferimento a prezzi, qualità e necessità di farmaci e trattamenti). Tale asimmetria, come avvenuto in Cina, può condurre il medico ad abusare della propria posizione allo scopo di ottenere dei guadagni personali a discapito della salute dei pazienti. Questo approccio si rivelò dunque disastroso e si concretizzò in un sostanziale fallimento:

> Health care costs escalated, quality of care was low, most people could not afford health care, many were impoverished by medical expenses when seriously ill, and significant inequalities in health care and health outcome existed between the urban and rural/higher and lower income populations.[92]

A seguito di un fallimento tanto evidente, nel 2003 venne dato il via a una vigorosa ondata di riforme sanitarie che prevedeva un ruolo centrale dello stato nella promozione della salute. L'equità tornava ad essere un obiettivo primario nell'erogazione del servizio sanitario e la crescita economica doveva correre in parallelo con lo sviluppo sociale. Teoricamente – e idealmente – lo stato dovrebbe produrre in modo efficiente i più elevati benefici sociali per il paese ed essere in grado di distribuirli equamente tra la popolazione.

Nella realtà attuale della grande maggioranza dei paesi, è inverosimile la definizione di un sistema sanitario pienamente e rigidamente affidato al mercato o alla gestione statale:

---

[89] Si pensi agli Stati Uniti di Ronald Reagan: "government is not the solution to our problem, government is the problem"; o all'Inghilterra di Margaret Tatcher: "[…] there's no such thing as society. There are individual men and women and there are families".
[90] Yip, Hsiao, "What Drove…", cit., p. 53.
[91] Tang, Shenglan *et al.*, *op. cit.*, p. 1496.
[92] Yip, Hsiao, "What Drove…", cit., p. 52.

viene spesso adottato un modello intermedio, capace di combinare gli aspetti positivi di entrambi gli approcci. In ogni caso l'esperienza cinese ci mette a disposizione un quadro interessante su cui riflettere e ci offre la possibilità per una serie di considerazioni (valide anche per altri paesi) che riportiamo qui di seguito:

- una politica sanitaria di stampo neoliberista che affida la sanità ad un mercato pressoché privo di regolamentazione rischia di concretizzarsi in un servizio sanitario inaccessibile e di scarsa qualità, in cui le disparità aumentano, i risultati rallentano e si diffonde il malcontento;

- la salute è un bene personale ma anche pubblico, per cui è imprescindibile l'intervento statale nel garantire servizi quali prevenzione e assistenza di base, nonché equità in termini di accesso e distribuzione delle risorse;

- gli incentivi finanziari rappresentano una forza determinante nella definizione della condotta dei *providers* (in questo caso di medici e ospedali). Sistemi di finanziamento, pagamento e regolamentazione dei prezzi progettati con poca consapevolezza e razionalità possono produrre gravi conseguenze in termini di scarsa qualità, sprechi, trattamenti inappropriati e fenomeni di corruzione;

- infine, la Cina ci mostra che anche in un regime autoritario alcuni potenti gruppi di interesse (come gli ospedali) possono esercitare una rilevante influenza e potere politico capace di plasmare (favorire o ostruire) le politiche di riforma implementate a livello centrale.[93]

[93] *Ivi*, p. 58-59.

Capitolo 2
Il circolo vizioso del sistema sanitario cinese

Nel 2005, Ge Yangfeng 葛延风 – allora vicedirettore del Dipartimento di Ricerca per lo Sviluppo Sociale del Centro di Ricerca e Sviluppo del Consiglio di Stato (*Guowuyuan fazhan yanjiu zhongxin shehui fazhan yanjiubu buzhang* 国务院研究发展中心社会发展研究部部长)[1] – dichiarò che la riforma del sistema sanitario cinese si era rivelata un sostanziale fallimento. A suo parere, il disimpegno statale in favore dell'affidamento della sanità alle forze del mercato aveva condotto a crescenti iniquità, scarsa efficienza e alla proliferazione di pratiche dannose in seno al settore medico.[2] Dopo un'iniziale esitazione, lo stesso Gao Qiang 高强 – allora Ministro della Salute – ammise l'esistenza e l'innegabile gravità di tali pratiche. Dichiarò che la loro diffusione stava mettendo a repentaglio alcuni fondamentali interessi e diritti della popolazione cinese: queste tendenze danneggiavano l'immagine del settore sanitario, ne impedivano lo sviluppo e la riforma e compromettevano la relazione tra Stato, istituzioni sanitarie e popolazione.[3]

II.1 La diffusione di tendenze malsane

Queste "pratiche malsane" diffusesi – o in certi casi rafforzatesi – a seguito delle riforme degli anni Ottanta sono sopravvissute sino ai giorni nostri. Si sono radicate, rigenerate e ingigantite tanto da arrivare a costituire una caratteristica tristemente distintiva del settore sanitario cinese. Un amalgama di fenomeni difficili da arginare, di diversa natura e prodotto di molteplici forze, ma tra loro strettamente collegati in un meccanismo di condizionamento reciproco che ne rafforza le fondamenta e ne amplifica le dimensioni. Un gioco intricato di cause e conseguenze, difficili da rintracciare e distinguere – quindi da risolvere – che compromette il normale funzionamento del sistema e costituisce motivo di grande preoccupazione per il governo cinese e per tutta la popolazione.

Il fenomeno forse più preoccupante e contorto oggetto della nostra analisi – a un tempo causa (sottile) e conseguenza (inevitabile) di gran parte delle altre tendenze – è il

[1] La traduzione ufficiale in lingua inglese è "Research Department of Social Development of the Development Research Center of the State Council".
[2] Yang, Jingqing, *Informal Payments and Regulations in China's Healthcare System – Red Packets and Institutional Reform*, Singapore, Springer Nature, 2017, p. 1.
[3] *Ivi*, p. 2.

rapporto conflittuale e di scarsa fiducia reciproca tra medico e paziente. Una sfiducia che si nutre delle mancanze strutturali del sistema, dell'influenza dei media, del senso di vittimizzazione di medico e paziente, di una generale tendenza all'individualismo e dell'erosione dei valori tradizionali. Una situazione che si concretizza spesso in dispute e abusi verbali, degenerando talvolta in veri e propri atti di violenza.

Strettamente collegate al declino della fiducia tra medico e paziente, altre due dinamiche particolarmente dannose hanno conosciuto un'ampia diffusione. Si tratta di pratiche per certi versi peculiari del contesto cinese, che si manifestano come degenerazione di due usanze proprie della tradizione di questo paese e alla cui base vi è il principio di reciprocità, secondo cui una cortesia va sempre ricambiata. I due fenomeni in questione sono quello delle *guanxi* 关系[4] nella pratica medica e della donazione e ricezione di *hongbao* 红包 [5] sanitarie. Esse costituiscono delle strategie utilizzate dai pazienti per scopi tra loro anche molto diversi ma comunque legati al tentativo di sopperire ad un avvertito senso di insicurezza nei confronti di istituzioni e personale sanitario e a garantirsi l'accesso a un servizio adeguato e di qualità.

Questi fenomeni si inseriscono in un più ampio contesto fatto di iniquità, di politiche irrazionali e di incentivi e meccanismi perversi che hanno creato un sostanziale conflitto di interessi nella professione medica. I medici cinesi che, nel corso della Storia, non hanno avuto l'opportunità di sviluppare una tradizione professionale condivisa né un codice di norme e valori etici legato a tale professionalità, si trovano a dover rispondere agli imperativi economici derivanti dalla commercializzazione del settore e al conseguente conflitto di interessi tra etica medica e generazione di profitto. Situazione aggravata da un diffuso senso di frustrazione e insoddisfazione degli stessi, il cui carico di lavoro (soprattutto nei grandi ospedali) è eccessivo e il cui stipendio è largamente inadeguato. I medici cinesi lavorano infatti per lunghe ore, sono sottoposti a grande pressione, godono di

---

[4] Il termine *guanxi* 关系 può essere tradotto in vari modi in italiano. Le espressioni più spesso utilizzate sono quelle di "relazione", "sistema di relazioni", "connessioni personali" o "rete di relazioni interpersonali". In ogni caso la traduzione italiana non restituisce a pieno il significato più complesso e le profonde implicazioni determinate dalle *guanxi*. In Cina la rete di *guanxi* condiziona e domina i rapporti economici e personali. Il concetto di *guanxi* (al pari di quello di *mianzi* 面子) rappresenta uno dei pilastri della cultura cinese. Il network interpersonale costruito dalle *guanxi* sta a rappresentare le conoscenze e relazioni esistenti fra le varie persone, le quali determinano un sistema di associazione basato su favoritismi, scambio di favori, accesso prioritario a servizi, rafforzamento dei rapporti economici.

[5] Il termine *hongbao* 红包 viene spesso tradotto con le espressioni inglesi *red envelops* o *red packets*. In italiano, letteralmente, *busta rossa*. Le *hongbao* sono infatti delle bustine rosse contenenti dei soldi, donate in occasione di ricorrenze importanti (feste, nascite, matrimoni, apertura di attività) in segno di buon auspicio e augurio di benessere e prosperità. Esse rappresentano una tradizione antica e ben radicata in Cina e legata al principio della reciprocità. In base a questo principio, di solito colui che dona una *hongbao* si aspetta che il ricevente ricambi in futuro questa cortesia con un favore o un dono dello stesso valore. Nel corso del tempo il significato sociale delle *hongbao* ha iniziato a cambiare e il loro utilizzo si è diffuso in svariati settori, non ultimo quello sanitario. Da dono sincero verso persone care, in anni recenti, le *hongbao* si sono trasformate anche in "bustarelle" donate (in questo caso al medico dai pazienti) allo scopo di ottenere trattamenti prioritari o di favore, vantaggi o benefici illeciti – assumendo un significato talvolta affine alla corruzione.

scarsissime tutele contro i rischi derivanti dalla loro attività e sono spesso guardati con disprezzo e diffidenza dai pazienti.

Andremo ora ad analizzare singolarmente – nei limiti della loro interdipendenza e correlazione – il rapporto di scarsa fiducia tra medico e paziente, la pratica della *guanxi* e il fenomeno delle *hongbao* in ambito sanitario. Si riporteranno inoltre le proposte di traduzione (ad opera di chi scrive) di due articoli specialistici che meglio aiutano a comprendere le cause, le conseguenze, gli ipotetici sviluppi o alcuni aspetti particolarmente complessi di questi fenomeni da una prospettiva non occidentale.

II.2 Il rapporto di (s)fiducia tra medico e paziente

– *Yihuan xinren queshi* 医患信任缺失–

La diffusa, profonda e crescente crisi nel rapporto di fiducia tra medico e paziente rappresenta una problematica sociale di estrema rilevanza in Cina. E come spesso accade quando si tratta di questo paese, essa non riguarda esclusivamente il settore sanitario cinese ma rappresenta un problematica di carattere globale che – in misura e proporzioni diverse – sembra interessare gran parte dei sistemi sanitari dei paesi sviluppati e in via di sviluppo.[6] Più in generale, una decadenza del livello di fiducia può essere osservata in diverse aree geografiche e settori socio-economici: si pensi al mondo degli affari, ai media, ai governi nazionali di vari paesi. Eppure, spesso sottovalutata nel suo significato e nelle sue implicazioni, la fiducia riveste un ruolo di cruciale importanza in tutti questi settori, soprattutto in quello sanitario. Infatti, l'asimmetria di informazione[7] tra medico e paziente e la situazione di necessità e debolezza di quest'ultimo implicherebbero un sostanziale grado di fiducia nell'affidarsi ai trattamenti indicati.

Ricercatori e media cinesi hanno più volte identificato nell'assenza di fiducia (*xinren queshi* 信任缺失) la problematica più seria nell'ambito delle relazioni tra medico e paziente ma, come evidenziato da Yan Yunxiang, un'affermazione di questo tipo rischia di essere la semplificazione di una realtà più complessa.[8] Infatti, nonostante il sensibile calo di fiducia reciproca – le cui cause e conseguenze verranno analizzate in seguito – è inevitabile che vi

[6] Nie, Jing-Bao *et al.*, "Rebuilding patient-physician trust in China, developing a trust-oriented bioethics" in *Developing World Bioethics*, September 2017, p. 1.

[7] "L'asimmetria informativa può essere definita come una differenza nella qualità e quantità di informazioni disponibili a parti diverse coinvolte in una transizione, tale da determinare un vantaggio di una o più delle parti, condizionando l'esito della transizione stessa." - Brombal, Daniele, *Curarsi è difficile Curarsi è costoso*, Roma, Aracne, 2015, p. 114.

[8] Yan, Yunxiang, "The ethics and politics of patient-physician mistrust in contemporary China" in *Developing World Bioethics*, July 2017, p. 7.

sia un seppur minimo livello di fiducia iniziale per poter avviare e portare avanti le cure. Sarebbe dunque necessario indagare il processo attraverso cui questa fiducia iniziale si indebolisce e sfalda trasformandosi in sfiducia.[9] Il valore fondamentale della professione medica risiede nella promozione della salute che, come tutte le azioni aventi una finalità globale, si realizza innanzitutto attraverso l'azione dei singoli. A livello concreto infatti, il medico adempie a questo valore attraverso la cura del singolo paziente. Per questa ragione il rapporto medico-paziente svolge una funzione di cruciale importanza per tutta la società; il paziente è al centro di questa relazione e il medico si impegna ad agire nel suo migliore interesse (che è poi anche un interesse collettivo).[10]

Una delle ragioni principali per la perdita di fiducia risiede proprio nella percezione del paziente che il medico non abbia agito nel suo migliore interesse. Ad aggravare questa percezione, vi è l'idea che possa averlo fatto consapevolmente e per perseguire un proprio interesse economico. Una seconda ragione piuttosto comune risiede nell'incompetenza (o percepita incompetenza) del medico.[11] Anche in questo caso è interessante notare che la negligenza medica è più spesso percepita che reale. Infatti, in base ai dati raccolti da uno studio quantitativo condotto tra 2009 e 2013, su 4.561 casi di dispute mediche soltanto il 44% è effettivamente riconducibile a situazioni di *malpractice*.[12] Il conflitto tra medico e paziente risulta molto spesso dalla rottura di un delicato equilibrio fatto di influenze, aspettative, realtà e percezioni in cui il sentimento di violazione della propria dignità (professionale o umana) o di un mancato rispetto della propria persona svolgono un ruolo importante.

Per comprendere la trasformazione della relazione tra medico e paziente è necessario ampliare i confini d'analisi, considerare la peculiare storia cinese e soprattutto le influenze che le sue trame hanno esercitato sulla definizione della professione medica.

> In traditional Chinese medical ethics, a physician was a benevolent and well-educated figure who not only possessed professional knowledge and medical skills but also embodied the moral principles of Confucianism, Taoism, and Buddhism.[13]

In virtù di questa convinzione, la relazione tradizionale tra medico e paziente in Cina si costruiva su una sostanziale fiducia basata su salde fondamenta morali. Il sapere medico veniva considerato prerogativa esclusiva del medico, il quale – in virtù della sua alta morale e competenza – lo esercitava nella massima libertà e senza dover fornire alcuna spiegazione in merito alle proprie decisioni. Una relazione certamente gerarchica, ma stabile e definita.

---

[9] *Ibidem*.
[10] Hui, Edwin C. *et al.*, "The physician as a professional and the moral implications of medical professionalism" in *Hong Kong Medical Journal*, February 2005, p. 67.
[11] Yan, *op. cit.*, p. 8.
[12] *Ivi*, p. 9.
[13] *Ibidem*. Qui l'autore cita direttamente Nie Jing-Bao e il suo saggio "Medical Ethics in China: A Transcultural Interpretation".

Tale relazione e il conseguente prestigio e autorità conferiti alla figura del medico vennero irrimediabilmente compromessi dai successivi sviluppi della storia cinese: dal maoismo prima e dalle forze del mercato in seguito.

Sulla base della prerogativa di "servire il popolo", il medico di epoca maoista divenne di fatto un "lavoratore esperto" al servizio della popolazione. Inoltre, i cosiddetti medici scalzi erano dei semplici contadini che avevano ricevuto una formazione medica minima volta a far fronte ad alcune necessità impellenti di una popolazione rurale, povera e numerosa. Certamente la figura del medico maoista era ben diversa da quella saggia e autoritaria del medico confuciano.

Dopo la morte di Mao, le riforme degli anni Ottanta stravolsero nuovamente l'immagine del medico e della sua professione (oltre che tutto il sistema sanitario cinese e la Cina intera). La sanità venne affidata ai meccanismi del mercato: si realizzò una di fatto commercializzazione del settore sanitario che trasformò ospedali e altre strutture in aziende responsabili di perdite e profitti. La relazione di diretta proporzionalità tra stipendio percepito ed entrate generate per l'ospedale venne a creare un inevitabile conflitto di interessi nello svolgimento dell'attività medica. Da "angelo in camice bianco", l'immagine del medico si trasformò in quella di un avido procacciatore di guadagno.

> Nevertheless, the fatal blow came from the frequent exposures by the media of cases of medical corruption whereby the earlier image of the physician as a benevolent savior was replaced by an image of a profit-driven service-provider who takes advantage of innocent and vulnerable patients.[14]

In parallelo al settore sanitario, altre ampie trasformazioni stavano cambiando il volto della Cina: si diffondevano nuovi valori e la popolazione diventava maggiormente consapevole della realtà, dei propri diritti e della propria dignità. In ambito sanitario i pazienti iniziavano a pretendere spiegazioni più accurate in merito alla propria condizione, maggiore attenzione e rispetto nei propri confronti.

Da questa prospettiva, il cambiamento della relazione medico-paziente e dell'immagine stessa del medico è il risultato di una serie di processi ben più complessi: processi che hanno provocato una sostanziale trasformazione della realtà e del modo di pensare. È probabilmente questo il punto chiave (e di rottura) per poter comprendere l'evidente declino del livello fiducia. Le aspettative del paziente sono tra loro discordanti. Sono un confuso impasto di influenze, dubbi e certezze di cui il medico sembra essere consapevole. In bilico tra fiducia e dubbio (*banxin banyi* 半信半疑): è questa l'attitudine con

[14] *Ivi.* p. 10.

cui il paziente si rivolge per la prima volta ad un medico.[15] Da un lato, spera di trovare nel medico una sorta di evoluzione moderna della figura confuciana del saggio salvatore, dotato di alti principi morali, capace di curarlo da ogni male, ma meno autoritario, disponibile ed aperto al dialogo. D'altra parte, il paziente è ben consapevole della commercializzazione del settore medico, del conflitto di interessi, dei casi di corruzione e di *malpractice* ampiamente pubblicizzati dai media. Quindi quell'iniziale fiducia, già fragile e inconsistente – in quanto costruita su un'immagine altamente idealizzata e datata – lascia spazio alla rievocazione dell'immagine attuale di medico quale avido procacciatore di profitti e, al primo inconveniente, si trasforma facilmente in sfiducia.[16]

La sfiducia è il risultato di un'azione e incontro sociali che coinvolgono necessariamente più parti (il medico e il paziente in questo caso) insieme alle loro percezioni e aspettative, alle influenze cui sono sottoposti, all'ambiente sociale in cui si realizza il loro incontro.[17] È il prodotto dell'azione di forze e meccanismi molteplici che, come evidenziato da Nie Jing-Bao, danno vita a un circolo vizioso, ad una spirale che si autorigenera e autoalimenta. La diffidenza di pazienti e familiari nei confronti dei medici aumenta il timore e la pressione di questi ultimi, i quali tendono di conseguenza ad innalzare il livello di autodifesa. Già insoddisfatti per il misero stipendio, il carico di lavoro eccessivo e il mancato riconoscimento della propria dignità e valore professionale, i medici temono dispute e ritorsioni legali e quindi, nel tentativo di tutelarsi, arrivano a prescrivere esami superflui e a ridurre al minimo la comunicazione. La scarsa comunicazione si traduce in diagnosi errate, fraintendimenti e diffusa insoddisfazione di pazienti che hanno atteso lunghe ore per un incontro di qualche minuto e che si sentono offesi e poco rispettati. La diffidenza e il senso di vittimizzazione aumentano, si genera nel paziente la percezione di una subita ingiustizia. Questa situazione degenera in dispute e conflitti (anche legali o violenti) largamente riportati – e spesso ingigantiti – dai media e che in ultima analisi contribuiscono ulteriormente al declino del livello di fiducia.[18]

Un'indagine condotta nel 2014 dalla Chinese Medical Doctor Association – CMDA (*zhongguo yishi xiehui* 中国医师协会) rivela che il 60% dei medici intervistati ha subito nel corso della propria carriera degli abusi verbali da pazienti o familiari e che, di questi, il 13% è stato fisicamente aggredito.[19] Il numero di dispute mediche registrate tra 2006 e 2008 supera la cifra di un milione all'anno, dunque una media di 40 dispute sono avvenute in

[15] Nie Jing-Bao *et al.*, Nie *et al.*, "The vicious circle…", cit., p. 29.
[16] Yan, *op. cit.*, p. 10.
[17] *Ivi*, p. 8.
[18] Nie *et al.*, "The vicious circle…", cit., p. 26.
[19] Nie, Jing-Bao *et al.*, "The vicious circle…", cit., p. 29. Gli autori citano in quest'occasione la ricerca del Chinese Medical Doctor Association, "White Paper on the State of the Medical Profession in China" del 2015.

ogni istituzione medica ogni anno.[20] L'indagine statistica condotta da Zhang e Zhao tra 2009 e 2013 su 3.870 casi di dispute mediche rivela un dato piuttosto sorprendente: circa il 38% di queste è da attribuirsi a fattori non medici.[21] Un fattore decisivo sembra risiedere piuttosto nella percezione del mancato rispetto della propria persona: i pazienti lamentano di non essere trattati in modo umano dal medico (*bu dang ren kan* 不当人看); d'altra parte i medici hanno la stessa sensazione, in quanto i pazienti hanno assunto nel tempo una "mentalità clientelistica" e considerano il medico alla stregua di uno strumento personale di cura, piuttosto che come un professionista promotore della sanità pubblica.[22] È chiaro in questo senso come il rispetto rappresenti un fattore di centrale importanza. Infatti, mentre lo sfaldamento della fiducia presuppone un seppur minimo livello di fiducia iniziale – ed è quindi prodotto di un percorso di ragionamento e consapevolezza potenzialmente costruttivo – la mancanza di rispetto non ha alcun potenziale positivo, può solo degenerare in violenza e sfiducia.[23]

Insieme all'aumento dei casi di violenza contro il personale sanitario (*yiliao buyi* 医疗暴力), negli ultimi anni si è registrato in Cina l'emergere di un fenomeno inedito collegato a questi conflitti. Il termine cinese utilizzato per descriverlo è *yinao* 医闹 e consiste nel fatto che un gruppo di pazienti, parenti o sostenitori si riversa nell'ospedale di riferimento per chiedere un compenso economico e delle pubbliche scuse per presunti casi di *malpractice* o cattivi trattamenti.[24] A causa della diffusione di fenomeni di questo tipo e della escalation di violenze e proteste, negli ospedali cinesi di grandi dimensioni si è iniziato a far uso di svariate misure precauzionali – come la presenza di personale di sicurezza o l'installazione di inferriate. Particolarmente sorprendenti (e ormai famose) sono le immagini di un gruppo di medici cinesi che indossano degli elmetti da combattimento durante la loro attività.[25] Immagini che riflettono chiaramente la gravità della situazione: i medici cinesi avvertono (e ricevono) delle minacce concrete nel corso del quotidiano esercizio della propria professione.

Più spesso orientate a sottolineare la sfiducia dei pazienti verso i medici, molte ricerche accademiche tendono a mettere in secondo piano l'altrettanto diffuso e profondo sentimento di sospetto dei medici verso i pazienti. Consapevoli del giudizio (e pregiudizio) che le persone nutrono nei loro confronti, i medici cinesi sostengono di spendere gran

[20] Burns, Liu, *op. cit.*, p. 211.
[21] Yan, *op. cit.*, p. 12.
[22] Burns, Liu, *op. cit.*, p. 211.
[23] Yan, *op. cit.*, p. 13.
[24] *Ibidem.*
[25] Burns, Liu, *op. cit.*, p. 211.

parte della propria energia nel tentativo di evitare le già citate lamentele, denunce, dispute e aggressioni. A un livello più profondo questa situazione erode il loro senso di dignità professionale, genera un sentimento di demotivazione e vittimizzazione, nonché di ingiustizia. Molti medici cinesi considerano se stessi un gruppo svantaggiato (*ruoshi quanti* 弱势群体), sostengono di essere trattati con poco rispetto e di essere largamente sottovalutati (talvolta disprezzati) dai pazienti e da tutta la società.[26]

In considerazione della realtà concreta in cui si trova il sistema sanitario cinese, risulta in larga misura ingiusto attribuire in via esclusiva la responsabilità del declino della fiducia alla mancanza di professionalità o etica del medico. La sfiducia tra medico e paziente è più ragionevolmente una conseguenza di gravi storture del sistema e di deformazioni istituzionali:

> medical professionals, like patients, are the victims of the vicious circle of patient–physician mistrust on a deeper institutional level – a market-dominated health system which serves as a giant engine to generate mistrust even before a patient sees a doctor.[27]

Il conflitto di interessi intrinseco al sistema sanitario cinese compromette in modo sistematico tanto i valori moderni propri della professione medica (primo fra tutti la centralità del paziente), quanto quelli legati alla tradizione cinese (come il concetto di "medicina come arte dell'umanità").[28]

Lo sviluppo di una fiducia sociale e verso le istituzioni, piuttosto che personale, rappresenta un meccanismo chiave per il funzionamento e lo sviluppo di qualunque società ed economia moderna ed è prerequisito della stessa modernità.[29] Al contrario, la mancanza di fiducia distrugge le fondamenta dei rapporti sociali e interpersonali, producendo una lunga serie di effetti collaterali e problematiche connesse.

---

[26] Nie *et al.*, "The vicious circle…", cit., p. 31.
[27] *Ivi*, p. 33.
[28] *Ibidem*.
[29] Yan, *op. cit.*, p. 13.

II.2.1 Proposta di traduzione

Il rapporto di fiducia tra medico e paziente: caratteristiche, situazione attuale e prospettive di ricerca

– Wang Xinjian 汪新建 e Wang Cong 王丛 – [*]

Introduzione. In Cina la fiducia tra medico e paziente è largamente orientata all'esistenza di una relazione [o *guanxi* 关系] tra le due parti[I] e, in questa relazione, si riversano grandi aspettative sul ruolo svolto dal medico. Esistono notevoli disparità nel livello di tale fiducia tra i diversi reparti di un medesimo ospedale, tra ospedali di diverso livello e tra strutture sanitarie di aree urbane e rurali. Negli ultimi anni il livello di fiducia tra medico e paziente in Cina ha registrato un declino costante, situazione testimoniata nel concreto da una serie di fenomeni, tra cui: aumento della frequenza di dispute e casi di violenza tra medico e paziente; diminuzione della proporzione di pazienti che si ritiene soddisfatta dei trattamenti medici; calo del livello di fiducia e stima reciproca; eccetera. Studi precedenti si sono concentrati sull'influenza di alcuni fattori individuali sulla fiducia tra medico e paziente, quali: le caratteristiche demografiche dei pazienti, il patto (o contratto) psicologico[II], le caratteristiche comportamentali del personale sanitario. Tali studi hanno inoltre evidenziato come la fiducia influenzi il comportamento delle due parti, la loro condotta e la stessa efficienza clinica. D'altra parte, il meccanismo psicologico sociale alla base della crisi di fiducia, e quello procedurale per la costruzione e il mantenimento di tale fiducia, risultano ancora poco conosciuti. Allo stesso tempo, il sistema di valutazione dello stato di fiducia medico-paziente – e la creazione di uno standard per misurarlo – presentano ancora molte lacune, mentre il disegno sperimentale sul "comportamento pianificato"[III] nel rapporto tra medico e paziente necessita di essere perfezionato.

Parole chiave: fiducia tra medico e paziente; rapporto tra medico e paziente; fiducia del medico; fiducia del paziente; ripristino della fiducia.

---

[*] Wang Xinjian 汪新建: dottore in psicologia, professore presso il Dipartimento di Psicologia sociale della Zhou Enlai School of Government della Nankai University e supervisore di dottorato. Wang Cong 王丛: dottorando presso il Dipartimento di Psicologia sociale della Zhou Enlai School of Government della Nankai University. Il presente articolo rappresenta il risultato parziale della prima fase del più ampio progetto di ricerca filosofica e sociale condotto dal Ministero dell'Educazione: "Indagine sul meccanismo psicologico sociale per la costruzione di una relazione di fiducia tra medico e paziente" (15JZD030).

La crisi della fiducia tra medico e paziente rappresenta una problematica sociale di rilievo per la Cina, e in alcuni ambienti costituisce una tendenza che si manifesta con crescente intensità. I cosiddetti "angeli in camice bianco", il personale sanitario, raramente ricevono il rispetto professionale loro dovuto e la relazione tra medico e paziente è diventata sempre più inconsistente. Attraverso una sintesi delle sue caratteristiche, andremo ad analizzare la situazione attuale di questa relazione di fiducia in Cina insieme ad alcuni elementi chiave già evidenziati in altre ricerche. Verranno inoltre indicati alcuni possibili ambiti di indagine futuri, allo scopo di fornire un punto di partenza per lo sviluppo di più approfondite ricerche.

1) Il rapporto di fiducia tra medico e paziente in Cina: caratteristiche

La relazione tra medico e paziente costituisce una questione di grande interesse per tutte le nazioni e di conseguenza si può dire possieda caratteristiche globali. Eppure, è necessario prendere in considerazione le differenze nella tradizione medica e nella cultura di ogni società; nello specifico in Cina tale relazione possiede delle caratteristiche distintive, espresse in modo particolare in alcuni degli aspetti che andremo qui ad evidenziare.

1.1 Un chiaro orientamento basato sulla relazione.

Il comportamento dei cinesi è largamente determinato dalle relazioni interpersonali (*relationship-oriented*). L'esistenza di una *guanxi*, o il fatto che tale relazione sia positiva o negativa, costituisce un elemento chiave nel determinare la possibilità o impossibilità di costruire un rapporto di fiducia. Di conseguenza, seppure all'interno di un determinato sistema, i cinesi tendono a costruire la fiducia attraverso delle *guanxi*. In questo senso, a prescindere dal livello di accuratezza nella progettazione di informazioni del programma ospedaliero o dell'esperienza professionale dei medici, i pazienti desiderano comunque reperire attraverso le *guanxi* un medico capace o degno di fiducia. In questo modo è possibile estendere o solidificare la propria rete di conoscenze, inserendo medico e paziente all'interno di questa rete (e quindi trasformando il rapporto dalla dimensione di estranei a quella di conoscenti) e permettendo al paziente un più facile accesso alle risorse sanitarie (Huang Xiaotong 黄晓晔, 2013). L'indagine condotta da Qu Yinghe 屈英和, Tian Yipeng 田毅鹏 e Zhou Tongmei 周同梅 (2010) rivela che il 70,6% dei pazienti preferisce accedere alle cure attraverso le *guanxi*; l'86,6% dei medici accetta di curare pazienti in base alla logica delle *guanxi*; e ancor più significativo è il fatto che il 40,7% dei pazienti ritiene che

"presentarsi come *guanxi patient* offra maggiore credibilità e un senso di sicurezza". L'utilizzo delle *guanxi* è espressione del tentativo di medico e paziente di voler stabilire una fiducia immediata (*high-speed trust*) fatta di raccomandazioni. Questo genere di fiducia ha la capacità, in quel momento, di tenere sotto controllo il sentimento di incertezza intrinseco nella relazione medico-paziente e di ridurre [la percezione] dei rischi durante le cure. È pur vero che la costruzione di una fiducia basata sulle relazioni e il fenomeno delle *guanxi* sanitarie non rappresentano esclusivamente una strategia per evitare i presunti rischi legati ai trattamenti o un'espressione del tentativo di costruire della fiducia tra le due parti. Esse rappresentano anche una strategia dei pazienti volta a porre rimedio all'indifferenza dei medici nei confronti dei vigenti codici bioetici.

1.2 Le alte aspettative verso il ruolo del medico.

Nella società cinese [tradizionale] ai medici veniva da sempre riservato grande rispetto. Essi venivano chiamati *daifu* 大夫, titolo che stava ad indicare una precisa nonché autorevole carica ufficiale (infatti, ad esempio, a partire dall'epoca delle dinastie Sui e Tang, *daifu* indicava un funzionario di rango elevato; all'epoca della dinastia Qing gli alti funzionari civili venivano chiamati *daifu*, mentre quelli militari *jiangjun* 将军 [generale]). E ancora, i medici – al pari degli insegnanti – venivano chiamati con l'appellativo di *xiansheng* [signore]. Questo sta a significare che il medico occupava una posizione elevata, in quanto rientrava [per associazione] nel ruolo di *shi* 师[IV] (maestro), all'interno del seguente ordine comprendente cielo, terra, sovrano, familiare e maestro.

Dovere del medico è quello di "combattere la malattia" ma, nella medicina tradizionale, il significato di malattia si costruiva direttamente sulla base della comprensione del concetto di salute. La salute non era affatto intesa nei termini di sistema statico composto dal corpo e dai suoi apparati, essa era piuttosto considerata come sistema dinamico e inclusivo, comprendente funzioni multiple legate a corpo, mente e spirito.[V] La salute era intesa in correlazione con l'ambiente e la natura. Si pensi alla Teoria dei Cinque Agenti[VI], cui corrispondono i cinque organi. La medicina tradizionale ha standardizzato e definito le proprietà funzionali dei "Cinque Agenti" (legno, fuoco, terra, metallo e acqua) e dei cinque organi (fegato, cuore, pancreas, polmoni e reni): attraverso l'azione dei "Cinque Agenti" vengono spiegate le funzioni fisiologiche dei cinque organi. Sulla base teorica della correlazione tra organi del corpo umano ed elementi propri del mondo naturale quali il tempo, lo spazio, il colore, l'odore, si realizza l'adattamento dell'uomo al contesto naturale che lo circonda; una rete di funzioni e relazioni che collega il "dentro" con il "fuori". In

questo modo, sulla base della morfologia anatomica dei cinque organi, si realizza un'interrelazione delle funzioni della natura con i sei soffi vitali e i nove orifizi che – attraverso l'unione di spirito, energia vitale (o *qi* 气), sangue e vasi sanguigni – costruisce un insieme combinato di corpo e mente: la prospettiva è quella di uomo quale parte integrante della natura. E a questo punto, che cos'è la malattia? Ciò che viene chiamata malattia è identificabile nella rottura della condizione di equilibrio dell'unione dell'uomo con la natura, spontaneamente creatosi grazie all'integrazione di corpo e mente nel sistema umano e del sistema umano con il resto dell'ambiente. La comparsa di qualunque malattia è di certo strettamente connessa ad uno sbilanciamento dell'insieme complessivo di tutte le cose e delle funzioni del sistema. Dunque, il dovere del medico di "combattere la malattia" si trasforma naturalmente in un processo che mette in comunicazione uomo e natura. "Il sapere medico è la via del cielo".[VII] In questo senso il medico e il maestro svolgono un ruolo non troppo diverso: diffondere la ragione, impartire la conoscenza, rimuovere le perplessità.

Nei documenti scritti così come nelle notizie tramandate oralmente si ricordano medici dalle sopraffine capacità cliniche e dotati di una superiore nobiltà d'animo (come Bian Que, Hua Tuo, Dong Feng, Zhang Zhongjing e altri ancora). Le loro ammirevoli abilità non si traducevano soltanto in un metodo di cura in senso stretto, esse rappresentavano in un'ottica più ampia un'azione che apportava benefici alla società intera. I medici della Cina antica non solo dovevano risolvere le problematiche del corpo, ma anche interessarsi a quelle della mente, alle relative problematiche sociali e ambientali, tanto da arrivare a coinvolgere questioni di carattere universale e relative all'umanità intera. Questo approccio implicava in automatico che la popolazione comune e i pazienti avessero delle aspettative altissime in relazione al ruolo che doveva ricoprire il medico.

Nella reale e attuale relazione tra medico e paziente, a causa dell'esistente asimmetria informativa e di conoscenza medica, i pazienti in cerca di aiuto si trovano in una posizione debole e svantaggiata. A ciò si aggiungono le alte aspettative riversate sulla figura del medico che contribuiscono a creare lo status di autorità e prestigio dello stesso. Chiaramente questa situazione facilita la creazione di un'iniziale e immediata fiducia. Allo stesso tempo, contribuisce anche a creare nel paziente un indistinto timore reverenziale nei confronti del medico, che ha il potenziale effetto di influenzare la sua concezione dello stesso, il suo orientamento emotivo e la sua reazione comportamentale.

1.3 Differenze nel livello di fiducia tra le diverse divisioni e reparti dell'ospedale.

Alcune indagini hanno evidenziato che, tracciando un paragone, la relazione di fiducia tra medico e paziente risulta migliore nei reparti ospedalieri rispetto agli ambulatori. I pazienti ricoverati intrattengono in molti casi una relazione positiva con il personale sanitario e sviluppano nei suoi confronti una fiducia di tipo personale (Xie Wei 谢铮, Qiu Zeqi 邱泽奇, Zhang Tuohong 张拓红, 2009).

Allo stesso tempo, i dati relativi a reclami e dispute verificatesi nei diversi reparti sembrano evidenziare un livello di fiducia piuttosto basso in specifici reparti, quali quello di chirurgia, quello ortopedico e quello ostetrico-ginecologico. In riferimento ai reclami, ad esempio, Wang Jiangju 望将军 insieme ad altri ricercatori (2015) ha preso in considerazione la documentazione relativa a 2.579 casi verificatesi tra 2009 e 2013 presso un ospedale di primo livello categoria A della città di Pechino. Da questi dati è emerso che i reparti chirurgico e ostetrico-ginecologico occupano le prime due posizioni per quantità di reclami. Per quanto riguarda invece l'aspetto delle dispute mediche, Lin Xueyu 林雪玉 e Li Wen 李雯 (2015) hanno analizzato i casi riportati nella banca dati nazionale integrale negli ultimi tre anni[VIII] scoprendo in questo modo la distribuzione di questo fenomeno tra i vari reparti. Dai dati emerge che il 30,86% delle dispute è avvenuto nei reparti di chirurgia, il 18,43% in quelli di medicina interna, il 14,69% in quelli di ortopedia e l'11,34% i quelli ostetrico-ginecologici.

1.4 Differenza nel grado di fiducia tra ospedali di diverso livello.

Gli ospedali cinesi vengono classificati in diversi livelli sulla base di molteplici criteri. Tracciando un paragone tra ospedali di alto e basso livello è possibile riscontrare un diverso grado di fiducia tra medico e paziente.

Secondo alcune ricerche, tale rapporto di fiducia è migliore negli ospedali di basso livello rispetto a quelli di livello più alto. Il personale sanitario intervistato nel corso della quinta Indagine Sanitaria Nazionale (National Health Interview Survey – NHIS) condotta nel 2013, che riferisce di percepire la fiducia dei pazienti verso la propria attività varia nella sua percentuale in relazione alla tipologia di ospedale: nei grandi ospedali urbani (44,4%); nelle cliniche sanitarie di *township* o comune (52,3%); nei centri sanitari comunitari (53,7%). Al contrario, lo stesso personale sanitario identifica i pazienti che non hanno fiducia nei propri confronti in queste proporzioni: nei grandi ospedali urbani (12,7%); nei centri sanitari comunitari (6%); nelle cliniche sanitarie di *township* o comune (5,1%). Dunque,

mettendo a confronto il personale sanitario nei grandi ospedali delle aree urbane con quello che opera nei centri di prima assistenza, si rileva che i primi avvertono una fiducia inferiore da parte dei pazienti (Wang Shuai 王帅, Zhang Yaoguang 张耀光, Xu Ling 徐玲, 2014).

D'altra parte, alcuni studiosi identificano due diverse tipologie di fiducia: una di carattere tecnico e una di carattere non tecnico. Sulla base di questa distinzione, raggiungono delle conclusioni di diverso tipo. Ad esempio, Huang Chunfeng 黄春锋, Huang Yuxiang 黄奕祥 e Hu Zhenglu 胡正路 (2011) hanno evidenziato che, nonostante le capacità tecnologiche degli ospedali di terzo livello siano decisamente più elevate, d'altra parte essi ospitano la grande maggioranza dei pazienti con patologie complesse, per cui il carico di lavoro del personale è notevole e i rischi elevati. In un ambiente stressante di questo tipo, vi è una probabilità molto elevata che scoppino improvvisi conflitti tra medico e paziente. Al contrario, il carico di lavoro negli ospedali di primo livello è più leggero e vi sono le condizioni per una migliore comunicazione, anche se sul piano tecnologico queste strutture si trovano in una posizione di svantaggio. Gli ospedali di secondo livello invece, occupando una posizione intermedia, hanno la possibilità di offrire una sintesi dei punti di forza di quelli di primo e terzo livello. Potranno dunque sviluppare con più facilità un equilibrio tra fiducia tecnologica e non tecnologica.

Ulteriori indagini si sono invece focalizzate sulla situazione delle aree rurali, andando ad esplorare il grado di fiducia che intercorre tra popolazione e medici nelle campagne. Ad esempio, Fang Lijie 房莉杰, Liang Xiaoyun 梁小云 e Jin Chenggang 金承刚 (2013), attraverso un'indagine che ha coinvolto due villaggi rurali della Cina centrale, evidenziano che la popolazione di quei luoghi ritiene comunemente che la competenza degli odierni medici a livello di *township* sia inferiore rispetto a quella dei medici di villaggio di un tempo, per cui nutre un senso di sfiducia nei loro confronti. La fiducia tra popolazione e medici rurali traeva origine da una fiducia non legata alla componente tecnologica ma generata dalle caratteristiche di una società simil-familiare, così come da un contesto che permetteva scambi abituali tra i diversi gruppi sociali (medici e pazienti in questo caso). Il contatto tra gruppi sociali diversi può contribuire a ridurre i pregiudizi reciproci e a migliorare l'atteggiamento verso i membri appartenenti a un gruppo diverso dal proprio. Inoltre, maggiore è il contatto con il gruppo di riferimento, maggiori sono le possibilità di sviluppare un sentimento di familiarità e, sulla base di tale sentimento, creare un senso di identità comune e fiducia reciproca (Liu Xuefeng 贺雪峰, 2011).

2) Il rapporto di fiducia tra medico e paziente: situazione attuale e tendenze

I dati raccolti da alcune indagini condotte su larga scala e ricerche accademiche evidenziano che il rapporto di fiducia tra medico e paziente in Cina si sta progressivamente deteriorando. Una tendenza che trova conferma concreta in molteplici dimensioni, tra cui: la frequenza con cui emergono dispute e conflitti violenti; la proporzione dei pazienti che si ritiene soddisfatta del servizio sanitario; la stessa valutazione di medici e pazienti del loro rapporto e livello di fiducia reciproca.

2.1 Le dispute tra medico e paziente: un fenomeno in rapida ascesa.

Feng Junmin 冯俊敏 e altri ricercatori (2013) hanno preso in esame 418 documenti relativi al periodo 2003-2012, rilevando in questo modo che le dispute tra medico e paziente rappresentano una tendenza in costante crescita. Nel 2010, in tutta la Cina si sono verificati 17.243 casi di violenze contro il personale sanitario[IX], quasi 7.000 casi in più rispetto al 2005 (Zhao Xiaoming 赵晓明, 2012). Yang Lianzhong 杨连忠, Wang Xiaomin 王晓敏 e Zhang Weixing 张蔚星 (2011) hanno condotto un'analisi sui 107 casi di dispute mediche avvenute tra gennaio 2006 e dicembre 2010 in un ospedale di terzo livello classe A della Cina settentrionale. Da questi dati emerge di nuovo che le dispute mediche rappresentano una tendenza che si manifesta con intensità crescente ma anche che pochissimi di questi casi vengono gestiti e risolti attraverso canali legali.

2.2 I casi di violenza all'interno degli ospedali: una dinamica in sensibile crescita.

Nel 2012, la Chinese Hospital Association ha condotto un'indagine su scala nazionale relativa alla situazione delle violenze negli ospedali che ha coinvolto 316 ospedali, 8.838 membri del personale sanitario e 8.204 pazienti. I risultati ottenuti mettono in luce la seguente situazione: i casi di personale sanitario che subisce invettive o minacce rappresenta una situazione piuttosto comune e la percentuale di ospedali in cui si verificano dei conflitti è aumentata dal 90% nel 2008 al 96% nel 2012; i casi di personale sanitario fisicamente assalito e che ha riportato delle chiare lesioni a seguito di questi incedenti sono aumentati di frequenza anno dopo anno e la percentuale di ospedali coinvolti in eventi di questo tipo è salita dal 47,4% nel 2008 al 63,7% nel 2012; la proporzione di ospedali che dimostra un'incidenza di almeno sei casi di violenza ogni anno è aumentata costantemente: nel 2012 questa misura risultava due volte superiore rispetto al 2008 (da 4,5% a 8,3%). Facendo una media, [in ogni ospedale] si sono verificati da uno a tre incidenti di questo genere, con un

picco nel 2012 (Jia Xiaoli 贾晓莉, Zhou Hongzhu 周洪柱, Zhao Yue 赵越, Zheng Lili 郑莉丽, Wei Qi 魏琪, Zheng Xueqian 郑雪倩, 2014).

2.3 Diminuzione della soddisfazione dei pazienti verso il servizio sanitario.

Secondo quanto riportato dal personale sanitario in occasione della quinta Indagine Sanitaria Nazionale del 2013, il grado di soddisfazione dei pazienti verso il servizio da loro erogato presenta la seguente situazione: l'85,2% dei pazienti si dimostra soddisfatto del servizio; il 12,2% si ritiene parzialmente soddisfatto e il 2,6% non soddisfatto. In rapporto con i risultati dell'indagine del 2008, la porzione di pazienti soddisfatti è diminuita di 5,8 punti percentuali, mentre quella di pazienti non soddisfatti è aumentata di 0,9 punti percentuali. Dunque, il grado di insoddisfazione dei pazienti verso i servizi erogati è complessivamente aumentato nel corso del tempo (Wang Shuai 王帅, Zhang Yaoguang 张耀光, Xu Ling 徐玲, 2014).

2.4 Calo della considerazione di medico e paziente verso la reciproca relazione.

Attraverso un'analisi statistica che ha coinvolto 1.057 membri del personale sanitario di diverse città e il resoconto di alcuni casi tipici avvenuti in Cina negli ultimi anni, Xu Ying 徐英 (2013) ha rilevato che il 40,68% dei soggetti intervistati ritiene che l'attuale relazione tra medico e paziente sia inadeguata; il 61,68% avverte l'esistenza di uno stato di tensione in questa relazione; il 39,26% sostiene che, come principio per portare avanti le cure, nell'attuale ambiente medico sarebbe necessario evitare qualunque genere di disputa.

2.5 Calo della considerazione di medico e paziente verso la reciproca fiducia.

In riferimento alla mutevole situazione relativa alla fiducia tra medico e paziente, nel 2008 il team coinvolto nella quarta Indagine Sanitaria Nazionale ha condotto alcuni sondaggi e reso noti i risultati della "Indagine di ricerca sulla relazione medico-paziente in Cina".[X] Alla domanda: "Negli ultimi anni che cambiamento crede sa avvenuto in merito al livello di fiducia reciproca tra medico e paziente?", il 48,8% dello staff sanitario risponde che il livello di fiducia è diminuito; mentre il 28% non crede sia avvenuto alcun cambiamento. La percentuale di membri del personale sanitario che rileva un calo nella fiducia dei pazienti è più alta negli ospedali urbani di terzo livello (il 59,5%) e, di conseguenza, inferiore nelle cliniche di *township* (28,5%). Nel 2013, nell'ambito della quinta Indagine Sanitaria Nazionale, si è indagato in merito alla percezione dei membri del

personale sanitario in riferimento al grado di fiducia che i pazienti nutrono nei loro confronti: il 47,9% ritiene che i pazienti si fidino; il 42,4% evidenzia una relativa fiducia; il 9,7% sostiene che i pazienti non si fidino. Rispetto al 2008, la quantità di medici che ritiene di godere della fiducia dei pazienti è calata di 22,1 punti percentuali; al contrario, il numero di quelli che percepiscono la sfiducia dei pazienti è aumentato di 6,8 punti percentuali, a dimostrazione del generale aumento nella percezione dei medici della sfiducia dei pazienti (Wang Shuai 王帅, Zhang Yaoguang 张耀光, Xu Ling 徐玲, 2014).

Dunque, i dati riportati dalle diverse indagini e ricerche, evidenziano tutti – e sulla base di diverse prospettive – che la situazione di fiducia reciproca tra medico e paziente ha già raggiunto un notevole livello di gravità.

3) Il rapporto di fiducia tra medico e paziente: panoramica delle indagini

Le indagini condotte dai vari ricercatori sulla fiducia tra medico e paziente possono essere orientativamente riassunte tenendo in considerazione i seguenti tre aspetti: strumenti di misurazione; impatto dei fattori individuali; analisi delle funzioni.

3.1 Strumenti di misurazione.

Al di fuori della Cina, le ricerche e i risultati relativi alla misurazione della fiducia tra medico e paziente sono numerosi. Oggetto d'analisi di tali ricerche sono principalmente i medici, le istituzioni sanitarie, le compagnie assicurative, il sistema sanitario e il personale medico – anche se la maggior parte di esse si concentra sull'aspetto relativo alla fiducia dei pazienti nei confronti di medici e istituzioni sanitarie. Alcune delle scale di misurazione della fiducia tra medico e paziente utilizzate in Cina sono state create attraverso l'adozione o l'adattamento di quelle realizzate all'estero. Ad esempio, Dong Enhong 董恩宏 e Bao Yong 鲍勇 (2012) hanno sviluppato una versione in cinese rivisitata della Wake Forest Physician Trust Scale (WFPTS) che tiene conto di due dimensioni: l'umanità e la competenza tecnica. Entrambe le dimensioni presentano cinque voci, utilizzate per misurare il livello di fiducia dei pazienti nei confronti dei medici. Zhang Yan 张艳 (2012) ha invece sviluppato una versione cinese della Healthcare Relationship Trust Scale. Ha preso in considerazione 204 pazienti affetti da AIDS nei distretti di Changsha e Hengyang, creando uno strumento di misurazione basato su tre dimensioni: comunicazione interpersonale, cooperazione professionale e fattori economici, con un totale di 15 voci.

Allo stesso tempo, ci sono anche dei ricercatori che hanno tentato di costruire degli strumenti di misurazione della fiducia tra medico e pazienti specificamente orientati al contesto cinese. Ad esempio, Dong Enhong 董恩宏 (2011), sulla base del Metodo Delphi ha costruito il primo sistema indicizzato cinese di valutazione basato sul controllo qualità del settore sanitario. Tale sistema tiene conto di sei dimensioni di misurazione, ovvero: reattività, competenza tecnica, umanità, qualità di diagnosi e trattamenti, comunicazione e complessivo livello di fiducia (per un totale di 24 voci). Li Yaowei 李耀炜 (2013), concentrandosi sulla prospettiva dei pazienti, ha elaborato un sistema di misurazione dell'influenza che il servizio sanitario in Cina ha nel determinare il loro livello di fiducia. Esso tiene conto di tre dimensioni: le istituzioni sanitarie, il personale medico e l'ambiente medico.

In sintesi, in Cina nel campo della misurazione della fiducia tra medico e paziente manca ancora una scala di rilevamento che sia autorevole e generalmente riconosciuta come valida, mentre la raccolta di dati si basa su campioni ristretti, al punto che alcuni strumenti di misurazione vengono considerati inattendibili per condurre indagini.

3.2 Impatto dei fattori individuali.

L'analisi di questo aspetto verrà sviluppata operando una distinzione tra medico e paziente.

Il paziente. Gli elementi che esercitano una maggiore influenza sulla fiducia sono identificabili nei seguenti aspetti: caratteristiche demografiche; classe sociale di appartenenza; coinvolgimento nel percorso di cure; percezione dell'adempimento del patto psicologico. Le ricerche mettono in evidenza i fattori che possono influenzare lo status della relazione tra medico e paziente identificandoli nel livello di istruzione del paziente; nella sua condizione economica; nel suo contesto familiare (Chen Yanling 陈燕凌, Mu Yunqing 穆云庆, Chen Liming 陈黎明, Li Shuzhang 李书章, 2012). I pazienti appartenenti ad una classe sociale più elevata sembrano svolgere un ruolo più attivo nell'interazione con il personale medico e infermieristico, sono maggiormente propensi ad esporre i propri dubbi e a chiedere spiegazioni (Xie Wei 谢铮, Qiu Zeqi 邱泽奇, Zhang Tuohong 张拓红, 2009). L'interazione propositiva e la comunicazione permettono di accrescere il grado di fiducia reciproca. Alcuni dati dimostrano una correlazione tra dispute mediche e carico della spesa sanitaria: la maggior parte dei pazienti che entrano in contrasto o conflitto con medici o ospedali appartengono alla fascia sociale a basso reddito. Al

contrario questa situazione coinvolge raramente le classi sociali ad alto reddito (Zheng Daxi 郑大喜, 2010). Il coinvolgimento dei pazienti nel processo di cura costituisce un altro elemento importante nel generare fiducia tra medico e paziente. Il servizio sanitario rappresenta per sua natura un contesto che implica un alto livello di interazione (*high-level contact*). La possibilità per il paziente di godere di un elevato coinvolgimento nel corso del trattamento e dell'accesso a tutte o a gran parte delle informazioni relative fa sì che il suo timore diminuisca (Liu Wenbo 刘文波, Wang Guobin 王国斌, Zhang Liang 张亮, Chen Rongqiu 陈荣秋, 2009); che si sviluppi un senso di gratificazione e che, in ultima analisi, la reciproca fiducia tra medico e paziente si rafforzi. Altre ricerche hanno messo in luce che la percezione da parte del paziente del rispetto del patto psicologico può indurre dei cambiamenti nel rapporto di fiducia. Il patto psicologico si costruisce sulla base dell'interazione tra le due parti, su di un sottinteso insieme di aspettative implicite (Levinson, 1962) e differisce chiaramente da un patto formale. Le implicite aspettative del paziente si fondano sulla sua cognizione del ruolo sociale di medico e medicina, degli obblighi professionali, degli standard del servizio medico. Sono dunque il prodotto di un insieme composito di percezioni soggettive in riferimento alle responsabilità e ai doveri di entrambe le parti. Una volta che il paziente reputi che medici o medicina abbiano in qualche modo trasgredito l'opportuna condotta, è possibile che venga a generarsi un immediato senso di insoddisfazione e che il rapporto di fiducia venga messo in discussione, al punto di risultare indebolito o distrutto (Li Deling 李德玲, Lu Jingguo 卢景国, 2011).

Il medico. In considerazione del loro impatto sulla relazione di fiducia con il paziente, Ozawa e Sripad (2013) individuano alcune caratteristiche personali del medico: onestà (*honesty*), comunicazione (*communication*), competenza (*competence*), sicurezza (*confidence*), fedeltà al proprio ruolo (*fidelty*), imparzialità (*fairness*), tutela della privacy (*confidentiality*). Ma Zhiqiang 马志强, Sun Ying 孙颖 e Zhu Yongyue 朱永跃 analizzano la mancanza di fiducia nella relazione tra medico e paziente sulla base di un modello integrativo che considera i tre aspetti di integrità (*integrity*), buonafede (*benevolence*) e capacità (*ability*). Tale mancanza di fiducia risulta strettamente connessa ad una scarsa capacità medica. Alcuni incidenti e dispute sanitarie sono conseguenza di diagnosi errate e di alcuni limiti delle condizioni degli ospedali. La buonafede e l'integrità possono generare nei pazienti un senso di tranquillità e di rispetto, quindi produrre un senso di fiducia. D'altra parte, esse si realizzano concretamente e principalmente nella formulazione di diagnosi e trattamenti accurati.

3.3 Analisi delle funzioni.

Gli studiosi occidentali analizzano l'influenza positiva che la fiducia tra medico e paziente esercita sull'atteggiamento, sul comportamento e sulla risposta clinica del paziente considerando tre aspetti principali: la capacità di migliorare la disposizione del paziente a seguire le indicazioni del medico, al punto da indurlo ad accettare i disagi e dolori derivanti dal trattamento (Thom, Bloch & Segal, 1999); la capacità di far sì che il paziente mantenga un'attitudine collaborativa continuativa con il medico e non decida quindi di cercare diagnosi e piani clinici alternativi (Safran *et al.*, 1998); la capacità di migliorare la percezione del paziente relativa alle proprie condizioni di salute, accelerandone il ripristino tanto sul piano fisico quanto su quello mentale (Mohseni & Lindstrom, 2007). Considerando invece le ricerche cinesi, Xie Qinhong 谢琴红, Lai Jia 赖佳, He Jing 何静 e Song Xingyong 宋兴勇 (2015) hanno osservato l'impatto della fiducia tra medico e paziente sulla condotta del paziente a seguito del trattamento. Per farlo hanno utilizzato come strumenti di indagine le versioni cinesi della Wake Forest Physician Trust Scale (comprendente le due dimensioni di umanità e competenza tecnica) e della scala di misurazione del comportamento dei pazienti a seguito dei trattamenti (comprendente due dimensioni: tendenza a tornare dallo stesso medico e a "raccomandarlo"). Ricerche empiriche indicano che la percezione del paziente del senso di umanità non eserciterebbe alcuna significativa influenza sulla sua tendenza a raccomandare ad altri pazienti lo stesso medico o a rivolgersi nuovamente ai suoi trattamenti in futuro. Al contrario, la percezione del paziente della competenza tecnica del medico sembra avere una significativa influenza in questo senso. Ciò starebbe a significare che, in questo ambito, la fiducia del paziente nella competenza del medico esercita una maggiore influenza rispetto alla fiducia verso il suo livello di umanità. Dunque, nonostante non tutte le dimensioni di fiducia esercitino un'influenza diretta nell'implementare l'efficienza clinica, è pur vero che – per innalzare il grado di soddisfazione dei pazienti verso il servizio sanitario e la qualità della vita – stabilire una sana relazione di fiducia tra medico e paziente rappresenta in ogni caso una scelta obbligata per le istituzioni sanitarie e per tutta la società.

Nel 2008, il team di ricerca della quarta Indagine Sanitaria Nazionale ha rilevato che la fiducia tra medico e paziente può esercitare un notevole impatto sull'atteggiamento, sul comportamento e sulle condizioni psicologiche del personale sanitario. In concreto, una fiducia positiva può promuovere uno stato d'animo positivo e aumentare il grado di gratificazione professionale. Al contrario, il logoramento della fiducia può suscitare uno

stato d'animo negativo; abbassare il livello di soddisfazione professionale; diminuire il coinvolgimento lavorativo; generare una condizione di stress e esaurimento, al punto da degenerare in tendenze depressive vere e proprie e nella disposizione del personale sanitario ad abbandonare il proprio lavoro (Centro Statistico del Ministero della Sanità, 2010).

Inoltre, in un contesto di generale sfiducia – allo scopo di evitare l'emergere di conflitti – il personale sanitario tende ad adottare una serie di strategie di autoprotezione. Ad esempio, può decidere di condurre una grande quantità di test ed esami; richiedere consulenze e accertamenti superflui in altri ospedali; evitare di formulare diagnosi o di adottare terapie con un potenziale di rischio elevato. Conseguenza ancor più preoccupante è il fatto che alcuni medici decidano di non trattare pazienti in condizioni particolarmente critiche e di astenersi dal condurre operazioni ad alto rischio. In questo modo si produce un effetto a catena, in quanto questa condotta da parte dei medici ha a sua volta l'effetto di danneggiare ulteriormente la fiducia tra le due parti (Yu Dongliang 于栋梁, 2010).

4) Le ricerche condotte: mancanze e prospettive

Nonostante si siano registrati sostanziali progressi nel campo di studio della fiducia tra medico e paziente, rimane ancora ampio margine per ulteriori approfondimenti.

4.1 Metodi e strumenti di ricerca.

Innanzitutto, si evidenzia la necessità di compiere decisivi passi avanti nel campo della valutazione della fiducia medico-paziente e nella realizzazione di un sistema di indici per tale valutazione. Non sono ancora state condotte ricerche ad ampio spettro in tal senso. Nonostante numerose indagini si siano confrontate con lo stato di crisi della relazione tra medico e paziente, esse hanno principalmente trattato ed evidenziato l'aspetto delle dispute e dei casi di conflitto tra le due parti. Esistono quindi ancora delle lacune in riferimento a indicatori fissi che possano riflettere nel suo complesso l'effettiva situazione e prendere in considerazione la totalità delle sue variabili. In questo senso, si ritiene che la tecnologia dei *big data*, apparsa solo in anni recenti, potrà determinare una svolta nella classificazione ed elaborazione dei dati nel campo della ricerca.

In secondo luogo, sul piano dell'esaustività e applicabilità nella realizzazione di scale di misurazione della fiducia esistono ancora delle lacune. Tali mancanze si esprimono principalmente nei seguenti aspetti: il metodo di misurazione della fiducia e quello di

acquisizione dei dati attualmente utilizzati si realizzano principalmente sulla base di campioni limitati; il campo di rilevamento della fiducia tra medico e paziente si trova ancora in una situazione confusa. Infatti, non esiste una scala di misurazione autorevole e generalmente riconosciuta come valida, tanto che alcuni strumenti non vengono ancora considerati attendibili per condurre delle indagini; molte scale di misurazione sono orientate al rilevamento della fiducia dei pazienti nei confronti di medici, istituzioni e personale sanitario (al contrario, quelle relative alla fiducia dei medici nei confronti dei pazienti sono ancora piuttosto scarse); scale di misurazione applicabili alle specificità del contesto cinese sono ancora una rarità e molte di quelle utilizzate in Cina sono rivisitazioni o acquisizioni di scale straniere. Di conseguenza, in considerazione delle differenze che sussistono tra i sistemi sanitari e la cultura medica dei vari paesi, alcune voci non sono in alcun modo applicabili alla peculiare realtà cinese. Creare delle scale di misurazioni e degli indici rispondenti al contesto cinese rappresenta un punto chiave per future indagini di ricerca.

Inoltre, in questo ambito – rare sono anche le ricerche sperimentali sul *behavioral decision-making*.[XI] Nonostante una grande quantità di ricerche abbia esplorato la fiducia tra medico e paziente, esse hanno impostato il proprio approccio esclusivamente sull'aspetto delle ordinarie relazioni interpersonali o istituzionali. In realtà, la relazione tra medico e paziente possiede delle caratteristiche e dei meccanismi che differiscono grandemente da tali relazioni, in quanto la loro fiducia reciproca deve confrontarsi con una maggiore asimmetria informativa e un più elevato livello di rischio rispetto a quella che sussiste nelle normali relazioni interpersonali. Dunque, è necessario sviluppare delle ricerche sperimentali che si focalizzino sui meccanismi psicologici e comportamentali della fiducia tra medico e paziente sul piano dell'informazione, della cognizione e del *decision making*. Molti test vengono ancora condotti all'interno dei laboratori di ricerca, soltanto pochi utilizzano il metodo sperimentale sviluppato in anni recenti per condurre indagini nel campo della scienza sociale. Si evidenzia l'urgente necessità di promuovere la ricerca nel reale contesto sociale, e implementare un corrispondente metodo sperimentale.

4.2 Contenuto delle ricerche.

Innanzitutto, la riflessione sui meccanismi psicologici sociali azionati dalla fiducia e crisi della fiducia tra medico e paziente (che a sua volta coinvolge la fiducia e crisi della fiducia della società) è ancora nella sua fase iniziale. Attualmente, le ricerche in merito si concentrano soprattutto su discussioni teoriche, casi di studio, indagini sulla situazione complessiva e analisi di macro livello. Al contrario, sono ancora rare le ricerche empiriche

basate su modellizzazioni: mancano un'interpretazione teorica di micro livello e un'analisi dei processi di tipo dinamico ed ecologico. Allo stesso tempo, nonostante le ricerche esistenti abbiano raggiunto un certo consenso nel definire che elementi quali cultura medica, sistema sanitario, valori etico-morali, relazioni interpersonali, caratteristiche individuali ecc. svolgano delle importanti funzioni nella fiducia tra medico e paziente, rimangono ancora degli aspetti incerti: qual è il sistema di interazione delle rispettive funzioni di questi elementi? In che modo tale fiducia a partire da un livello personale si sviluppa sul piano interpersonale, di gruppo e infine sociale trasformandosi in una dinamica e mentalità propria della società cinese?[XII] E, a sua volta, questa dinamica in che modo dal piano sociale si muove ad un livello di gruppo e ancora ad uno interpersonale e personale? Il sistema di psicologia sociale coinvolto in questo processo alternante e restitutivo necessita ancora delle attente considerazioni.

In secondo luogo, ulteriori ricerche sono necessarie per indagare i meccanismi di costruzione e mantenimento della fiducia. Attualmente, nonostante vi siano alcune ricerche che si focalizzano sul modello di sviluppo dinamico della relazione di fiducia, esse si costruiscono sostanzialmente sull'impostazione base del comportamento organizzativo. Nella maggior parte dei casi infatti analizzano la relazione di fiducia in ambienti convenzionali come aziende o organizzazioni, in cui l'enfasi viene posta sulla relazione tra colleghi e sottoposti – ben diversa da quella che esiste tra medico e paziente. Le ricerche che indagano la relazione medico-paziente si concentrano sostanzialmente sull'analisi di fattori statici, mentre discussioni sui modelli dinamici sono state pubblicate solo di rado.

Infine, nel campo dell'esplorazione di modelli volti a ristabilire la fiducia tra medico e paziente, vi è ampio margine di ricerca sia sul piano teorico che su quello pratico. Qual è il nodo cruciale per ristabilire la fiducia? È possibile ristabilire la fiducia nella relazione interpersonale tra medico e paziente? Nel caso non sia possibile, sarebbe invece possibile ristabilirla sul piano sociale invece che su quello interpersonale? Attualmente la soluzione è da rintracciarsi ad un macro livello, ad esempio promuovendo la riforma del sistema sanitario; perfezionando i modelli medici e la percezione della medicina; costruendo un sistema di fiducia a livello sociale. Ma la riforma del sistema sanitario si trova ancora in una fase di esplorazione; la trasformazione dei modelli medici e lo sviluppo dell'idea di medicina sono processi che richiedono tempo e costruire un sistema di fiducia a livello sociale è anch'esso un percorso a lungo termine. L'identificazione di strategie e metodi più concreti per ristabilire la fiducia tra medico e paziente rappresenta ancora un aspetto da definire attentamente tanto sul piano teorico che su quello pratico.

Riferimenti bibliografici

Chen Yanling 陈燕凌, Mu Yunqing 穆云庆, Chen Liming 陈黎明, Li Shuzhang 李书章, 2012, "Zonghe yiyuan yihuan guanxi yingxiang yinsu de diaocha yu yanjiu" 综合医院医患关系影响因素的调查与研究 (Indagine di ricerca sui fattori che influenzano la relazione medico-paziente negli ospedali generali), in *Chongqing yixue*, 3.

Dong Enhong 董恩宏, 2012, "Goujian jiyu yiliao zhiliang guanli he xiangguan yanjiu de huanzhe zhixi du pinggu zhibiao tixi" 基于医疗质量管理的患者信任度评价指标体系构建及相关研究 (Costruzione di un sistema di indici per la valutazione della fiducia del paziente basato sulla gestione della qualità medica e ricerche correlate), Tesi di dottorato, Shanghai Jiaotong University.

Dong Enhong 董恩宏, Bao Yong 鲍勇, 2012, "Weike senlin yishi xinren liangbiao" 维克森林医师信任量表 in *Zhongguo xinli weisheng zazhi* (Wake Forest Physician Trust Scale), 3.

Fang Lijie 房莉杰, Liang Xiaoyun 梁小云, Jin Chenggang 金承刚, 2013, "Xiangcun shehui zhuanxing shiqi de yi huan xinren: yi woguo zhongbu diqu liang cun wei li" 乡村社会转型时期的医患信任: 以我国中部地区两村为例 (La fiducia tra medico e paziente nel periodo della trasformazione della società rurale: caso di studio di due villaggi della Cina centrale) in *Shehui xue yanjiu*, 2.

Feng Junmin 冯俊敏, Li Yuming 李玉明, Han Chenguang 韩晨光, Xu Lei 徐磊, Duan Lisa 段力萨, 2013, "418 Pian yiliao jiufen wenxian huigu xing fenxi" 418 篇医疗纠纷文献回顾性分析 (Analisi retrospettiva di 418 documenti relativi a casi di controversie mediche) in *Zhongguo yiyuan guanli* , 9.

Huang Xiaotong 黄晓晔, 2013, "*Guanxi xinren* he yi huan xinren guanxi de chongjian" "关系信任" 和医患信任关系的重建 ("Fiducia basata sulle *guanxi*" e ricostruzione della relazione di fiducia tra medici e pazienti) in *Zhongguo yixue lunli xue*, 3.

Huang Chunfeng 黄春锋, Huang Yuxiang 黄奕祥, Hu Zhenglu 胡正路, 2011, "Yihuan xinren diaocha jiqi yingxiang yinsu qianxi" 医患信任调查及其影响因素浅析 (Ricerca sulla fiducia tra medico e paziente medici e analisi dei fattori che la influenzano) in *Yixue yu zhexue*, (edizione di Scienze Umanistiche e Medicina sociale), 4.

He Yanjie 赫艳杰, Zhang Xinqing 张新庆, Lan Liji 兰礼吉, 2011, "Ba sheng shi hu huan guanxi jinzhang zhuangkuang, youyin yu duice" 八省市护患关系紧张状况、诱因与对策 (Tensione nella relazione tra personale infermieristico e paziente in otto province e città cinesi, cause e contromisure) in *Zhongguo yixue lunli xue*, 6.

Jia Xiaoli 贾晓莉, Zhou Hongzhu 周洪柱, Zhao Yue 赵越, Zheng Lili 郑莉丽, Wei Qi 魏琪, Zheng Xueqian 郑雪倩, 2014, "2003 Nian—2012 nian quanguo yiyuan changsuo baoli shang yi qingkuang diaocha yanjiu" 2003 年—2012 年全国医院场所暴力伤医情况调查研究 (Indagine sulla situazione dei conflitti violenti negli ospedali cinese dal 2003 al 2012) in *Zhongguo yiyuan*, 3.

Li Yaozhen 李耀炜, 2013, "Jiyu xiaofei zhe shijiao de wo guo yiliao fuwu dui huanzhe xinren du de yingxiang yanjiu" 基于消费者视角的我国医疗服务对患者信任度的影响研究 (Prospettiva del paziente sull'impatto del servizio sanitario cinese nel suo livello di fiducia), Tesi di dottorato, Shijiazhuang School of Economics.

Li Deling 李德玲, Lu Jingguo 卢景国, 2011, "Cong huanzhe shijiao kan yu she xing xinren/bu xinren jiqi genyuan" 从患者视角看预设性信任/不信任及其根源 (Presupposti della fiducia/sfiducia e sua origine dalla prospettiva del paziente) in *Zhongguo yixue lunli xue*, 2.

Lin Xueyu 林雪玉, Li Wen 李雯, 2015, "1.552 li yiliao jiufen tiaocha fenxi" 1.552 例医疗纠纷调查分析 (Analisi di 1.552 controversie mediche) in *Zhongguo yiyuan*, 2.

Liu Wenbo 刘文波, Wang Guobin 王国斌, Zhang Liang 张亮, Chen Rongqiu 陈荣秋, 2009, "Jiyu guke canyu de yyiiao fuwu guanli" 基于顾客参与的医疗服务管理 (Gestione del servizio medico sulla base del coinvolgimento del paziente) in *Zhongguo yiyuan guanli*, 3.

Ma Zhiqiang 马志强, Sun Ying 孙颖, Zhu Yongyue 朱永跃, 2012, "Jiyu xinren xiufu gui yin moxing de yihuan xinren xiufu yanjiu" 基于信任修复归因模型的医患信任修复研究 (Ricerca sulla ricostruzione della fiducia tra medico e paziente sulla base del modello di attribuzione della fiducia) in *Yixue yu zhexue*, (Edizione di Scienze Umanistiche e Medicina Sociale), 11.

Qu Yinghe 屈英和, Tian Yipeng 田毅鹏, Zhou Tongmei 周同梅, 2010, "*Guanxi jiuyi* xianxiang de diaocha yu fenxi" "关系就医" 现象的调查与分析 (Indagine e analisi del fenomeno delle *guanxi* nella pratica medica) in *Yixue yu zhexue*, (Edizione di Scienze Umanistiche e Medicina Sociale), 2.

Wang Jiangjun 王将军, Zhong Lintao 钟林涛, Zeng Qing 曾庆, Chen Gang 陈钢, Han Peng 韩鹏, Xu Shuqiang 许树强, 2015, "Beijing mou san ji jia deng yiyuan 2009-2013 nian yiliao tousu shuju fenxi" 北京某三级甲等医院 2009-2013 年医疗投诉数据分析 (Analisi dei dati relativi ai reclami medici tra 2009 e 2013 di ospedale di terzo livello categoria A di Pechino) in *Zhongguo yiyuan guanli*, 1.

Wang Shuai 王帅, Zhang Yaoguang 张耀光, Xu Ling 徐玲, 2014, "Di wu ci guojia weisheng fuwu diaocha jieguo zhi san: yiwu renyuan zhiye huanjing xianzhuang" 第五次国家卫生服务调查结果之三: 医务人员执业环境现状 (Terza parte del risultato di ricerca della quinta Indagine Sanitaria Nazionale: condizioni dell'ambiente di lavoro del personale medico) in *Zhongguo weisheng xinxi guanli*, 4.

Weisheng bu tongji xinxi zhongxin 卫生部统计信息中心, 2010, "Zhongguo yi huan guanxi diaocha yanjiu: Di si ci guojia weisheng fuwu diaocha zhuanti yan jiu baogao (er)" 中国医患关系调查研究: 第四次国家卫生服务调查专题研究报告 (二) (Indagine sulla relazione tra medico e paziente in Cina: rapporto speciale della quarta Indagine Sanitaria Nazionale – 2), in *China Union Medical University Press*, Pechino.

Xu Ying 徐英, 2013, "Yi huan guanxi wenjuan diaocha fenxi ji duice yu jianyi" 医患关系问卷调查分析及对策与建议 (Sondaggio sulla relazione medico-paziente, contromisure e proposte) in *Zhongguo baojian yingyang*, 1.

Xie Qinhong 谢琴红, Lai Jia 赖佳, He Jing 何静, Song Xingyong 宋兴勇, 2015, "Huanzhe houxu xingwei yixiang jiqi yu xinren du de guanxi" 患者后续行为意向及其与信任度的关系 (Relazione tra comportamento del paziente a seguito delle cure e livello di fiducia) in *Yixue yu zhexue* (Edizione di Scienze Umanistiche e Medicina Sociale), 5.

Xie Wei 谢铮, Qiu Zeqi 邱泽奇, Zhang Tuohong 张拓红, 2009, "Huanzhe yinsu ruhe yingxiang yi fang dui yi huan guanxi de kanfa" 患者因素如何影响医方对医患关系的看法 (Influenza esercitata dal fattore paziente sulla valutazione del medico della relazione medico-paziente) in *Beijing Daxue Xuebao* (Edizione di Medicina), 2.

Yang Lianzhong 杨连忠, Wang Xiaomin 王晓敏, Zhang Weixing 张蔚星, "Mou sanjia yiyuan 107 li yiliao jiufen fenxi", 2011, 某三甲医院 107 例医疗纠纷分析 (Indagine su 107 controversie mediche in un ospedale di terzo livello categoria A) in *Zhonggguo yiyuan guanli*, 8.

Yu Dongliang 于栋梁, 2010, "Yihuan xinren queshi de yuanyin he duice" 医患信任缺失的原因和对策 (La mancanza di fiducia tra medici e pazienti: ragioni e contromisure) in *Yiyuan guanli*, 15.

Zhang Yan 张艳, 2012, "Aizibing huanzhe yihuan xinren liang biao de bianyi ji yingyong yanjiu" 艾滋病患者医患信任量表的编译及应用研究 (Adattamento e ricerca applicativa della scala di fiducia medico-paziente su pazienti affetti da AIDS), Tesi di Dottorato, Zhongnan University.

Zheng Daxi 郑大喜, 2010, "Jiyu heli liyi geju de yihuan xinren guanxi chongjian" 基于合理利益格局的医患信任关系重建 (Ricostruzione della relazione di fiducia tra medico e paziente sulla base del modello dell'interesse razionale) in *Yixue yu shehui*, 3.

Lee, A.Y., 2001, "The mere exposure effect: An uncertainty reduction explanation revisited" in *Personality and Social Psychology Bulletin*, vol. 27, pp. 1255-1266.

Levinson H., Price C.R., Manden K.J., Mandle H.J. Mandle & C., Solley M., 1962, *Men, Management and Mental Health, Cambridge*: Harvard University Press.

Mohseni M., Lindstrom M., 2007, "Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: The role of access to health care in a population-based study", in *Social Science & Medicine*, vol. 64, pp. 1373-1383.

Ozawa S., Sripad P., 2013, "How do you measure trust in the health system? A systematic review of the literature", in *Social Science & Medicine*, vol. 91, pp. 10-14.

Safran D.G., Koinski M., Tarlov A.R., Rogers W.H., Taira D.A., Lieberman N., Ware J.E., 1998a, "The Primary Care Assessment Survey: Tests of data quality and measurement performance", in *Medical care*, vol. 36, pp. 728-739.

Safran D.G., Taira D.A., Rogers W.H., Kosinski M., Ware J.E., Tarlov A.R., 1998b, "Linking primary care performance to outcomes of care" in *Journal of Family Practice*, vol. 3, pp. 213-220.

Safran D.G., Montgomery J.E., Chang H., Murphy J., Rogers W.H., 2001, "Switching doctors: Predictors of voluntary disenrollment from a primary physician's practice" in *Journal of Family Practice*, vol. 50, pp. 130-136.

Thom D.H., Blochi D.A., Segal E.S., 1999, "An intervention to increase patients' trust in their physicians" in *Academic Medicine*, vol. 74, pp. 195-198.

Thom D.H., Kravitz R.L., Bell R.A., Krupat E., Azari R., 2002, "Patient trust in the physician: relationship to patient requests" in *Family Practice*, vol. 19, pp. 476-483.

Thom D.H., Ribisl K.M., Stewart A.L., Luke D.A., 1999, "Further validation and reliability testing of the Trust in Physician Scale" in *Medical Care*, vol. 37, pp. 510-517.

Capo redattore: Jiang Yonghua 蒋永华

[I] *NdT*. L'espressione utilizzata in cinese è: *guanxi xinren quxiang* 关系信任取向, traducibile in inglese nei termini di *relationship-oriented trust*. Si evidenzia inoltre che il termine *guanxi* 关系 verrà mantenuto in *pinyin* o tradotto con il termine italiano "relazione" in base alle necessità del discorso.

[II] *NdT*. Per *contratto o patto psicologico* si intende "la disposizione interiore ad adempiere una obbligazione di tipo tecnico-giuridico o a vivere la relazione con spirito di collaborazione, di fiducia e con un forte impegno a che le aspettative, implicite ed esplicite, formali e informali, che sono alla base della relazione trovino una risposta reciprocamente soddisfacente." – Costa, Giovanni, Gianecchini, Martina, *Risorse Umane: persone, relazioni e valore*, New York (USA), McGraw-Hill Education, 2013. Di seguito verrà utilizzato il termine "patto" anziché "contratto" in quanto ritenuto funzionale alla scorrevolezza del testo.

[III] *NdT*. L'autore fa qui riferimento alla Teoria del Comportamento Pianificato (o *Behavioural decision Theory*). Questa teoria prevede, in sintesi, che un qualunque comportamento sia preceduto dalla volontà a metterlo in pratica. Per cui il corso delle azioni è strettamente collegato al sistema di valori e convinzioni dell'individuo e al modo in cui questi li assimila e concretizza nella realtà.

[IV] *NdT*. L'espressione "cinque *shi*" fa riferimento ai cosiddetti "cinque maestri celesti" o "cinque maestri del cielo". Questa idea è stata proposta da Xunzi 荀子 (filoso cinese vissuto tra 310 e 238 a.C.) e rispecchia i valori della società cinese di rispetto per la natura (cielo e terra), patriottismo, pietà filiale e rispetto per maestri e insegnanti. Il termine cinese *shi* 师 significa infatti "maestro", "insegnante", "modello", eccetera.

[V] *NdT*. Si fa notare infatti che il termine cinese utilizzato è *shenti* 身体 (fisico, corpo, stato di salute) non *jiankang* 健康 (salute, sano).

[VI] *NdT*. L'espressione utilizzata in cinese è *wuxing wuzang* 五行五脏 (Cinque Agenti e Cinque Organi). Si è deciso di tradurre il termine *xing* 行 con la parola "agenti" anche se la traduzione convenzionalmente adottata in italiano per *wuxing* 五行 è "Cinque Elementi" (Teoria dei Cinque Elementi). Ma come indicato da Anne Cheng, questa traduzione "presenta innanzitutto l'inconveniente di non rendere conto dell'aspetto dinamico della parola *xing* 行 (camminare, andare, agire). […] i Cinque Agenti non sono il risultato di un'analisi, ma sembrano essere originariamente concepiti in una prospettiva essenzialmente funzionale, più come processi che come sostanze." – Cheng, Anne, *Storia del Pensiero cinese. Dalle origini allo "studio del Mistero"*, Torino, Einaudi, vol. 1, 2000.

[VII] *NdT*. In cinese: *yidao ji tiandao* 医道即天道.

[VIII] *NdT*. La ricerca citata dall'autore è stata pubblicata nel 2015.

[IX] *NdT*. Il termine utilizzato in cinese è *yinao* 医闹. Quindi si tratta non solo di casi di violenza individuale ma anche di veri e propri assalti o proteste di gruppo (si veda il paragrafo II.2).

[X] *NdT*. In cinese, *Zhongguo yihuan guanxi diaocha yanjiu* 中国医患关系调查研究.

[XI] *NdT*. Il "behavioral decision-making" o "processo decisionale" è lo studio dei processi cognitivi o emotivi che portano una persona a prendere determinate decisioni. Viene studiato da diverse discipline, dalla statistica, alla psicologia all'economia.

[XII] *NdT*. Il termine cinese è *shehui xintai* 社会心态 (traducibile in inglese con l'espressione *social attitudes*).

II.3 Le *guanxi* nella pratica medica

– *Guanxi jiuyi* 关系就医–

Il termine cinese *guanxi* può essere tradotto in italiano con l'espressione "connessioni personali", "rete di relazioni interpersonali" o semplicemente "relazione". In realtà, questo termine veicola in certi casi un concetto più ampio e complesso. Le *guanxi* rappresentano una strategia informale che si basa sulla costruzione di una rete di conoscenze volta al conseguimento di diversi scopi in termini di potenziamento delle relazioni d'affari, conquista di benefici, accesso prioritario a certi servizi. La natura delle *guanxi* è stata descritta da Xiaotong Fei nei termini di "differential mode of association"[1], ovvero di una forma di associazione che mira alla costruzione di legami particolaristici che sottintendono una tendenza al favoritismo. Gli elementi costitutivi della *guanxi* sono rintracciabili in un aspetto emotivo (o affettivo) e uno strumentale, la cui proporzione varia in base all'intimità del legame.

Nel loro aspetto strumentale, le *guanxi* rappresentano una strategia volta a garantirsi l'accesso a determinate risorse (soprattutto se limitate, come nel caso della sanità); a creare un collegamento precedentemente inesistente oppure a coltivare una relazione di reciproca fiducia.

L'aspetto emotivo si riferisce invece al fatto che gli agenti coinvolti nella *guanxi* condividono un legame affettivo di qualche tipo (parentela, amicizia, stesso luogo di origine e così via fino a relazioni più deboli). I due costituenti che formano l'elemento emotivo sono le cosiddette *renqing* 人情 (i doveri dettati dalle relazioni interpersonali) e *shuren* 熟人 (le conoscenze).

Il ricorso alle *guanxi* nella pratica medica (note con il termine cinese di *guanxi jiuyi* 关系就医) rappresenta un fenomeno molto diffuso in Cina e distintivo del suo contesto socioculturale. In ambito sanitario le *guanxi* prendono la forma di "[…] personal strategies adopted by patients to navigate the uncertainties of the healthcare system and manage their access to hospital-based medical care."[2] Nonostante questo fenomeno sia ben noto e molto popolare, non esistono statistiche sistematiche che possano evidenziarne l'incidenza. D'altra parte, sono stati condotti diversi studi quantitativi che aiutano a fornire indicazioni

[1] Fu, Longwen, Chan, Cheris Shun-Ching, "The Hippocratic Dilemmas – *Guanxi* and professional work in Hospital Care in China" in *China Perspectives*, 4, 2016, p. 19.
[2] Zou, Xiang, Cheng, Yu, Nie, Jing-Bao, "The social practice of medical *guanxi* (personal connections) and patient-physician trust in China: an anthropological and ethical study" in *Developing World Bioethics*, September 2017, p. 47.

sulle proporzioni del fenomeno. In un ospedale nella provincia del Zhejiang, ad esempio, il 93% dei 72 medici intervistati risultava aver curato dei pazienti con delle *guanxi*.[3]

Un altro studio condotto in alcuni ospedali terziari delle aree urbane nel nord della Cina riporta che il 55% dei pazienti intervistati aveva mobilitato le proprie *guanxi* per assicurarsi un miglior trattamento.[4]

Le ragioni per cui i pazienti decidono di ricorrere alle *guanxi* possono essere svariate ma è comunque possibile rintracciare alcuni scopi principali e più comuni. Zou Xiang – insieme ad altri ricercatori – ha individuato tre motivazioni più frequenti: accedere a cure di qualità più elevata condotte da medici esperti; migliorare la (qualità della) comunicazione con il medico; evitare trattamenti e test dispendiosi e superflui.[5] In ognuno di questi casi esse rappresentano per molti aspetti una strategia di difesa che riflette lo scetticismo dei pazienti verso la condotta (anche morale) dei medici e la loro consapevolezza delle storture proprie del sistema sanitario nel suo complesso. In linea generale, i pazienti guardano con favore alla pratica delle *guanxi*, in quanto le considerano uno strumento capace di migliorare la comunicazione e la relazione con il medico, di ridurre il rischio di trattamenti non necessari e di garantire loro l'accesso (anche prioritario) a trattamenti adeguati e di qualità.

La posizione dei medici è invece più complessa e composita. Innanzitutto, gestire i pazienti che esercitano delle *guanxi* non è affatto semplice. Il medico si trova a dover risolvere uno spinoso dilemma: quello di dover scegliere o trovare un equilibrio fra l'aderenza al codice di professionalità medica e l'adempimento ai suoi "doveri interpersonali" (*renqing* 人情) legati al "sistema" della *guanxi*. La logica particolaristica propria delle *guanxi* è certamente in contrasto con alcuni valori professionali, quali l'universalismo, l'orientamento collettivo e la neutralità affettiva.[6] D'altra parte, il medico cinese che non rispettasse il sistema delle *renqing* rischierebbe di perdere pazienti e prestigio sociale, verrebbe considerato arrogante, egoista, "hearthless and disloyal" (*wuqing wuyi* 无情无义).

In base all'intimità del rapporto tra medico e paziente, le *guanxi* sanitarie possono essere deboli, moderate o forti. In considerazione della diversa tipologia di *guanxi*, il medico decide di utilizzare diverse strategie per bilanciare la propria condotta.[7] In generale i

---

[3] Fu, Chan, *op. cit.*, p. 19. Fu, Longwen, Chan, Cheris Shun-Ching, "The Hippocratic Dilemmas – *Guanxi* and professional work in Hospital Care in China" in *China Perspectives*, 4, 2016, p. 19.
[4] Zou, Cheng, Nie, *op. cit.*, p. 47.
[5] *Ivi*, p. 48.
[6] Fu, Chan, *op. cit.*, p. 19.
[7] *Ibidem*. Le informazioni riportate di seguito in merito alle strategie adottate dal medico per gestire i pazienti che esercitano diverse tipologie di *guanxi* vengono riproposte sulla base dell'analisi condotta nell'opera cui si fa riferimento in questa stessa nota.

pazienti privi di *guanxi* o con legami deboli vengono trattati in modo professionale senza l'interferenza di alcun elemento emotivo o "obbligazione sociale". Nel relazionarsi con i pazienti con *guanxi* moderate, invece, il medico si trova a dover adottare delle strategie, identificabili nei seguenti tre comportamenti: una maggiore comunicazione caratterizzata da spiegazioni più dettagliate e maggiori informazioni condivise; un maggiore supporto (e talvolta coinvolgimento) emotivo; e un trattamento privilegiato e rispettoso, che in cinese viene descritto con la rappresentativa espressione di *gei mianzi* 给面子(*face-giving*).[8] Nel caso di relazioni forti (spesso quelle con familiari strettissimi), l'elemento affettivo e quello di fiducia personale risultano dominanti, per cui il medico rischia di non rispettare i vincoli dettati dalla propria professione e di mancare di obiettività (compromettendo talvolta il buon esito delle cure).

Indipendentemente dalla tipologia di *guanxi* (o dalla loro presenza), molti medici cinesi sostengono che questo aspetto non influisca in alcun modo nell'applicazione delle procedure mediche. Inoltre, essi ritengono che le *guanxi* producano una serie di effetti negativi nell'esercizio della professione medica e nella tutela dei valori ad essa legati. Un'analisi statistica evidenzia che, tra 2005 e 2010, il 46% dei casi di *malpractice* risultava legato alla pratica delle *guanxi*.[9] Il medico cerca di accontentare il paziente nelle sue richieste limitando test e trattamenti costosi, ma questo comportamento rischia di concretizzarsi in diagnosi errate o altri errori medici. A questa condotta si collega un altro effetto dannoso delle *guanxi*, ovvero l'erosione dell'autorità del medico, della sua dignità ed etica professionale.

Al di là delle diverse percezioni di medici e pazienti, risulta evidente che la pratica delle *guanxi* sanitarie produca una serie di conseguenze inaccettabili sul piano morale e che vada a danneggiare la già debole fiducia tra medico e paziente.

Innanzitutto, questa pratica si realizza in violazione dei principi di equità e giustizia nell'erogazione del servizio. Il sistema sanitario cinese è già di per sé contraddistinto da evidenti iniquità in termini di erogazione e accesso ai servizi, per cui le *guanxi* si inseriscono in una spirale di problematiche che compromette il normale funzionamento del sistema sanitario e rischia di condurre ad una totale perdita di fiducia della popolazione verso medici e istituzioni sanitarie.

---

[8] Il concetto di *mianzi* 面子, traducibile letteralmente in italiano con il termine "faccia", rappresenta in Cina un principio di importanza fondamentale. Con *mianzi* si intende lo status sociale, la dignità, la reputazione, la credibilità e il prestigio di una persona, quindi un insieme di concetti delicati e complessi che regolano la vita sociale dei cinesi. In questo caso, con *gei mianzi* 给面子 (dare la faccia) si intende preservare la dignità e lo status sociale del paziente, mostrare rispetto nei suoi confronti, anche e soprattutto di fronte ad altri medici e pazienti.

[9] Zou, Cheng, Nie, *op. cit.*, p. 53. In particolare, gli autori citano l'analisi di Cheng, Y.P. *et al.* "Analysis of Malpractices Caused by *Shuren Guanxi*".

In secondo luogo, la natura stessa delle *guanxi* è legata ad un principio fondamentale della tradizione cinese ma potenzialmente dannoso, quello della reciprocità. Principio che implica uno scambio di favori tra i soggetti e che quindi rischia di degenerare in fenomeni di corruzione o parzialità. Infatti, come si vedrà in seguito, la pratica delle *guanxi* risulta strettamente legata ad un altro fenomeno altrettanto nocivo e in molti casi affine alla corruzione, quello delle *hongbao* sanitarie.

In terzo luogo, come già evidenziato, le *guanxi* mediche mettono a repentaglio il principio di centralità della cura del paziente e rischiano di condurre a casi di *malpractice*. Vanno così a compromettere il sistema di valori di etica medica e le stesse fondamenta di questa professione.

Infine, questa pratica contribuisce allo sfaldamento della fiducia tra medico e paziente, anche se ad un'analisi superficiale sembra rafforzarla. Infatti, l'attitudine positiva dei pazienti verso le *guanxi* si fonda proprio sulla percezione che il loro utilizzo sia indispensabile per costruire un rapporto di fiducia dunque, più profondamente, rivela una generale sfiducia verso la professionalità medica e le istituzioni sanitarie.

> Patients have begun to think of hospitals and physicians as unethical and untrustworthy. To deal with the problem of generalized public distrust, patients now rely heavily on "personal trust" that is embedded in guanxi. Consequently, the allocation of medical resources has, to some extent, shifted from an institutional behavior to a gift or favor exchange based on social obligations.[10]

La fiducia dovrebbe costruirsi sulla base di salde fondamenta istituzionali, garantite dalla professionalità del medico e da un sistema di norme che ne regoli rigorosamente l'attività. Il ricorso a soluzioni particolariste e personali (come le *guanxi* e le *hongbao*) – anziché l'utilizzo di strategie formali e universali per accedere al servizio sanitario – è indicativo di un senso di sfiducia e quasi rassegnazione da parte del paziente. Una trappola di basse aspettative che erode alla base la professione medica.

Eppure, il ricorso a tali strategie diventa in un certo senso razionale e comprensibile in un sistema in cui i codici di condotta e le regolamentazioni formali non costituiscono una guida affidabile e non sono in grado di garantire un servizio equo e adeguato.[11]

---

[10] Fu, Chan, *op. cit.*, p. 21.
[11] Munro, Neil *et al.*, "Use of guanxi and other strategies in dealing with the Chinese health care system", March 2013, p. 18. Paper disponibile all'indirizzo https://ssrn.com/abstract=2240357 (ultima consultazione: 11/12/2018).

II.4 Il fenomeno delle *hongbao* sanitarie

– *Yiliao hongbao xianxiang* 医疗红包现象–

La donazione di *hongbao* rappresenta in Cina una tradizione antica e ben radicata. In origine le *hongbao* avevano la forma di bustine rosse contenenti del denaro e venivano donate in occasione di ricorrenze speciali in segno di buon auspicio e nel rispetto del principio cinese di reciprocità e cortesia. In epoca contemporanea, esse hanno assunto nuovi significati e la loro pratica si è trasformata in un fenomeno altamente problematico che interessa molteplici settori della società. Nel campo medico la donazione di *hongbao* rappresenta una pratica diffusa e che ha assunto nel corso del tempo una serie di caratteristiche che la rendono per molti aspetti affine ad un atto di corruzione. In effetti, le *hongbao* sanitarie costituiscono una sorta di tangenti donate dai pazienti al personale medico allo scopo di garantirsi l'accesso a determinate risorse, servizi o altri benefici.
Il loro contenuto è variabile: possono consistere in denaro, inviti a cena, doni e favori di diverso tipo. Allo stesso modo, anche il loro importo o valore può variare grandemente ed è determinato da diversi fattori: specializzazione, esperienza e reputazione del medico; complessità dell'intervento o del trattamento; disponibilità economica del paziente; livello, categoria e area geografia in cui si trova l'ospedale. In accordo con alcuni studi, il valore medio delle *hongbao* sarebbe pari a 1.039 RMB e i medici cui vengono destinate sarebbero soprattutto chirurghi, ostetrici e anestesisti. [52]

La natura delle *hongbao* sanitarie è controversa e di difficile definizione, per cui risulta spesso problematico individuare i confini entro cui questa pratica possa essere considerata espressione del principio di reciprocità – quindi di un sentimento di sincera gratitudine – oppure un atto di corruzione vera e propria.

L'espansione del fenomeno delle *hongbao* sanitarie è strettamente collegata alle conseguenze provocate nel sistema sanitario dalle riforme lanciate negli anni Ottanta. In termini più ampi, "le riforme crearono un terreno favorevole a fenomeni di corruzione [in quanto diedero ad alcuni gruppi sociali] l'opportunità di perseguire in maniera ragionevolmente libera da rischi immediati le proprie motivazioni in termini di arricchimento personale."[53] D'altra parte, è corretto affermare che questa pratica esisteva già da tempi molto più antichi. Infatti, all'epoca della dinastia Qing la presenza di *hongbao* nella pratica medica era ben nota e il loro utilizzo svolgeva la duplice funzione di strumento di accesso a trattamenti di più elevata qualità e forma di espressione della gratitudine del

[52] Burns, Liu, *op. cit.*, p. 206.
[53] Brombal, *op. cit.*, p. 39.

paziente nei confronti del medico curante.[54] In questo senso, "[…] the red envelopes phenomenon can be seen as part of Chinese tradition and culture. In some senses, therefore, it could be discussed as a morally neutral practice, which should not be labeled as simply right or wrong, good or bad."[55]

Dunque, un primo approccio per rapportarsi alle *hongbao* sanitarie sembra essere quello di considerarle nel loro aspetto socioculturale, quindi nei termini di un'usanza peculiare del contesto cinese e legata alle tradizioni di questo paese.

Un secondo approccio potrebbe essere quello di analizzare questo fenomeno attraverso la logica dei meccanismi del mercato, quindi in base alla teoria economica della scarsità delle risorse. Secondo questa teoria, la pratica delle *hongbao* sarebbe da inserirsi all'interno del meccanismo di domanda e offerta, di un sistema caratterizzato dalla libera scelta e competizione come principi regolatori di tutte le attività economiche.[56]In questo senso la *hongbao*, come la *guanxi*, verrebbe a costituire uno strumento legittimo attraverso cui correggere alcune storture del sistema: compensare lo squilibrio tra domanda e erogazione del servizio sanitario (per il paziente) e compensare lo squilibrio fra carico di lavoro e stipendio (per il medico).

Eppure, il sistema sanitario non può essere considerato alla stregua di un qualunque altro settore economico per diverse ragioni: per ragioni morali, di giustizia sociale e interesse pubblico; per questioni tecniche, in quanto il sistema sanitario manca di alcuni presupposti basilari per l'applicazione delle regole del mercato (si pensi all'asimmetria di informazione tra medico e paziente). Allo stesso modo, le *hongbao* sanitarie non possono essere considerate come un'usanza tradizionale innocua e moralmente neutrale.

Nel concreto, le ragioni che spingono i pazienti a ricorrere alle *hongbao* sono diverse: essi le utilizzano per assicurarsi l'impegno del medico e la qualità delle cure; per avere accesso prioritario ed evitare lunghi tempi di attesa; per compensare un percepito senso di inferiorità sociale; per ringraziare il medico; per imitazione degli altri pazienti; in rari casi per soddisfare le richieste più o meno esplicite del medico. Al di là della motivazione specifica, le *hongbao* vogliono svolgere anche una funzione che è comune nelle aspettative di tutti i pazienti: quella di mantenere, rafforzare o costruire una connessione con il medico. In questo senso, l'accettazione da parte del medico della *hongbao* viene considerata come una dichiarazione implicita della sua volontà di creare questa connessione.

---

[54] Zhu, Wei *et al.*, "Corruption or professional dignity: An ethical examination of the phenomenon of "red envelopes" (monetary gifts) in medical practice in China" in *Developing World Bioethics*, May 2017, p. 38.
[55] *Ibidem*.
[56] *Ivi*, pp. 38-39.

Le *hongbao* possono essere distinte e classificate sulla base di diversi criteri. In considerazione della relazione esistente tra medico e paziente, si possono distinguere le *hongbao* legate alle *guanxi* e quelle che vengono definite "cold offer". Nel primo caso, esse sono indicative della volontà del paziente di rafforzare il legame con il medico; nel secondo, manifestano invece la volontà di costruirlo. È chiaro dunque che questa pratica si inserisca nel complesso intrico di diffidenza tra medico e paziente: esse vogliono andare a costruire un legame di fiducia che è però già falsato alla radice, quindi indicativo della mancanza di una fiducia concreta.

Un'altra possibile distinzione è quella legata alle tempistiche con cui le *hongbao* vengono donate, vale a dire all'inizio o al termine delle cure. Mentre le *hongbao* donate al termine delle cure possono essere ragionevolmente interpretate come una genuina manifestazione di riconoscenza, quelle donate in occasione del primo incontro sembrano largamente accumunabili ad una forma di corruzione. In questo senso, è interessante notare che soltanto un paziente su dieci offre nuovamente una *hongbao* alla fine del trattamento se inizialmente il medico l'aveva rifiutata e che in ogni caso il valore della stessa risulterà dimezzato.[57]

A prescindere dalle diverse tipologie, le *hongbao* sembrano svolgere in ogni caso la funzione di meccanismo di autoconsolazione: per i pazienti sono una consolazione all'ansia creata dai dubbi e alla paura della malattia. Sono la speranza (o realizzata speranza) di ottenere cure appropriate e risolutive; per i medici sono una compensazione per il misero stipendio ma soprattutto una consolazione per la propria scarsa autostima. Vengono percepite come segno un riconoscimento da parte del paziente della propria competenza e dignità professionale.

Il sistema delle *hongbao* nella pratica medica è infatti strettamente collegato all'erosione del senso di dignità professionale percepito dal medico. I medici cinesi dimostrano di avere una scarsa considerazione di se stessi sul piano morale e di essere consapevoli della propria mancanza di autonomia, autorità e dignità professionale. È anche in virtù di questo sentimento che il medico accetta la *hongbao*: essa non rappresenta soltanto un guadagno, ma viene anche interpretata come segno di fiducia, apprezzamento e riconoscenza.[58]

Inoltre, per un medico cinese rifiutare una *hongbao* non rappresenta un atto così semplice, scontato e immediato come può sembrare da una prospettiva occidentale. Né gode necessariamente di approvazione sociale. Il rifiuto rischia di essere interpretato dai

[57] Yang, "Informal payments…", cit., pp. 194-201 *passim*.
[58] Zhu *et al.*, *op. cit.*, pp. 40-41.

pazienti come un atto irrispettoso, di arroganza o asocialità; come un'ammissione di incompetenza e mancanza di sicurezza; talvolta addirittura come segnale di una condizione di incurabilità del paziente.[59]

È proprio in considerazione della peculiarità del contesto cinese, delle dinamiche e dei meccanismi che lo contraddistinguono che riteniamo necessario analizzare questo fenomeno evitando di "occidentalizzarlo" e di bollarlo in via definitiva con etichette a noi ben note ma probabilmente estranee a quel contesto. D'altronde "solo da una trama di rapporti tra una molteplicità di luoghi di osservazione e spiegazione è possibile cogliere la complessità del fenomeno indagato".[60]

Al di là di queste considerazioni – e delle diverse prospettive da cui è possibile (o ragionevole) analizzare questo fenomeno – affermare che l'accettazione di *hongbao* rappresenti un atto moralmente neutro equivarrebbe a dire che la corruzione è accettabile e giustificabile. Le *hongbao* sanitarie rappresentano (nella maggior parte dei casi) una pratica legalmente e moralmente inaccettabile e che, come sottolineato da Zhu Wei e altri autori, "contradicts the fundamental purpose and values that underlie the practice of medicine – the protection and optimization of the best interests of the patient".[61]

Per un'analisi più accurata e minuziosa in riferimento alla natura legale della pratica delle *hongbao* sanitarie, si propone di seguito la traduzione (ad opera di chi scrive) di un articolo specialistico relativo a questa tematica.

---

[59] Yang, "Informal payments…", cit., pp. 226-227.
[60] Lo Sasso, Filomena, Smaldone, Angela (a cura di), *La promozione della salute in tutte le politiche e professioni*, Hillsborough, Lulu Press, 2015, p. 294.
[61] Zhu *et al.*, *op. cit.*, p. 43.

II.4.1 Proposta di traduzione

Breve analisi sulla natura legale della pratica delle *hongbao*[I] in ambito sanitario

– Zhao Lingyun, Fei Yifei e Yang Shujuan –

Introduzione. In riferimento alla pratica delle *hongbao* 红包 in ambito sanitario, andremo a distinguere due categorie: le cosiddette "*hongbao* di sincera gratitudine" e quelle che definiremo "*hongbao* di intento".[II] La pratica delle prime non rappresenta una categoria soggetta al dominio della legge, può essere regolata esclusivamente attraverso considerazioni di carattere morale. La seconda, sulla base di quanto dettato dalla legislazione civile, può essere definita in termini di: donazione, donazione modale [ovvero gravata da un onere o *modus*], ingiustificato arricchimento oppure conculcazione di diritti. Allo stesso tempo, sulla base del loro importo, le "*hongbao* di intento" sono anche disciplinate da una serie di leggi amministrative, penali e di altri organi.

Parole chiave: *hongbao* sanitarie; "*hongbao* di intento"; caratteristiche legali delle "*hongbao* di intento"
CLC: R197; D922.16
DOI: 10.13784/j.cnki.22-1299/d.2017.02.001

1. Origine storica e trasformazione delle *hongbao*

In Cina la pratica delle *hongbao* rappresenta una tradizione antica e ben radicata. Le primissime forme di *hongbao* venivano chiamate *yasheng qian* 压胜钱.[III] Durante la remota epoca della dinastia Han, in occasione delle celebrazioni per il nuovo anno, vi era l'usanza di scambiarsi in dono queste monete in segno di benedizione per l'anno a venire. Nel corso della Storia, le *hongbao* hanno subito profonde trasformazioni, tanto nel significato quanto nella forma esteriore, differenziandosi grandemente da quelle attuali: in epoca Han, le *hongbao*, denominate *yasheng qian*, prendevano la forma di una sorta di speciali monete del buon auspicio, ricavate dalla lavorazione del ferro e non destinate alla circolazione; durante la dinastia Tang, le modalità di scambio delle *hongbao* sono andate assumendo svariate forme e si è diffusa l'usanza delle cosiddette *chunri sanqian* 春日散钱[IV], oggetti capaci di scacciare gli spiriti maligni del nuovo anno: in epoca Qing, le *hongbao* corrispondevano a

monetine bucate e legate tra loro da cordoncini colorati. Esse assumevano in questo modo delle fattezze dragoneggianti e venivano appese all'angolo del letto dei bambini con la funzione di allontanare gli spiriti malevoli;[V] infine, arrivando ai giorni nostri, le *hongbao* si presentano come bustine rosse contenenti banconote da 100 RMB. I significati che assumono sono sempre più ampi e le situazioni in cui se ne fa uso sempre più numerose. Volgendo lo sguardo alla Storia, vediamo che il significato delle *hongbao* può essere rintracciato su diversi piani: una premurosa benedizione ai più giovani da parte dei più anziani; una forma di etichetta in occasione del giorno del matrimonio, a rappresentare un augurio di fertilità; una sincera espressione di gratitudine; un augurio di ricchezza e prosperità per gli uomini d'affari; o ancora, secondo i costumi tradizionali, sarebbero oggetti capaci di cacciare gli spiriti malvagi. Analizzando le *hongbao* nei loro diversi significati, scopriamo che, da un lato, esse sono rappresentanti di un costume sociale tipicamente cinese: quello per cui una cortesia va sempre ricambiata; dall'altro, riflettono anche l'attitudine alla riconoscenza dei cinesi, i quali non dimenticano chi è stato loro di aiuto. Negli ultimi anni, però – sulla scia dello sviluppo economico – anche il sistema ideologico e di valori ha subito un'enorme trasformazione: le *hongbao* sono andate assumendo significati complessi e spinosi e la loro latente funzione economica e sociale ha gradualmente assunto una posizione di preminenza. Sull'innocua e beneaugurante pratica delle *hongbao* si è andata imponendo la voracità dell'interesse economico. Soprattutto in alcuni settori, in cui si concentra una forte convergenza di diversi interessi, il loro utilizzo è aumentato al punto di divenire una forma di corruzione del nostro tempo. Dunque, la pratica delle *hongbao* è da considerarsi ammissibile? È legale? Essa interessa ogni sfera della vita sociale contemporanea. Nel presente articolo si conduce una ricerca analitica esclusivamente in riferimento alla natura legale della pratica delle *hongbao* in ambito sanitario e alla gestione di tale fenomeno.

2. Le *hongbao* sanitarie: considerazioni morali

La riforma sanitaria è da sempre una questione sociale di grande complessità e l'equa distribuzione delle risorse sanitarie ne rappresenta il nodo cruciale. È innegabile che il sistema sanitario attuale sia afflitto dal fenomeno per cui un numero troppo elevato di pazienti voglia vedersi riservato un posto nei grandi ospedali (cosa non facile) e, al contrario, nessuno voglia essere curato in quelli di dimensioni inferiori. Qualunque persona spera di aver accesso alle migliori cure, ma le risorse a disposizione degli ospedali sono

limitate e altrettanto limitata è l'energia dei medici. È in conseguenza a questa situazione che la pratica delle *hongbao* è diventata sempre più comune in anni recenti: i pazienti, attraverso di esse, sperano di aggiudicarsi l'accesso alle migliori risorse; mentre il personale medico si aspetta di riceverle in quanto dovuto compenso per il proprio prezioso lavoro. È evidente che in una fase storica caratterizzata da un sistema sociale profondamente iniquo, le *hongbao* vadano a svolgere un ruolo di celata forza motrice nella redistribuzione di tali risorse.[VI] Di seguito si riporta un'analisi sulla natura della pratica delle *hongbao* in ambito medico, sulla base di due diverse prospettive: quella del paziente e quella del personale sanitario.

Il paziente. Risulta innegabile che l'attuale sistema sanitario presenti una serie di problematiche, quali: evidenti iniquità nella distribuzione delle risorse; disponibilità limitata di risorse sanitarie di prima qualità; difficoltà di accesso alle cure mediche, anche a causa di tediose burocrazie e così via. Il desiderio dei pazienti di fruire agevolmente di servizi sanitari di prima scelta rappresenta proprio una delle cause dell'esistenza del fenomeno delle *hongbao*. In un contesto di questo tipo, le *hongbao* equivalgono ad una strategia di accesso a tali risorse. Il rapporto tra medico e paziente è caratterizzato da alcuni tratti peculiari, tra cui l'asimmetria informativa: chiaramente il medico, a differenza del paziente, possiede una totale padronanza quando si tratta di questioni sanitarie. In addizione a ciò, negli ultimi anni si è registrato un sensibile calo della fiducia reciproca tra medico e paziente, per cui il senso di sicurezza e tutela di quest'ultimo verso le istituzioni sanitarie sta sensibilmente venendo meno. I pazienti temono che durante il proprio percorso di cura possano essere sottoposti a trattamenti superflui o incorrere in cure inopportune in prevaricazione dei propri diritti. In questo senso la pratica delle *hongbao* è diventata uno strumento per potenziare un altrimenti debolissimo "senso di sicurezza nei riguardi della sanità".

Il personale sanitario. Ad eccezione di rari casi di chirurgia estetica o trattamenti simili, le *hongbao* rappresentano dei soldi donati allo scopo di accedere ad importanti trattamenti sanitari che potrebbero salvare la vita dei pazienti. È chiaro che la loro accettazione debba essere condannata sul piano morale e che riservare connivenza nei confronti di tale pratica significa incoraggiare questa "pratica malsana" in seno al settore medico. Sul piano sociale il sistema sanitario costituisce la fondamentale garanzia del diritto alla salute nella società odierna. Nella realtà dei fatti, però, esistono dei medici che richiedono esplicitamente *hongbao* ai propri pazienti o che alludono alla loro necessità ingigantendo la gravità della prognosi. Ma se la più fondamentale delle garanzie di una

società viene di fatto assicurata solo se si ricorre a mezzi immorali, ciò sta a significare che il processo di sviluppo del sistema sanitario di quella società è un fallimento.[VII]

3. Le *hongbao* sanitarie: natura legale

Non tutte le forme di *hongbao* sanitarie dovrebbero essere soggette a ritorsioni legali. La ragione per cui tale pratica dovrebbe ricevere una maggiore regolamentazione da parte della legge non risiede nel fatto che le *hongbao* rappresentino di per sé uno strumento illecito. Si tratta piuttosto del danno che il loro utilizzo in ambito sanitario arreca al normale funzionamento della sanità stessa e di una serie di effetti collaterali che si innescano come reazione a catena. In considerazione del diverso scopo, andremo a suddividere le *hongbao* in due categorie: "*hongbao* di sincera gratitudine" e "*hongbao* di intento".

3.1 Le "*hongbao* di sincera gratitudine" come contratto di donazione

Le "*hongbao* di sincera gratitudine" sono semplici manifestazioni di un sentimento di riconoscenza da parte della famiglia del malato. Se questi recupera il suo stato di salute a seguito delle cure, i familiari possono decidere di inviare in regalo delle uova; se il medico si impegna a salvare la vita di un paziente in gravi condizioni e i trattamenti hanno successo, i familiari decidono di regalargli un broccato in seta e così via. Peculiarità di un comportamento di questo tipo è l'innocenza e sincerità dello scopo: una manifestazione di riconoscenza verso il medico. Non implica alcun secondo fine, non è frutto della speranza o del desiderio di assicurarsi un maggior accesso alle risorse. Questa pratica rientra nella categoria delle donazioni previste dalla legislazione civile e può essere interpretata come un comune contratto di donazione concluso tra medico e paziente per spirito di liberalità. L'articolo 155 del Codice sui contratti stabilisce quanto segue: il contratto di donazione è il negozio giuridico col quale il donante intenzionalmente arricchisce il donatario privandosi di un bene proprio senza conseguire un corrispettivo e il donatario manifesta la volontà di accettare tale donazione. Un "atto" di donazione implica che entrambe le parti coinvolte accettino *in toto* l'accordo per cui una parte, disponendo di un proprio diritto o bene, arricchisca l'altra parte senza conseguire alcun compenso e l'altra parte accetti tale donazione. Ne consegue che la donazione è un contratto consensuale, ovvero un contratto che necessita unicamente di una dichiarazione di espressa volontà da entrambe le parti per produrre efficacia giuridica: volontà di donare (*animus donandi*) da parte del donante e contestuale accettazione del donatario. Dunque, il contratto di donazione prevede una serie

di condizioni *sine qua non* nel rapporto tra medico e paziente: *animus donandi* del paziente; manifestazione di volontà da parte del medico di accettare tale donazione attraverso una chiara dichiarazione o comportamento concludente; raggiungimento di un accordo tra le due parti in merito alla donazione; infine, assenza di qualunque obbligazione onerosa in conseguenza di tale rapporto – ad espressione del carattere di gratuità del contratto di donazione. Il titolo di gratuità costituisce la principale differenza tra il contratto di donazione e quello di natura commerciale: il donatario ottiene un beneficio senza dover sostenere alcun sacrificio economico.

In riferimento a ciò, il donante può revocare la propria offerta in ogni momento prima che la donazione sia perfezionata. Una volta trasferito, però, il diritto di proprietà sul bene oggetto di donazione riceve la tutela prevista dalla legge e il donante non può scindere arbitrariamente il contratto, a meno che da parte del medico non siano state compiute azioni in grave violazione dei diritti del paziente o di un suo stretto familiare. Dunque, le "*hongbao* di sincera gratitudine" hanno ragione di esistere anche in relazione alla concezione propria del popolo cinese per cui una cortesia va sempre ricambiata. Si tratta di una pratica che andrebbe perfezionata sulla base di valutazioni morali, più che sul piano legale.

3.2 I molteplici aspetti legali delle "*hongbao* di intento"

Le "*hongbao* di intento" rappresentano una sorta di strategia utilizzata dal paziente o dai suoi familiari per godere di un più vasto accesso a determinati servizi. Ne sono esempi la *hongbao* donata all'infermiere per aggiudicarsi un posto letto migliore o quella offerta al medico nella speranza di ottenere accesso prioritario alle cure e così via. Le "*hongbao* di intento" non sono ammissibili sul piano morale e dovrebbero essere soggette al controllo della legge. Esse hanno trasceso il significato originario della *hongbao* e hanno assunto, piuttosto, la forma di strumenti utilizzati per accaparrarsi maggiori benefici. Sottintendono una serie di interessi di carattere economico e conducono ad un'ingiusta redistribuzione delle risorse sociali. Le "*hongbao* di intento" rappresentano una questione difficile da gestire in ambito sanitario. Altrettanto complesso risulta andare ad identificare e distinguere la natura legale di questa pratica.

- *Con riferimento alla legislazione civile*

a. Le "*hongbao* di intento" come donazione.

Un primo tipo di donazione, detta "donazione modale", è quella gravata da un onere [o *modus*]: il donante vincola la propria donazione a determinate condizioni imponendo così al donatario di prendersi carico di una certa obbligazione. In questo caso, il donante non può però utilizzare il mancato adempimento dell'onere da parte del donatario come motivo di revoca. Un secondo tipo è la donazione remuneratoria con clausole addizionali, che non potendo imporre al donatario di prendersi carico di una certa obbligazione, consiste esclusivamente nella realizzazione di un obiettivo, nel raggiungimento di un determinato risultato. Nel caso della donazione remuneratoria, il donante non può pretendere dal donatario il conseguimento del risultato, può soltanto limitarsi a chiedere la restituzione di quanto ottenuto immeritatamente nel caso in cui non si producesse l'effetto sperato. Ad esempio, nel corso di un reale processo di risoluzione di controversie potrebbe verificarsi una situazione di questo tipo: ogni accordo è stato concluso ma i familiari reclamano la restituzione di una *hongbao* della somma di 500 RMB. L'argomentazione è la seguente: "i 500 RBM donati al medico per ricevere maggiore assistenza non sono ancora stati restituiti". In questo caso quel denaro costituirebbe un guadagno immeritato. Ma, sia che si tratti di una donazione modale che di una donazione remuneratoria, sussistono in ogni caso delle problematiche. Infatti, le clausole addizionali di un contratto di donazione devono essere legittimate legalmente: qualora si dimostrassero in violazione del principio di ordine pubblico o di quanto previsto dalla legge, il contratto di donazione non avrebbe validità.

b. Le "*hongbao* di intento" come conculcazione di diritti.

Prendendo in considerazione il paziente: nel momento in cui questi, attraverso una *hongbao*, ottiene l'accesso a maggiori risorse sanitarie, quella *hongbao* diventa a tutti gli effetti uno strumento di violazione dei diritti. Soggetto agente di tale violazione è il paziente che ha fatto uso della *hongbao*, bersaglio e vittima di tale violazione è il diritto alla salute di tutti gli altri pazienti. (Quello alla salute è un diritto assoluto e universale, cui può rinunciare solo il detentore, ma la cui inviolabilità da parte di qualunque altra persona costituisce un obbligo per legge). La modalità di violazione consiste nella donazione della *hongbao* al personale sanitario. Ma una violazione di diritti richiede la produzione di un danno per essere tale. In questo caso, si tratta di un danno non meglio precisabile a discapito del diritto alla salute degli altri pazienti. Si tratta dunque di un danno la cui portata è difficile da misurare e definire secondo la legge.

c. Le "*hongbao* di intento" come ingiustificato arricchimento.

Prendendo in considerazione il personale sanitario: secondo quanto stabilito dalla legislazione civile, la *hongbao* accettata dal personale rappresenta per questi un ingiustificato arricchimento. Con questo termine si intende un vantaggio di natura patrimoniale conseguito da un soggetto ai danni di un altro, senza che il primo abbia titolo ad ottenerlo in virtù di un negozio giuridico o altra fonte di obbligazioni. In questo caso la parte lesa è costituita dal paziente che ha subito una perdita economica; la parte danneggiante è costituita dal personale sanitario che ha beneficiato di un arricchimento senza causa. Le due parti sono legate tra loro da un rapporto eziologico.

- *Con riferimento a leggi amministrative e penali*

L'articolo 37, sezione 10 del "Codice di Deontologia Medica" recita chiaramente: abusare del proprio *status* professionale per suggestionare il paziente così da ottenere a sue spese un vantaggio illecito – secondo quanto stabilito dal Ministero della Sanità della Repubblica Popolare Cinese a livello di contea o superiore – può comportare un avvertimento o la sospensione dell'esercizio della professione per un periodo di tempo che va da un minimo di sei mesi a un massimo di un anno; per colpe di estrema gravità, si può procedere alla revoca dell'abilitazione all'esercizio medico; per il reato costituito, si risponde delle proprie azioni di fronte alla legge.

In una variabile piuttosto consistente di casi, la pratica delle "*hongbao* di intento" travalica grandemente il senso della comune *hongbao* e si concretizza in violazione di diritti oggetto di giurisdizione penale: si pensi alle imponenti commissioni sui medicinali o alle gare d'appalto relative alle progettazioni ospedaliere. Come indicato in "Considerazioni su una serie di problematiche relative all'applicazione del diritto nella gestione di illeciti penali aventi come oggetto la corruzione commerciale"[VIII], il personale interno alle strutture sanitarie che, abusando della possibilità di compilare prescrizioni mediche, favorisca la ricezione o l'accesso illeciti a farmaci, apparecchiature ospedaliere, materiale sanitario o altre proprietà dei fornitori, al fine di ottenere un maggiore profitto dalla vendita di tali prodotti, viene perseguito legalmente in accordo con quanto sancito dall'articolo 163 del Codice penale relativo al reato di corruzione del personale dell'ente pubblico.

CENNI SUGLI AUTORI

Zhao Lingyun 赵凌云: dottore di ricerca presso il dipartimento di Sanità Pubblica della Jilin University. Oggetto dell'attività di ricerca: diritto sanitario e controversie mediche;

Fei Yifei 裴一飞: laureato presso il dipartimento di Sanità Pubblica della Jilin University. Oggetto dell'attività di ricerca: protezione dei diritti di proprietà intellettuale nella medicina cinese e trattamenti medici attraverso l'uso di internet;

Yang Shujuan 杨淑娟: professore presso il dipartimento di Sanità pubblica della Jilin University e dottore in medicina. Oggetto dell'attività di ricerca: controversie mediche e sistema legale di difesa nel settore medico.

Editore: Li Dongmei

[I] *NdT*. Si è deciso di mantenere il termine *hongbao* 红包 in *pinyin*, piuttosto che offrirne una traduzione. Tale scelta è giustificata innanzitutto dall'impossibilità di individuare un corrispettivo efficace in italiano o inglese (il significato, la storia e la forma che ha assunto e assume la *hongbao* in Cina ha implicazioni più profonde di quanto trasmesso da qualunque traduzione). Inoltre, da un punto di vista funzionale ed estetico, il termine contribuisce ad una maggiore armonia e comprensione del testo.

[II] *NdT*. *Chun ganxiexing hongbao* 纯感谢型红包 ("*hongbao* di sincera gratitudine") e *mudixing hongbao* 目的型红包 ("*hongbao* di intento"). Traduzione ad opera di chi scrive.

[III] *NdT*. L'espressione cinese *yasheng qian* 压胜钱 può essere tradotta in italiano come "monete capaci di scacciare gli spiriti malvagi". Si trattava di monete realizzate in ferro, scambiate in dono come porta fortuna e non destinate alla circolazione.

[IV] *NdT*. L'espressione cinese *chunri sanqian* 春日散钱 può essere tradotta in italiano come "monete della festa di primavera".

[V] Zhou Hong 周宏, Zhang Jun 张俊, "Yīliao weisheng hangye zhōng *hongbao* xianxiang de shehui shi fenxi" 医疗卫生行业中"红包"现象的社会史分析 (Analisi sociologica del fenomeno delle "hongbao" nell'industria medico-sanitaria), *Zhongguo renkou kexue* (Chinese Journal of Population Science), 2004, p. 1.

[VI] Yin Shi 印石, "Yīliao hongbao de xingzhi, tedian ji weihai" 医疗红包的性质、特点及危害 (Danni, caratteristiche e natura delle "hongbao" sanitarie), in *Wèishēng jīngjì yánjiū* (Health Economic Research), 2005, p. 3.

[VII] Ju Jintao 鞠金涛, Zhong Haizhong 钟海忠, Lian Bin 连斌, Xu Bin 徐斌, Wang Bin 王斌, "Qianxi yiliao hongbao de falu dingxing" 浅析医疗红包的法律定性 (Breve analisi sulla natura legale delle "hongbao" in ambito medico), in *Yishi Fayuan* (Medical Law Review), 2005, p. 12.

[VIII] *NdT*. Traduzione ad opera di chi scrive. In cinese: *"Guanyu banli shangye huilu xingshi anjian shiyong falu ruogan wenti de yijian"* 关于办理商业贿赂刑事案件适用法律若干问题的意见.

Capitolo III

Uscire dal circolo vizioso

La crisi della fiducia rappresenta, come anticipato, un fenomeno che possiede caratteristiche globali. Interessa paesi sviluppati e in via di sviluppo; interessa la società, le istituzioni e le persone; si manifesta con crescente intensità nelle relazioni economiche, politiche e internazionali, in quelle professionali e interpersonali. È una conseguenza prevedibile (ma di fatto non prevista) della globalizzazione, del capitalismo e delle società dei consumi, nella quale (come avviene in Cina) "arricchirsi è glorioso" (*zhifu guangrong* 致富光荣); è una deformità dell'epoca in cui viviamo, più facile da prevenire che da curare, ma che crediamo comunque sanabile.

D'altra parte, il XXI secolo è – fra le tante cose – anche il "secolo delle crisi": la crisi economica, della famiglia, dei valori, della fiducia. "Crisi" che intimorisce e scoraggia, ma che nasconde – spesso dimenticate – delle potenzialità notevoli, in virtù delle quali essa non dovrebbe essere intesa in termini esclusivamente negativi. Infatti, come iconicamente espresso dai caratteri che compongono questa parola in cinese – *weiji* 危机 – qualunque crisi presenta a un tempo delle minacce (*wei* 危) ma anche delle opportunità (*ji* 机).[1]

Nel caso del settore sanitario cinese, il declino e la perdita della fiducia reciproca tra medico e paziente – e di questi nei confronti di società e istituzioni – testimonia l'esistenza di un pensiero critico; di una consapevolezza sociale e professionale; del riconoscimento dei propri diritti e della propria dignità in quanto lavoratore, cittadino e uomo; della partecipazione, della volontà e della speranza di cambiare ciò che è (o si ritiene) ingiusto.

La crisi della fiducia nella relazione tra medico e paziente in Cina è conseguenza di una serie di storture istituzionali e più in generale di una crisi della fiducia sul piano sociale, istituzionale e interpersonale. È il prodotto di processi più ampi ma le cui cause – seppure difficili da identificare – esistono, sono fattori reali e quindi in ultima analisi individuabili e correggibili. Una crisi che è conseguenza ma anche causa di fenomeni particolarmente dannosi tra cui, non ultimo, l'ingigantirsi e il perpetuarsi della stessa in un circolo vizioso.

Una situazione grave ma che, se affrontata con razionalità, offre la possibilità di correggere alcune delle deformazioni del sistema sanitario cinese: riformando il sistema stesso; sviluppando (o ricercando nella storia cinese) un sistema di valori capace di creare

[1] Nie Jing-Bao *et al.*, "Rebuilding patient-physician…", cit., p. 6.

un codice di etica professionale che indirizzi la condotta morale di medici e istituzioni; rafforzando la concezione di salute come bene comune che unisce l'umanità ad un destino largamente condiviso e ricordando che la promozione di questo bene prezioso a livello sociale e globale inizia dall'azione-relazione-interrelazione dei singoli individui, quindi anche – e si potrebbe dire soprattutto – dalla relazione interpersonale tra medico e paziente.

III.1 Ristabilire la fiducia tra medico e paziente

Per sottrarre il sistema sanitario cinese a un circolo vizioso fatto di sfiducia, corruzione e iniquità è necessario individuarne innanzitutto le cause e i meccanismi. I fattori generatori della sfiducia sono rintracciabili su tre diversi livelli: sociale, istituzionale e interpersonale.[2] Correggendo i meccanismi su questi tre piani riteniamo possibile ristabilire una relazione di fiducia tra medico, paziente e istituzioni sanitarie (relazione che costituisce un prerequisito per la stessa promozione della salute).

III.1.1 Livello sociale

Per poter esaminare e risolvere i meccanismi generatori di sfiducia tra medico e paziente a livello istituzionale e interpersonale, è innanzitutto necessario prendere in considerazione questo aspetto nel contesto sociale. A partire dal periodo delle riforme degli anni Ottanta, il panorama morale cinese è iniziato a cambiare spostandosi da una dimensione di etica collettiva ad una individuale e individualistica.

> Getting rich became "glorious" and being "selfish" came to be seen as "part of human nature." Consequently, "the changing moral landscape" in post-Mao China has bred societal public mistrust that poses a big challenge to medical ethics.[3]

La generale crisi di fiducia che ha investito la società cinese contemporanea risulta particolarmente evidente e grave in alcuni settori in cui si registrano crescenti iniquità e conseguente malcontento. Nel caso specifico del settore sanitario, la situazione è ulteriormente aggravata dalle condizioni di necessità e debolezza del paziente, nonché da un'inevitabile asimmetria informativa.

Da una parte, la nuova etica individualistica ha ispirato e giustificato una crescente consapevolezza in termini di identità, diritti e dignità individuali; dall'altra, l'esaltazione

[2] Chan, Cheris Shun-ching, "Mistrust of physicians in China: society, institution, and interaction as root causes" in *Developing World Bioethics*, September 2017, p. 16.
[3] *Ivi*, p.19.

dell'interesse individuale ha condotto al trionfo del materialismo, del consumismo e appunto alla creazione di una società individualistica in cui fidarsi è difficile e spesso inopportuno.[4] La mancanza di fiducia tra medico e paziente si colloca all'interno di questo contesto in cui diritti e doveri vengono intesi in chiave unicamente funzionale alle motivazioni e agli interessi del singolo, piuttosto che nella loro dimensione universale.

> The individual as an end instead of a means to an end is still an alien concept to the Chinese mind, and individualism is understood merely as a way to claim individual rights and to pursue personal interests. [5]

In questo processo di individualizzazione, la Cina manca delle due condizioni cruciali sulle quali si è basato lo stesso processo in Occidente: una ben radicata "cultura del diritto" – che promuove equità e individualismo liberale – e l'esistenza di un *welfare state* – che tutela e supporta l'individuo.[6] D'altra parte, in considerazione delle peculiarità della sua storia e cultura, queste categorie di pensiero non sarebbero applicabili al contesto cinese.

Sarebbe invece possibile (e ragionevole) attingere ai valori culturali e morali propri della tradizione cinese per colmare molte di queste lacune. Il pensiero confuciano (*ruxue* 儒学) offre infatti una cornice morale particolarmente appropriata per il contesto della Cina contemporanea. Secondo Confucio (*Kongzi* 孔子), la ricerca del profitto e l'accumulazione di capitale vanno incoraggiati ma devono svolgersi nei limiti imposti dalla virtù (*de* 德), realizzata attraverso l'esercizio dell'umanità o benevolenza (*ren* 仁).[7] Il carattere cinese *ren* 仁 è composto dal radicale di uomo (*ren* 人) e dal segno "due" (*er* 二): è l'uomo che non diventa umano se non nella sua relazione con gli altri. "*Ren* si manifesta dunque in virtù eminentemente relazionali in quanto fondate sulla reciprocità e sulla solidarietà".[8] Quindi il "senso di umanità" si realizza soltanto attraverso le relazioni, la cui armonia può essere garantita solo se esiste fiducia (*xin* 信). La grafia di *xin* "indica l'uomo tutto intero nella sua parola, ossia la corrispondenza piena tra ciò che dice e ciò che fa. Quest'integrità che rende un uomo degno di fiducia è la condizione stessa della sua integrazione nel corpo sociale",[9] quindi la condizione stessa di una società funzionante e armoniosa in tutte le sue relazioni.

---

[4] Yan, *op. cit.*, p. 13.
[5] *Ivi*, p.14.
[6] *Ibidem*.
[7] Chen, Xiao-Yang, "Defensive Medicine or Economically Motivated Corruption? A Confucian Reflection on Physician Care in China Today" in *Journal of Medicine and Philosophy*, November 2007, p. 646.
[8] Cheng, *op. cit*, p. 56.
[9] *Ivi*, p. 57.

III.1.2 Livello istituzionale

La fiducia sociale viene talvolta intesa – in modo approssimativo e generico – nei termini di una complessiva fiducia nelle istituzioni. In realtà, fiducia sociale e istituzionale si collocano su due livelli ben diversi: la prima ha un significato più "sfuggente", in quanto si lega a fenomeni storici, sociali ed economici complessi che coinvolgono la trasformazione del sistema ideologico e di valori etico-morali su cui essa si fonda; la seconda si basa in modo più diretto sulla percepita attendibilità e correttezza dell'insieme di norme e meccanismi che regolano il funzionamento del sistema e delle istituzioni che operano al suo interno.

Per cui:

> […] one is expected to act in accordance with stated rules, experts are expected to enforce the rules so as to allow the institutions to be workable, and strangers are expected to engage in peaceful and non-harmful social interactions.[10]

La mancanza di fiducia nel rapporto tra medico e paziente è dunque da considerarsi – in certa misura – una conseguenza della sfiducia di entrambi nei riguardi del sistema, delle istituzioni o dei meccanismi che lo governano.

Secondo alcuni studi, i pazienti cinesi si dimostrano più preoccupati dell'etica dei medici che delle loro capacità tecniche, in quanto ritengono che lo stesso sistema di incentivi finanziari induca i medici ad una condotta poco professionale o addirittura immorale. È questa una delle ragioni principali per cui molti pazienti preferiscono stabilire una fiducia personale con il medico attraverso le *guanxi* o le *hongbao*: per cercare di sopperire alla mancanza di "fiducia istituzionale" verso la professione medica attraverso la costruzione di una fiducia personale verso lo specifico medico.

In particolare, il sistema di finanziamento degli ospedali pubblici – così come la struttura e le modalità di retribuzione dei medici – costituisce un fattore fondamentale nella generazione di sfiducia istituzionale, in quanto crea un sostanziale conflitto di interessi per medici e istituzioni sanitarie. Questi elementi influenzano in modo significativo (e chiaramente negativo) la percezione dei pazienti nei riguardi degli intenti e delle motivazioni alla base della condotta di medici e ospedali: i pazienti temono che questi non agiscano nel loro migliore interesse, ma piuttosto nel proprio migliore interesse economico.

D'altra parte, i medici sono consapevoli di questa situazione e adottano delle strategie di autoprotezione (medicina difensiva) per paura di incorrere in ritorsioni legali, contro le

[10] Yan, *op. cit.*, p. 13.

quali godono tra l'altro di scarse tutele. Tale condotta acuisce ulteriormente il sospetto e la sfiducia dei pazienti nei loro confronti.

Nonostante il conflitto fra interesse economico e etica professionale non conduca necessariamente al prevalere del primo sulla seconda, è pur vero che il misero stipendio dei medici insieme al sistema di assegnazione dei bonus sulla base (anche) della prescrizione di farmaci e test costosi, rappresenta un meccanismo irragionevole, dannoso e certamente perverso. Per tentare di risolvere questa situazione sarebbe necessario innanzitutto aumentare lo stipendio dei medici e in secondo luogo collegare eventuali bonus a prestazioni professionali e di qualità – quindi riformare il sistema in modo da eliminare inefficienze, sprechi e tale conflitto di interessi.

Oltre che razionale, sarebbe anche giusto e moralmente corretto che l'eccellenza medica venisse incoraggiata attraverso dei premi economici. Allo stesso tempo però – come detto – è necessario creare le condizioni per cui il perseguimento di tali premi non sia in contraddizione con l'etica e la professionalità medica. Come indicato da Chen Yao-Xiang nel suo articolo: "Current policy fails in not appreciating the necessity of placing the profit motive within the power of virtue."[11]

Di nuovo sembrerebbe ragionevole (e utile) rintracciare in certi valori del pensiero confuciano una guida per risolvere alcuni dilemmi della Cina del XXI secolo. Secondo Confucio, è necessario creare le condizioni di equilibrio per una relazione e coesistenza armoniosa tra ricerca del profitto e condotta morale in seno alla professione medica. Così facendo, il medico può agire secondo scienza e coscienza nella consapevolezza di adempiere alle proprie responsabilità e di vedersi riservato, allo stesso tempo, il dovuto riconoscimento professionale, sociale ed economico.

Portando avanti delle riforme coerenti e orientate alla ricostruzione della fiducia verso le istituzioni sanitarie sarebbe possibile innanzitutto, gettare le basi per la ricostruzione della fiducia reciproca tra medico e paziente; quindi, controllare l'azione dei meccanismi del mercato sul sistema sanitario; infine, preservare il prestigio e l'integrità della professione medica – con conseguenze positive per l'intero sistema sanitario e per la salute di tutta la popolazione.

[11] Chen, *op. cit.*, p. 647.

III.1.3 Livello interpersonale

Come recita significativamente il giuramento di Ippocrate: "il rapporto tra medico e paziente è fondato sulla fiducia e in ogni caso sul reciproco rispetto". È questo il terzo livello attraverso cui esaminare – e su cui si costruisce – la relazione tra medico e paziente: il livello interpersonale.

Come già evidenziato, il rapporto tra medico e paziente costituisce le fondamenta stesse della professione medica e in questa relazione il rispetto reciproco (o la percezione di essere rispettati) detiene un ruolo ancor più fondamentale di quello della fiducia. Infatti, seppure fosse possibile l'esistenza di reciproco rispetto in una condizione di mancanza di fiducia, la situazione inversa risulterebbe comunque e di certo impossibile.

La percezione del paziente quando per la prima volta si rivolge ad un medico è di certo già alterata o influenzata da fattori legati al contesto sociale, culturale e mediatico. Come si è visto, questo discorso è particolarmente valido per la Cina: paese in cui le aspettative del paziente sono a un tempo altissime e bassissime; un amalgama di incertezze e ipotesi; il prodotto di forze e suggestioni diverse.

D'altra parte, è importante ribadire che qualunque paziente nutre per forza di cose una certa dose di fiducia nei confronti del medico per decidere di affidargli la responsabilità di provvedere alla propria salute. Di conseguenza, è corretto affermare che il definitivo sgretolarsi della fiducia tra medico e paziente – che degenera in dispute, conflitti e violenza – si realizzi in ultima istanza in occasione dello scambio e contatto umano tra le due parti.

Il paziente non possiede le conoscenze necessarie per valutare le competenze tecniche e specialistiche del medico, per cui egli valuterà piuttosto la sua attitudine, i suoi modi, il tempo che gli riserva, l'accuratezza delle sue spiegazioni. In base soprattutto a questi elementi, egli svilupperà un senso di fiducia o sfiducia nei suoi confronti.[12]

Di certo in questo senso il sistema sanitario cinese andrebbe riformato in modo da assicurare le condizioni necessarie per una sufficiente e adeguata comunicazione tra medico e paziente in termini di tempo, quantità del personale e carico di lavoro. Si pensi ad esempio alla mancanza di un preciso sistema di riferimento e orientamento che indirizzi i pazienti a rivolgersi al livello sanitario adeguato alle proprie condizioni.

Oltre a questo aspetto, alcune indagini e rapporti condotti a livello nazionale mettono in luce delle evidenti lacune nei curricula medici in termini di formazione nel campo delle scienze umane e sociali, dell'etica e della professionalità, della psicologia, dello sviluppo di capacità comunicative ed empatiche. Non ricevendo una formazione appropriata in questi

[12] Chan, *op. cit.*, p. 22.

campi, i medici cinesi spesso non hanno i mezzi né le capacità di sviluppare una comunicazione empatica con il paziente – quindi funzionale per il ripristino o il mantenimento della fiducia.

Nel 1998, in Cina venne lanciata una massiccia riforma del sistema di formazione professionale medica che portò alla creazione di numerose Università di medicina, con un conseguente sostanziale aumento del numero di medici.[13] D'altra parte, la riforma non ha preso in considerazione alcuni aspetti fondamentali nella formazione medica, quali l'inserimento di insegnamenti di etica medica, comunicazione e interazione col paziente. I metodi educativi sono infatti rimasti rigidi e statici, largamente basati su un apprendimento di tipo mnemonico e scarsamente rivolti allo sviluppo di un pensiero critico. "What China needs are health professionals with the knowledge and skills to bring major educational reform and create meaningful and sustainable advances".[14] Ma queste conoscenze e capacità sono da intendersi – ancor prima che sul piano medico – su quello umano, relazionale, etico e morale.

È vero che l'educazione morale non si realizza tanto nel rispetto di un sistema di regole appreso all'Università, quanto piuttosto nel rispetto quotidiano delle persone con cui ci si rapporta; ma è anche vero che la relazione tra medico e paziente differisce grandemente dalle normali relazioni interpersonali, per cui una formazione indirizzata in questo senso – e la conseguente definizione di un codice etico – sembrano, se non indispensabili, di certo utili.

Per quanto elevate possano essere le competenze tecniche dei medici cinesi, il sistema nel suo complesso non potrà comunque funzionare a meno che non si realizzino le condizioni per cui gli stessi possano sviluppare una professionalità ed etica medica capace guadagnare la fiducia dei pazienti e della società.[15]

In fondo la medicina è, oltre che una scienza nobilissima, anche l'arte di mettere in pratica tale scienza. E per farlo è necessario tener conto di un aspetto imprescindibile e intrinseco alla relazione tra medico e paziente – così come a tutte le relazioni interpersonali: il fattore umano.

---

[13] Hou, Jianlin *et al.,* "Transformation of the education of health professionals in China: progress and challenges" in *The Lancet*, August 2014, p. 819.
[14] Duviver, Robbert J., "Education of health professionals in China" in *The Lancet*, December 2014, p. 2108.
[15] Hou, *op. cit.*, p. 826.

III.2 Medicina: la scienza e l'arte ("dell'umanità")

> I thought then that the sensitivity of the artist may equal the knowledge of the scientist.[16]

Esistono delle inaspettate similitudini tra arte e scienza. Il legame forse più evidente tra le due si realizza nell'inesauribile ricerca di comprendere le condizioni dell'umanità e la natura della vita umana. La medicina è l'arte dell'esplorazione dell'essere umano: significa interessarsi al corpo, alla mente e all'anima del paziente; ed è la scienza che studia il corpo umano e i suoi meccanismi al fine di garantire la salute della persona. È quindi "la scienza e l'arte di prevenire le malattie, prolungare la vita, promuovere la salute e l'efficienza fisica attraverso l'impegno organizzato della comunità"[17], oltre che attraverso l'attività del medico. Il legame fra arte e scienza nella medicina è fornito in qualche modo dalla curiosità. Curiosità che è indispensabile nello scienziato, inevitabile per l'artista e, si potrebbe aggiungere, auspicabile in ogni essere umano.

I pazienti ricercano nel medico un interesse nei confronti della propria persona prima che della propria condizione di salute; ricercano una curiosità che è della stessa qualità di quella che contraddistingue il grande scienziato e artista: "Il mio medico sa chi sono?" "È consapevole della mia umanità?" "Se ne interessa?".[18]

Molti medici cinesi affermano di non avere tempo sufficiente per parlare a lungo con i propri pazienti. Come risultato, una delle motivazioni principali alla base dell'insoddisfazione e del malcontento dei pazienti in Cina è quella di sentirsi scarsamente rispettati o, più precisamente, di sentire di "non essere trattati con umanità" (*bu dang ren kan* 不当人看). In questo senso, uno dei fattori scatenanti della crisi di fiducia tra medico e paziente sembra proprio essere la mancanza di un rapporto umano tra le due parti e quindi di un sistema di valori che possa guidare e coordinare la loro relazione interpersonale. Per sviluppare una relazione umana fatta di rispetto e fiducia crediamo sia possibile e necessario promuovere la rinascita di alcuni valori fondamentali dell'etica medica tradizionale e integrarli con i moderni concetti legati all'etica professionale.

> […] when trying to reform medical practice in China, we are faced with the urgent need to inherit and promulgate the essence of Confucian ethics – discarding its obsolete concepts – while at the same time building up the new medical ethics that can meet the requirements of the outside world and the future.[19]

---

[16] Coope, John, *Doctor Chekhov*, cit. in Herman, Joseph, "Medicine: the science and the art" in *The Journal of Medical Ethics and Medical Humanities*, June 2001, p. 43.
[17] Cattaneo, Adriano, "Lo stato di salute nel mondo: un breve profilo" in *Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. Rapporto 2004 Salute e Globalizzazione*, Milano, Feltrinelli, 2004, p. 23.
[18] Herman, *op. cit.*, p. 43.
[19] Guo, Zhaojiang, "Chinese Confucian culture and the medical ethical tradition" in *Journal of Medical Ethics*, August 1995, p. 239.

"Arte dell'umanità" (*yi nai ren shu* 医乃仁术): così veniva definita la medicina nella Cina di tanti anni fa. Un concetto di origine antica, ma carico di significati e implicazioni anche nella Cina e nel mondo dei nostri tempi. Ripristinare questo valore come fondamenta morale della relazione tra medico e paziente potrebbe contribuire a indirizzare la condotta dei medici cinesi; a ristabilire una sana e duratura fiducia tra le due parti e quindi, in ultima analisi, contribuire al miglioramento del sistema sanitario cinese e alla promozione della salute.

III.2.1 Professionalità, etica medica e valori confuciani

Come giustamente evidenziato da molti professori, ricercatori ed esperti di sanità e salute a livello internazionale (primo fra tutti il professor William C. Hsiao), i medici cinesi non hanno mai avuto l'opportunità nel corso della Storia di sviluppare un insieme di valori, norme e standard che potessero ergersi a guida della loro attività. In effetti, nella lingua cinese non esiste nemmeno una parola che traduca – nei significati che gli si conferiscono in Occidente – il termine "professionalità" e quindi "professionalità medica".[20]

Nei paesi occidentali, come Australia o Stati Uniti, la professione medica – quindi i professionisti del settore – godono di grande autonomia nell'esercizio della propria attività (da un punto di vista tecnico, economico e politico) – oltre che di un elevato prestigio sociale. William Goode identifica due caratteristiche fondamentali che definiscono la natura di una professione in quanto tale: una formazione approfondita e continuativa su uno specifico ramo del sapere e un orientamento collettivo. Queste definizioni comportano ulteriori implicazioni e requisiti: in particolare, per poter garantire alla società i benefici derivanti dall'esercizio delle proprie esclusive abilità e competenze nel rispetto di un preciso codice etico e scientifico, il professionista deve godere di sostanziali autonomia e monopolio nel proprio settore.[21]

In Cina (come in altri paesi ex socialisti), alle professioni non veniva (e non viene) attribuito un simile potere. La mancanza di potere cooperativo, di associazione e di meccanismi formali di negoziazione e trattativa ha posto storicamente i medici cinesi in una posizione di forte debolezza economica e politica. D'altra parte, questa mancanza di potere a livello sociale non significa una debolezza totale dei medici in ogni sfera. Essi godono infatti di grande potere e autorità nella relazione con i pazienti. Ma – in mancanza di un

[20] Blumenthal, Hsiao, "Lessons from the East…", cit., p. 1283.
[21] Yang, Jingqing, *The power relationship between doctors, patients and the Party-state under the impact of red packets in the Chinese health-care system*, (Tesi di Dottorato di ricerca in Filofosia), School of Social Sciences and International Studies Faculty of Arts and Social Sciences, University of New South Wales, 2008, p. 2.

codice etico condiviso, di condizioni di lavoro e stipendio adeguati, di una consapevolezza e storia professionale – questa relazione rischia di diventare terreno fertile per abusi di potere, "pratiche malsane", corruzione, conflitto.

Nel 1998, il Ministero della Sanità Cinese pubblicò un documento intitolato "*Yiwu renyuan yide guifan ji shishi fangfa*" 医务人员医德规范及实施方法 ("Definizione e implementazione di un codice di etica medica per i professionisti del settore") che identifica nell'etica medica un requisito imprescindibile per i professionisti del settore, in quanto fondamento della relazione tra questi, i pazienti e la società.[22] Nello stesso anno, la Chinese Medical Association dichiarò nel *Manifesto di Etica Medica* che per stabilire una relazione in cui interessi di medico e paziente possano essere allineati, è necessario innanzitutto stabilire la priorità degli interessi del paziente nella stessa. Alcuni principi fondamentali del moderno codice di deontologia medica sembrerebbero quindi formalmente accettati e riconosciuti dalla società cinese. È anche vero però che dichiarazioni di questo tipo non possono andare a ricostruire o compensare alla mancanza di fondo di uno sviluppo sistematico degli stessi nella recente storia cinese.

In questo senso, verrebbe da pensare che la professione medica in Cina manchi di un imprescindibile insieme di prerequisiti storici, sociali e culturali – oltre che di un codice etico ad essa legato – per poter affrontare e risolvere la crisi di fiducia tra medico e paziente. Nonostante questa innegabile verità, è d'altra parte necessario ricordare che storicamente la professione medica in Cina poggiava su delle solidissime fondamenta etico-morali: quelle fornite dal Confucianesimo. La medicina veniva considerata un'attività di esclusiva prerogativa degli "uomini saggi" (*dasheng zhi ye* 大圣之业), in quanto si riteneva che soltanto i saggi fossero capaci di identificarsi nelle sofferenze del paziente e di affrontarle con competenza e umanità.[23] In un famoso classico della medicina tradizionale cinese, il "Testo classico di medicina interna dell'Imperatore Giallo", la medicina viene definita come "arte dei santi": una professione nobile che può essere praticata solo da uomini dell'animo nobile.[24] Nella Cina antica, infatti, la medicina veniva chiamata "arte dell'umanità" a sottolineare l'importanza conferita alla relazione tra medico e paziente, la quale doveva svolgersi in una condizione di fiducia reciproca e nel rispetto della dignità umana.

Il sistema di valori confuciani alla base della medicina tradizionale cinese presenta delle similitudini evidenti con alcuni valori moderni propri della professione medica: dare valore alla vita (*zhen sheng gui sheng* 珍生贵生); fare del proprio meglio per "salvare i morenti

[22] Hui, *et al.*, *op. cit.*, p. 68.
[23] *Ivi*, p. 69.
[24] Guo, *op. cit.*, p. 242.

e curare i feriti" (*jiu si fu shang* 救死扶伤); trattare tutti i pazienti con rispetto; dimostrare interesse per la loro condizione (*shi ren zhi bing you yi zhi bing* 视人之病犹已之病); praticare la medicina con onestà e umanità.[25]

Certamente alcuni concetti propri del Confucianesimo – come quelli di rigida gerarchia e incondizionata obbedienza – hanno avuto delle ripercussioni e influenze negative. Ad esempio, hanno creato l'immagine di medico quale figura eccessivamente autoritaria e infallibile – immagine che esercita ancora oggi una certa influenza nella composita e confusa percezione che i pazienti cinesi hanno dei medici.

D'altra parte, è sufficiente selezionare quei valori che meglio possono rispondere alle necessità dell'epoca in cui viviamo, rivederli e integrarli con concetti più moderni. L'etica medica di stampo confuciano – al pari del Confucianesimo nel suo complesso – non rappresenta un sistema statico, datato e immutabile, quanto piuttosto un sistema aperto e dinamico.[26] Esiste un punto di incontro dotato di grande potenziale tra l'etica medica tradizionale cinese e il moderno codice di deontologia medica: il principio di "medicina come arte dell'umanità". Come suggerito in precedenza, definire significa spesso comprendere e le definizioni possono avere talvolta persino effetto mobilitante.

In italiano, come in inglese, la definizione di "medicina come arte dell'umanità" è particolarmente forte e suggestiva in virtù dell'immediatezza del doppio significato della parola "umanità": "umanità" come benevolenza, senso di compassione e benignità, quindi una medicina praticata nel rispetto della dignità e dei sentimenti della persona; e "umanità" come genere umano, quindi una medicina che si rivolge e riguarda tutti gli uomini.

Questa stessa ambivalenza di significato può essere colta, seppure in modo più sottile, anche nella connotazione semantica del carattere cinese 仁 *ren* (che traduciamo in italiano con "umanità"). "*Ren*" significa infatti benevolenza o senso umano ma la sua grafia, come anticipato, rappresenta l'uomo che interagisce con gli altri uomini. La benevolenza è una prerogativa dell'uomo e si concretizza e manifesta soltanto nelle relazioni; ha delle implicazioni che coinvolgono necessariamente la cooperazione di tutti gli uomini.

Promuovere un concetto di medicina di questo tipo aiuterebbe innanzitutto a ritrovare un sistema etico-morale familiare e ben radicato in Cina, capace di indirizzare la condotta dei medici; di ristabilire la dignità e il prestigio di questa professione; quindi di mitigare e migliorare la relazione tra le due parti, eliminando almeno alcuni dei fattori alla base della crisi di fiducia. In secondo luogo, la responsabilità universale che si attribuisce in

[25] *Ivi*, p. 239.
[26] *Ivi*, p. 245.

questo modo alla medicina implica anche una responsabilità individuale nella promozione della salute. Se lo scopo della medicina è la promozione della salute e la medicina è "arte dell'umanità", allora la salute è un bene comune la cui tutela inizia dall'azione di ogni individuo e prosegue nella relazione armoniosa, esplicita e programmata di tutti.[27]

Per esplorare sinteticamente (ma in modo più esaustivo) il concetto di "medicina come arte dell'umanità" – ritenuto funzionale per la comprensione di alcune riflessioni e considerazioni avanzate nel corso del presente capitolo – si propone di seguito la traduzione, ad opera di chi scrive, del primo paragrafo di un articolo relativo a questa tematica.

[27] Berlinguer, Giovanni, "La salute globale nella prospettiva etica", compendio ad un lavoro più ampio dell'autore *Bioetica quotidiana*, Firenze, Giunti, 2000, p. 14.

III.2.2 Proposta di traduzione

La "medicina come arte dell'umanità": costruzione teorica e fonte di ispirazione per l'epoca contemporanea*

– Zhang Yanqing, Zhang Xuping e Zhu Yajie –*

Introduzione. Il concetto di "medicina come arte dell'umanità" è il risultato dell'incontro tra moralità confuciana e medicina tradizionale cinese. Questo concetto porta al suo interno la fusione tra: ontologia medica – nella sua connotazione di "dare valore alla vita"; l'insieme dei valori di "giustizia, rispetto del protocollo, competenza, buonafede"[I]; e il principio di condotta virtuosa in medicina attraverso "coltivazione spirituale e autodisciplina". Riflette inoltre l'unione tra il sistema dei valori medici a livello tecnico con quello dei valori umani a livello professionale. In considerazione di alcune evidenti problematiche emerse negli sviluppi contemporanei della medicina, quali: la relazione tra aspetto tecnologico e umano; la relazione tra conoscenza e morale nell'educazione all'etica medica; quella tra studio della condizione umana e comprensione della natura umana, il concetto di "medicina come arte dell'umanità" si offre come fonte di ispirazione per l'uomo contemporaneo per una riflessione sugli sviluppi recenti della medicina; per interrogarsi sui suoi scopi e per costruire un sistema di etica medica.

Parole chiave: "Medicina come arte dell'umanità"; educazione all'etica medica; condotta virtuosa
CLC: R052 **DOI**: A
Numero articolo: 1002 – 0772 (2014) 05 – 0024 – 04

"Medicina come arte dell'umanità", quest'espressione non soltanto racchiude l'essenza e il sapere più profondo dell'etica medica tradizionale, essa fornisce per di più un riferimento storico per una riflessione contemporanea sugli sviluppi della medicina; per scandagliarne gli scopi; per creare un modello di etica medica. Nel processo di sviluppo della medicina fino alla fase attuale, e ancora in questa situazione in cui si manifesta la tendenza ad una "predominanza del fattore tecnologico", la saggezza antica del concetto di "medicina come arte dell'umanità" è capace di effondere una visione chiara e senza tempo;

* Finanziamento progetto: discussione nell'ambito del 12° piano quinquennale sulla scienza nazionale dell'educazione - "Ricerca sull'etica medica cinese tradizionale e sua trasformazione". Numero del progetto: DEA120199.
* Zhang Yanqing 张艳清, Zhang Xuping 张旭平: Capital Medical University, School of health management and education; Zhu Yajie 朱亚杰: Capital Medical University, Yanjing Medical College.

di rivelarsi come ispirazione per realizzare le aspettative di uno sviluppo che sia "positivo", quindi di una medicina "positiva".

1. "La medicina come arte dell'umanità": implicazioni essenziali

Quello di "umanità" (*ren* 任)[II] rappresenta un concetto centrale nel Confucianesimo. Nel pensiero confuciano precedente all'epoca Qin, il significato fondamentale di *ren* può essere indagato considerando due aspetti: il primo si riferisce al fatto che, nonostante la sua formulazione assuma una diversa enfasi al variare della specifica situazione, *ren* significa fondamentalmente "amare gli altri"; il secondo aspetto è identificabile nell'utilizzo che Confucio fa di *ren* quale sintesi di molteplici qualità morali: giustizia, rispetto del protocollo, competenza, buonafede. In epoca Song i discepoli di Confucio hanno elaborato nel "Classico dei mutamenti" (*zhouyi* 周易) la concezione di "vita come grande virtù di cielo e terra", quindi spiegato il concetto di "umanità" (*ren*) attraverso quello di "vita" (*sheng* 生). Considerando *sheng* la massima virtù e il bene supremo – e partendo dalla comprensione del significato e delle responsabilità proprie della vita umana – si procede alla costruzione di "un'integrazione morale tra cielo e uomo"; all'armonia vitale della totalità di tutte le cose, in cui l'umanità (*ren*), la vita (*sheng*), la virtù (*de* 德) e il bene (*shan* 善) diventano "quattro in uno"; all'interazione mutevole di universo e vita umana; alla moltiplicazione perpetua di tutte le cose. Il legame tra medicina e umanità è il prodotto della simbiosi armoniosa dei "quattro elementi in uno".

"Medicina come arte dell'umanità" sta a indicare che:

> la medicina è proprio l'arte di amare gli altri; l'arte del salvare vite umane, di aiutare gli uomini a placare le pene della malattia. "Medicina come arte dell'umanità" rappresenta la concettualizzazione e spiegazione più concisa delle proprietà intrinseche della medicina, ne racchiude i due aspetti fondamentali: l'umanità e l'arte.[III]

Durante l'epoca Ming, Wang Shaolong nella sua opera – *La fiamma perpetua della medicina*[IV] – propone il concetto per il quale "la medicina ha come fulcro la vita umana". Per cui: considerando la medicina "arte dell'umanità", essa può essere direttamente chiamata in questo modo. Nella sua opera *Valutazioni sulla medicina*[V], Wang Shixiong – esperto medico di epoca Qing – prendendo in considerazione la via del cielo, elabora questo pensiero: "Per quale motivo la medicina è chiamata arte dell'umanità? L'umanità (*ren*) è il principio del cielo, l'origine della vita, ciò che connette l'io a tutte le cose". La medicina è trasfigurazione nell'attività degli uomini della grande virtù innata di cielo e terra: la via della medicina mette in comunicazione la via del cielo con quella dell'uomo. "Medicina come arte dell'umanità" è

quindi espressione sia della via del cielo che di quella dell'uomo: è espressione del cielo, in quanto riflette la cognizione confuciana di preservazione della vita e di valore della vita; è espressione dell'uomo, in quanto – essendo nella visione confuciana premessa dell'integrazione morale di cielo e uomo – essa riflette l'autoconsapevolezza del valore e delle responsabilità della vita umana. Riflette inoltre l'integrazione del sistema di valori medici con quello di valori umani.

In riferimento al sistema di valori medici, questo concetto arriva a coinvolgere la questione di un utilizzo positivo della tecnologia. Il contenuto tecnologico della medicina moderna è in continuo aumento e il suo impatto nella vita delle persone sempre maggiore. Il genere umano pur traendo beneficio dalla tecnologia, ha anche sviluppato una crescente preoccupazione nei riguardi della stessa. Essendo la medicina "arte dell'umanità" – ed essendo sua caratteristica fondamentale l'orientamento verso valori di razionalità e ricerca del bene – un utilizzo appropriato diventa esso stesso un concetto di grande valore. Persistere sulla via dell'umanità in medicina significa prendere una posizione di principio nello sviluppo della stessa e anche trovare una base morale per risolvere molte problematiche nella pratica medica.

In riferimento al sistema di valori umani, l'"umanità" (*ren*) – realizzandosi nell'interazione tra gli uomini – sancisce la natura sociale e morale della medicina; evidenzia la responsabilità morale di tutelare la vita e la salute. Questo tipo di responsabilità è premessa dell'esistenza stessa della medicina. "La ricerca e l'attività medica si basano sul rispetto della persona e su una amorevole devozione verso la vita. Laddove non esistessero tale rispetto e tale devozione nei confronti della persona, non potrebbe esistere neanche la medicina."[VI] Nella medicina che è arte dell'umanità sono contenuti il sistema di valori professionali e quello di valori umani volti a beneficio della società e all'anteposizione dell'interesse altrui al proprio: si tratta della definizione della funzione sociale e dei requisiti professionali della medicina.

[I] *NdT*. I termini cinesi *yi* 义, *li* 礼, *zhi* 智, *xin* 信 nel discorso filosofico confuciano hanno dei significati leggermente diversi rispetto a quelli proposti in traduzione. In questo senso, potrebbero essere tradotti come: rettitudine, norme rituali, saggezza e fiducia. D'altra parte, in questo contesto è ragionevole assegnar loro una traduzione diversa e maggiormente rispondente alla logica del ragionamento condotto.

[II] *NdT*. Il termine cinese *ren* 任 – "qualità umana" "senso dell'umanità" "benevolenza" – verrà di seguito tradotto con il termne italiano "umanità" o lasciato nella sua forma in *pinyin* in base alle necessità testuali.

[III] Du Zhizheng 杜治政, "Lun *yi nai ren shu*: Guanyu yixue jishu zhuyi yu yixue renwen zhu" 论"医乃仁术": 关于医学技术主义与医学人文主 (Su "la medicina come arte dell'umanità": tecnologia e umanesimo in medicina) in *Yixue yu zhexue*, 1996, pp. 561-565.

[IV] *NdT*. Traduzione ad opera di chi scrive. In cinese: *Yi deng xu yan* 医灯续焰.

[V] *NdT*. Traduzione ad opera di chi scrive. In cinese: *Yan yi xuan ping* 言医选评.

[VI] Zhang Jinzhong 张金钟, "Guanyu yixue de renwen kexue xingzhi" 关于医学的人文科学性质 (Sul carattere umanistico della medicina) in *Yixue yu zhexue*, 2003, p. 14-17.

III.3 Conclusioni

In conclusione, il circolo vizioso in cui si trovano intrappolati medici e pazienti in Cina – quindi l'intero sistema sanitario cinese – rappresenta un meccanismo vorace che a un tempo si nutre della mancanza di fiducia e a un tempo la rafforza.

Molti dei fenomeni e delle dinamiche dannosi e preoccupanti che si sono sviluppati in seno al settore sanitario sono strettamente connessi alla crisi di fiducia nella relazione tra medico e paziente – quindi parte integrante di questo circolo vizioso.

Si pensi ai due fenomeni indagati: le *guanxi* e le *hongbao* sanitarie. Le *guanxi* servono a costruire o mantenere un rapporto di fiducia personale con uno specifico medico: sono quindi prima causa e poi conseguenza della crisi di fiducia nei confronti dei medici in quanto rappresentati dell'istituzione e professione medica.

Allo stesso modo, la motivazione profonda alla base della donazione di *hongbao* sanitarie è di nuovo la mancanza di fiducia: il paziente, dubitando della buonafede del medico, decide o spera di poterla "comprare". Qualora il medico non accettasse la *hongbao*, il paziente potrebbe interpretare questo atto come un segno di scortesia, asocialità, nonché un'implicita dichiarazione di non voler instaurare una relazione di fiducia; se il medico decidesse invece di accettarla, si verrebbe a creare una relazione di fiducia falsata, transitoria e debole – quindi facilmente deteriorabile. Inoltre, questa condotta produrrebbe delle conseguenze ben più ampie: la perdita del prestigio e della dignità dell'istituzione medica, nonché della fiducia nell'onestà e nella rettitudine morale dei rappresentanti di questa professione.

A queste dinamiche, si aggiungono le grandi iniquità nell'erogazione del servizio sanitario in Cina; le disparità in termini di qualità e livello tecnologico tra i diversi ospedali; il diverso grado di preparazione e qualifica del personale sanitario tra aree rurali e urbane; le disparità nei benefici previsti dai diversi sistemi di assicurazione; e così via altre ancora.

Eppure, interrompere i meccanismi di questo circolo vizioso è possibile. Per farlo è certamente necessario portare avanti una serie di sostanziali riforme istituzionali capaci di correggere le storture, contraddizioni e profonde iniquità che caratterizzano ancora oggi il sistema sanitario cinese. Ma, come suggerito dal professor William C. Hsiao, le problematiche che affliggono la sanità in Cina sono legate, per molti aspetti, ad una questione più profonda: quella etica. "Solving China's health care problems will require more than structural reforms – it will necessitate changing the collective psyche".[1]

[1] Hsiao, William, "China's Health Care and the Collapse of Ethics" in *Critical issues confronting China, Seminar Series: Summaries of talks*, November 2013, p. 17.

In questo senso, i problemi che affliggono il sistema sanitario cinese rappresentano questioni ben più ampie che riguardano in parte, *in toto* o in misura e modalità diverse non soltanto i sistemi sanitari di altri paesi oltre alla Cina, ma anche altri settori economici e sociali – in Cina e in tutto il mondo. In considerazione delle peculiarità di ogni contesto sociale e culturale, sono necessarie risposte e azioni di diverso tipo per fronteggiare la crisi dei valori etici e della fiducia.

Nel caso della Cina, ricostruire un codice di etica medica basato sull'integrazione del sistema di valori proprio della tradizione medica cinese di stampo confuciano (come l'idea di "medicina come arte dell'umanità") con quello dei moderni valori di professionalità medica potrebbe contribuire in modo notevole a risolvere, migliorare o almeno mitigare la situazione.

Nella consapevolezza di non poter fornire una soluzione definitiva alle complesse problematiche che interessano la sanità in Cina, la ricerca e le riflessioni condotte nel presente elaborato intendono piuttosto promuovere un maggiore interesse verso questi fenomeni; suggerire un possibile approccio con cui analizzarli ed infine proporre la personale visione di chi scrive: per cui tali problematiche si ritengono risolvibili.

D'altra parte, ogni elaborato – essendo frutto di una prospettiva parzialmente personale e collocandosi all'interno di un limitato contesto spazio-temporale – è come scritto all'interno di una prigione e difficilmente potrà fornire la chiave per evadere. Ma, come suggerito da Donald Lopez – e speriamo sia questo il nostro caso – esso potrebbe nascondere nelle sue pagine "una lima con cui cominciare a segare le sbarre."[2]

[2] Lopez, Donald S., *Prigionieri di Shangri-La. Il buddhismo tibetano e l'Occidente*, Roma, Ubaldini, 1999, p. 19.

Capitolo IV
Commento alle traduzioni

Come anticipato nell'introduzione, si è deciso di sviluppare un commento traduttologico unico e comune a tutti tre gli articoli presi in considerazione. Il presente elaborato è pensato come opera unita e coesa in tutte le sue parti, per cui: gli articoli riportati in traduzione rappresentano parte integrante di un ragionamento e fanno parte del lavoro di indagine e ricerca condotto in tutta la Tesi; allo stesso modo, tale integrazione e contiguità logica vuole coinvolgere anche la relazione tra le proposte di traduzione degli articoli, i quali – pur trattando argomenti diversi – presentano una serie di rilevanti analogie in termini di funzione, stile e scopo. Da un punto di vista più strettamente traduttivo: tipologia testuale, dominante e Lettore Modello dei tre articoli risultano largamente sovrapponibili.

La presenza di un'analisi traduttiva unica è dunque ritenuta necessaria e funzionale alla coerenza e linearità dell'elaborato nel suo complesso, nonché giustificata da una serie di considerazioni di carattere pratico, estetico e di significato – legate al processo traduttivo.

Prima di procedere all'analisi delle traduzioni, si ricorda che non tutti gli articoli sono stati tradotti integralmente. I primi due, rispettivamente – *Il rapporto di fiducia tra medico e paziente: caratteristiche, situazione attuale e prospettive di ricerca* e *Breve analisi sulla natura legale della pratica delle "hongbao" in ambito sanitario* – sono stati tradotti per intero; mentre del terzo – *La "medicina come arte dell'umanità": costruzione teorica e fonte di ispirazione per l'epoca contemporanea* – si è deciso di proporre la traduzione soltanto del primo paragrafo.

Questa seconda scelta è giustificata dall'opinione di chi scrive per cui l'osservazione di un testo cinese fosse indispensabile per poter comprendere – ma anche per affrontare con onestà intellettuale – un concetto articolato, in larga misura estraneo all'Occidente e intriso di rimandi al pensiero confuciano, alla tradizione filosofica, morale e culturale cinese come quello di "medicina come arte dell'umanità".

D'altra parte, la traduzione integrale dello stesso si è ritenuta inopportuna: si sarebbe concretizzata in una trattazione eccessivamente approfondita e scarsamente funzionale di questo concetto, al punto di avere un effetto straniante e di risultare inconcludente e slegata dal resto del ragionamento.

Si fa infine notare che – per evitare di ripetere i titoli degli articoli – essi verranno chiamati d'ora in poi "primo/secondo/terzo articolo" o "art. 1-2-3" in base all'ordine con cui se ne propone la traduzione nel presente elaborato e che la sottolineatura di alcune parole ed espressioni è stata aggiunta per evidenziare le parti funzionali all'analisi traduttiva.

IV.1 Tipologia testuale

Tutti gli articoli proposti in traduzione sono riconducibili a una medesima tipologia testuale. Si tratta di articoli accademici e specialistici di recente pubblicazione scritti da medici, professori e laureati nel campo della medicina. Le riviste in cui sono stati pubblicati – che riportiamo nell'ordine di apparizione dei corrispondenti articoli nel presente elaborato – sono le seguenti: Journal of Nanjing Normal University – Social Science Edition (*Nanjingshi Daxue bao – shehuike xuebao* 南京师大学报 – 社会科学报); Journal of the Party School of CPC – Changchun Municipal Committee (*Changchun shiwei dangxiao xuebao* 长春市委党校学报); Medicine and Philosophy (*Yixue yu Zhexue* 医学与哲学杂志). Le prime due sono riviste accademiche legate alle rispettive Università e specializzate nel campo delle scienze sociali. La seconda è una rivista specialistica di livello internazionale, cui contribuiscono esperti da tutto il mondo nel campo della bioetica e della filosofia della medicina.

Tutti gli articoli sono identificabili come testi argomentativi in cui si inseriscono però molteplici ed evidentissimi elementi informativo-espositivi. Si tratta in effetti di testi che presentano caratteristiche proprie tanto dell'articolo accademico specialistico o semi-specialistico, quanto del saggio scientifico (e filosofico nel caso dell'art. 3).

Al pari dell'articolo, hanno lo scopo dell'informatività: intendono fornire al lettore dati, esempi e informazioni ben precisi su un determinato argomento, quindi anche "trasmettere un certo sapere specialistico"[1]; presentano una notevole precisione terminologica – anche se solo in rari casi ricorrono a tecnicismi di esclusiva competenza degli esperti del settore; offrono argomentazioni razionali; e tutte le affermazioni sono sostenute da dati bibliografici e dai risultati di altre indagini e ricerche.

Al pari del saggio, contengono "riflessioni e speculazioni di carattere generale che servono più a dare indicazioni di massima sull'importanza di questo o quel filone di ricerca e a tracciare sintesi e collegamenti originali tra studi precedenti"[2]; hanno una certa aspirazione estetica e carica connotativa; offrono argomentazioni razionali e organizzate in una struttura che segue strettamente la logica del ragionamento.

Per questa loro caratteristica di testi "ibridi" al confine tra l'articolo accademico e il saggio è stato necessario, come si vedrà, porre particolare attenzione all'individuazione di dominante e sottodominante di prototesto e metatesto e dedicarvi una serie di attente considerazioni e riflessioni.

---

[1] Serianni, Luca, *Italiani scritti*, Bologna, il Mulino, 2012 (III edizione), p. 13.
[2] Osimo, Bruno, *Manuale del traduttore. Guida pratica con glossario*, Milano, Ulrico Hoepli Editore, 2011 (III edizione), p. 178.

Gli articoli considerati concentrano la propria opera di ricerca su particolari aspetti del sistema sanitario cinese e, seppure con approcci diversi, intendono sviluppare un'analisi dettagliata – ricca di rimandi storico-culturali e documentazioni – proponendosi di chiarire, mettere in luce o trovare soluzione a precise questioni e problematiche.

La struttura è improntata a una sostanziale coerenza, sistematicità e organicità. Tutti gli articoli sono preceduti da abstract (in lingua cinese e inglese) e organizzati in paragrafi e sottoparagrafi che scandiscono le fasi del ragionamento e i cui titoli ne definiscono con precisione i contenuti e gli scopi. Come di prassi nella prosa argomentativa, si evidenzia un ampio ricorso all'introduzione di capoversi che sottolineano "il passaggio a un distinto blocco informativo e argomentativo; [accentuano] la scansione e insieme il collegamento tra i vari membri".[3] Come si vedrà di seguito, in sede di traduzione si è deciso di mantenere largamente inalterata la struttura grafica, in quanto ritenuta lineare e immediata – seppure con qualche inevitabile e significativa eccezione.

Allo stesso modo, anche dalla struttura della frase si evince una chiara volontà informativa e comunicativa. La lingua cinese preferisce di norma un andamento paratattico – ovvero il ricorso all'ordine sintattico e a mezzi lessicali per esprimere significati e legami grammaticali – per cui le frasi risultano spesso lunghe e scarne di connettivi. Questo è certamente vero anche per gli articoli presi in considerazione ma – a conferma della volontà comunicativa e argomentativa di questi testi – si evidenzia la presenza anche di frasi molto brevi all'inizio di paragrafi e sottoparagrafi e – come si vedrà meglio in seguito – anche di "frasi-titolo" (tradotte in italiano come titoli veri e propri). Ad esempio:

art. 1. 医患间的关系信任取向明显。(102)[4]
Un chiaro orientamento basato sulla relazione. (53)

art. 2. 我国的红包文化源远流长。(5)
In Cina la pratica delle *hongbao* rappresenta una tradizione antica e ben radicata. (79)

art. 3. 仁是儒学的核心概念。(24)
Quello di "umanità" (*ren* 任) rappresenta un concetto centrale nel Confucianesimo. (100)

Frasi di questo tipo hanno lo scopo di definire con chiarezza un certo concetto e di introdurre in modo inequivocabile quello di cui si andrà a parlare nel corso del paragrafo.

[3] Serianni, *op. cit.*, p. 62.
[4] Si segnala che il numero inserito tra parentesi rappresenta (e rappresenterà ad ogni occorrenza a seguire) il numero della pagina dell'articolo da cui l'esempio è tratto – nel caso degli esempi in cinese – e quello della pagina in cui esso si trova nel presente elaborato – nel caso degli esempi in lingua italiana.

Il registro linguistico è di taglio espositivo e didascalico. Si predilige l'utilizzo di parole monosillabiche (但, 如, 或, 已, 按, ecc.); di verbi ausiliari monosillabici (应, 可, 当) anche nella loro forma negativa (是否, 能否, 有无, 不可, 不宜); e verbi specifici (具有, 占有, 有待, 原有) indicanti possesso. Oltre ad essere preferite nel cinese scritto, queste forme svolgono la funzione di rendere il testo incisivo, preciso e veloce. Si noti la chiarezza espositiva della seguente frase in cinese seguita dalla rispettiva traduzione italiana:

art. 1. (102) – (53)

中国人的行为具有相当高的关系取向,有无关系或关系好坏成为信任能否建立的关键。

Il comportamento dei cinesi è largamente determinato dalle relazioni interpersonali. L'esistenza di una *guanxi*, o il fatto che tale relazione sia positiva o negativa, costituisce un elemento chiave nel determinare la possibilità o impossibilità di costruire un rapporto di fiducia.

D'altra parte, è interessante notare anche il ricorso frequente ai corrispettivi bisillabici di alcune di queste forme in occasione di passaggi in cui l'autore intende enfatizzare o definire con precisione un determinato concetto. Si vedano i seguenti passaggi tratti dal secondo articolo:

但是无论是附负担的赠与还是目的赠与都存在着问题 […]。(5)

Ma, sia che si tratti di una donazione modale che di una donazione remuneratoria, sussistono in ogni caso delle problematiche. (84)

[…] 应该对于这部分金钱的占有在道德上是受到谴责的。 (6)

È chiaro che l'accettazione di tali soldi debba essere condannata sul piano morale […] (84)

Questi aspetti ci rimandano ad altre due caratteristiche comuni a tutti gli articoli.

Innanzitutto, pur trovandosi in riviste specialistiche e trattando temi semi-specialistici, essi non sono indirizzati in via esclusiva ad un pubblico di esperti. Sono accessibili a chiunque abbia un minimo di competenza generica nel settore medico, medico-giuridico e medico-filosofico in Cina. Infatti, pur comparendo – nell'art. 1 e 2 – alcuni termini specifici della sfera medica (*aizibing* 艾滋病, *fangyu xing yiliao cuoshi* 防御性医疗措施, *zhenliao fang'an* 诊疗方案, ecc.) e giuridica (*shousunfang* 受损方, *shouzeng ren* 受赠人, *nuocheng hetong* 诺成合同, ecc.), si tratta comunque di termini accessibili alla grande maggioranza dei parlanti della lingua cinese. Inoltre, gli autori tendono spesso a spiegare con attenzione quei concetti e termini che potrebbero risultare poco chiari.

Ad esempio, l'autore del secondo articolo – oltre a spiegare il concetto di *mudi zengyu* 目的赠与 (donazione remuneratoria) distinguendolo da quello di *fu fùdan de zengyu* 附负担的赠与 (donazione modale) – propone un esempio di vita reale nell'ambito della pratica di donazione di *hongbao* sanitarie, di cui riportiamo solo l'incipit:

> 如在实际处理纠纷的过程中 […] (7)
>
> Ad esempio, nel corso di un reale processo di risoluzione di controversie […] (84)

Dunque, in linea di massima, non si può parlare di utilizzo di linguaggi settoriali nella loro accezione di "varietà di una lingua parlata, dipendente da un settore di conoscenze o da un ambito di attività professionali".[5] I termini utilizzati nella maggior parte dei casi non rappresentano tecnicismi specifici. Nei rari casi in cui lo sono vengono spiegati dall'autore.

Seconda caratteristica è la non neutralità emotiva. Anche per questa ragione gli articoli sono identificabili come testi argomentativi. Gli autori sono esperti del settore medico; sono consapevoli e convinti dell'importanza delle questioni che affrontano, della validità delle loro tesi e dei dati di cui dispongono; non intendono solo spiegare l'entità di alcune problematiche, vogliono renderne note le implicazioni e proporre delle soluzioni.

Come si vedrà in seguito, l'utilizzo di alcuni avverbi e costruzioni verbali – così come il frequente ricorso a interrogative didascaliche o "domande problematiche" – sono tutti elementi che dimostrano la convinzione di chi scrive; la sua assertività; la volontà di coinvolgere il lettore e farlo riflettere.

IV.2 Dominante e sottodominante

Jackobson definisce la dominante come "focusing component of a work of art: it rules, determines, and transforms the remaining components. It is the dominant which guarantees the integrity of the structure."[6]

Dunque, la dominante può essere molte cose: può essere una tecnica, un'arte che è modello di tutte le altre, la funzione linguistica di un testo. È un concetto a un tempo vago nella sua definizione teorica e fondamentale (e si potrebbe dire concretissimo) nel corso di qualunque processo traduttivo. Come indicato da Eco, non si tratta in ogni caso di un

[5] *Ivi*, p. 90.
[6] Jakobson, Roman, *Language in literature*, Cambridge (USA), Harvard University Press, 1987, p. 41.

concetto risolutivo, quanto piuttosto di un suggerimento: "cerca quale sia per te la *dominante* di questo testo, e su quella punta le tue scelte e le tue esclusioni".[7]

Per sottodominante si intende invece quell'elemento (o quegli elementi – in quanto un testo può presentare più di una sottodominante) di importanza secondaria rispetto alla dominante, ma comunque rilevante e non trascurabile.

In questo caso, come anticipato, l'individuazione di dominante e sottodominante di prototesto e metatesto ha richiesto una serie di riflessioni legate all'identificazione degli articoli quali testi argomentativi ma anche espositivo-informativi.

Ci troviamo dunque di fronte a testi che di certo non presentano una dominante assoluta che prevarica tutte le altre componenti, ma in cui compaiono almeno due elementi di centrale importanza identificabili in due funzioni linguistiche: la funzione argomentativa e quella informativa.

Prototesti e metatesti si trovano largamente allineati in questo senso, infatti in entrambi i casi la funzione argomentativa è stata identificata quale dominante e quella informativa quale sottodominante. Nonostante ciò – ed è su questo aspetto che è stato necessario soffermarsi a riflettere – prototesto e metatesto differiscono nel bilanciamento di queste due funzioni; presentano un diverso equilibrio di forza e rilevanza tra dominante e sottodominante.

Infatti, andando a verificare la validità della dominante nella cultura ricevente e in relazione al Lettore Modello, si è preso atto della sua fondatezza ed efficacia ma si è anche riscontrata un'incidenza maggiore rispetto al prototesto dell'altra funzione linguistica, quella informativa.

Questo è dovuto alla diversa collocazione dei due testi e all'inevitabile non coincidenza del Lettore Modello di prototesto e metatesto.

Più precisamente, i metatesti sono pensati come parte integrante del presente elaborato. Dunque, pur nel rispetto dei loro contenuti e della loro dominante, essi si trovano inseriti in un'opera che nel suo complesso svolge essa stessa una funzione argomentativa, per cui ciò che è davvero utile e interessante per il Lettore Modello è anche il loro contenuto informativo.

Inoltre, il Lettore Modello del metatesto, pur essendo – come si vedrà – esperto di Cina, potrebbe non conoscere i dettagli di alcune delle dinamiche e dei fenomeni di cui si parla. Egli leggendo gli articoli segue la logica del ragionamento; ne valuta l'efficacia, l'utilità e la validità ma allo stesso tempo scopre anche informazioni nuove. In considerazione di ciò il metatesto si carica durante la lettura – ed è stato caricato durante la stesura – di una maggiore carica e volontà informativa rispetto al prototesto.

[7] Eco, Umberto, *Dire quasi la stessa cosa. Esperienze di traduzione*, Milano, Bompiani, 2016 (VI edizione), p. 53.

IV.2.1 Dominante

Come anticipato, la dominante di prototesto e metatesto è stata identificata in una funzione linguistica: quella argomentativa.

Gli autori intendono dimostrare attraverso dati e spiegazioni la validità del proprio ragionamento, delle proprie proposte e l'importanza degli argomenti che affrontano. La struttura complessiva segue infatti strettamente la logica del ragionamento e si sviluppa in modo coerente e chiaro, tenendo conto dei diversi blocchi informativi. Lo stile è in linea di massima preciso, lineare ed elegante; costruito attraverso l'utilizzo di un lessico chiaro, incisivo e pertinente agli argomenti trattati.

Oltre che da una struttura complessiva improntata a razionalità e coerenza, la funzione argomentativa di questi articoli si evince chiaramente anche da una serie di precisi elementi testuali che riportiamo di seguito.

- Flusso informativo e argomentativo

Le informazioni e argomentazioni sono organizzate in maniera assolutamente lineare, in modo tale da distinguere i diversi blocchi tematici e aiutare il lettore nella comprensione e rielaborazione del ragionamento. Si fa notare nell'esempio il ricorso ad alcune espressioni cinesi utilizzate nel prototesto in questa funzione e rese facilmente nel metatesto con i rispettivi traducenti italiani:

art. 1. *shouxian* 首先 […] *qici* 其次 […] *zuihou* 最后 […] (107)

art. 1. innanzitutto […] in secondo luogo […] infine […] (65-66)

- Interrogative didascaliche

Si tratta di frasi interrogative che hanno lo scopo di coinvolgere il lettore; di vivacizzare l'esposizione e che svolgono un'evidente funzione didattica – sono infatti immediatamente seguite dalla risposta fornita dall'autore:

art. 1. 何为疾病呢? 所谓疾病就是 […] (103)

E a questo punto, che cos'è la malattia? Ciò che viene chiamata malattia è […] (55)

art. 3. "医何以仁术称? 仁即天之理 […] 医就是 […] (24)

Per quale motivo la medicina è chiamata arte dell'umanità? L'umanità (*ren*) è il principio del cielo […] La medicina è […] (100)

- Domande problematiche

Si tratta sempre di frasi interrogative ma che – a differenza delle interrogative didascaliche – non sono immediatamente seguite da una risposta. Hanno lo scopo di invitare il lettore alla riflessione. È possibile che rimangano prive di risposta; che la risposta sia vaga (quindi: invito a riflettere per trovarne una meno vaga – come nel primo esempio); o che la risposta sia lo scopo stesso di tutto il testo (quindi venga rivelata o identificata solo al termine della lettura – come nel secondo esempio):

art. 1. (107) – (66)

Domande: 但这些因素究竟存在哪些交互作用的路径? […?…?]
Risposta: 这种交替往复的过程涉及的社会心理机制仍需深入地进行思考。

Domande: qual è il sistema di interazione delle rispettive funzioni di questi elementi? […?…?]
Risposta: Il sistema di psicologia sociale coinvolto in questo processo alternante e restitutivo necessita ancora delle attente considerazioni.

art. 2. (5) – (80)

那么这样的红包行为是否合理、是否合法?

Dunque, la pratica delle *hongbao* è da considerarsi ammissibile? È legale?

- Avverbi e costruzioni verbali che dimostrano inamovibilità e assertività

art. 2. (6) – (81)

<u>不可否认</u>当前医疗体系内确实存在着资源分配不均等 […]

<u>Risulta innegabile</u> che l'attuale sistema sanitario presenti […] evidenti iniquità nella distribuzione delle risorse […]

<u>显然</u>在此时社会分配机制不尽合理的历史阶段，"红包"扮演着潜在的社会再分配的角色。

<u>È evidente</u> che in una fase storica caratterizzata da un sistema sociale profondamente iniquo, le *hongbao* vadano a svolgere un ruolo di celata forza motrice nella redistribuzione di tali risorse.

IV.2.1 Sottodominante

Come anticipato nel primo paragrafo, tutti gli articoli proposti in traduzione – oltre a svolgere una funzione argomentativa (identificata quale dominante) – svolgono anche una chiara funzione informativa. Tale funzione è stata riconosciuta quale sottodominante.

Gli autori introducono e spiegano specifici fenomeni e concetti relativi al sistema sanitario cinese: il rapporto di fiducia tra medico e paziente in Cina (e la sua crisi); la natura legale dei diversi tipi di *hongbao* sanitarie; il concetto di "medicina come arte dell'umanità" e le sue possibili implicazioni. Si impegnano a renderne nota o chiarirne la natura, a spiegarne le dinamiche (cause e conseguenze), le caratteristiche e le prospettive.

In sede di traduzione si è deciso di rafforzare e poi mantenere con sistematicità in tutto il metatesto la caratteristica dell'informatività quale requisito imprescindibile. Allo scopo di convogliare in maniera ottimale tutte le informazioni necessarie alla comprensione dei fenomeni indagati, sono state operate scelte ben precise volte alla risoluzione dei problemi di comunicazione tra le due diverse culture (quando questi rappresentavano un ostacolo alla comprensione) e ad un'impostazione grafica che fosse lineare e coerente per la cultura d'arrivo.

Prima di procedere con un'analisi dettagliata delle strategie traduttive messe in atto per rispondere alle esigenze determinate da dominante e sottodominante, si rende necessario evidenziare un altro elemento fondamentale del processo traduttivo – e in funzione del quale tali strategie sono state adottate: il Lettore Modello di prototesto e metatesto.

IV.3 Lettore Modello

Eco definisce il Lettore Modello come "un insieme di *condizioni di felicità*, testualmente stabilite, che devono essere soddisfatte perché un testo sia pienamente attualizzato nel suo contenuto potenziale."[8]

In questo senso, è necessario chiarire che il Lettore Modello non è il lettore empirico. Essi non solo potrebbero non coincidere, ma rappresentano due concetti distinti, due elementi concettualmente diversi. Il lettore empirico è il destinatario reale del testo: colui che effettivamente leggerà *quel* testo nella realtà. Il Lettore Modello è il destinatario ideale del testo: più che di una "persona" si tratta di una strategia testuale messa in atto da chi scrive.

Citando nuovamente le parole di Eco: l'autore "prevederà un Lettore Modello capace di cooperare all'attualizzazione testuale come egli, l'autore, pensava, e di muoversi interpretativamente così come egli si è mosso generativamente."[9]

[8] Eco, Umberto, *Lector in fabula. La cooperazione interpretativa nei testi narrativi*, Milano, Bompiani, 2011 (Prima edizione digitale 2011 da XI edizione Tascabili Bompiani, febbraio 2010), p. 250.
[9] *Ivi*, p. 220.

Per poter decidere la propria strategia, anche il traduttore – al pari dell'autore – deve prevedere il Lettore Modello nella cultura ricevente che non coincide necessariamente con quello identificato dall'autore nella cultura emittente.[10]

In riferimento al presente elaborato, il Lettore Modello di prototesto e metatesto non coincide perfettamente ma presenta alcune analogie piuttosto significative. Nei due sottoparagrafi a seguire andremo ad analizzare separatamente il Lettore Modello dell'autore nei prototesti e quello del traduttore nei metatesti.

IV.3.1 Lettore Modello del prototesto

Come anticipato, il Lettore Modello postulato dagli autori dei tre articoli coincide. Può essere identificato nella categoria di ricercatori ed esperti cinesi del settore medico, biomedico e delle scienze sociali. D'altra parte, gli articoli risultano accessibili nei loro contenuti e nel loro registro anche a una categoria di persone non propriamente specialiste del settore ma semplicemente interessate e preparate sull'argomento (ad esempio degli studenti universitari).

Elemento particolarmente indicativo della scelta di questo Lettore Modello è il modo in cui il secondo articolo affronta argomenti di carattere giuridico-legale. Il Lettore Modello non è esperto di legge (è esperto del settore medico), quindi potrebbe non sapere l'esatto significato di termini quali 诺成合同 (contratto consensuale) o 附负担的赠与 (donazione modale) – per cui l'autore decide di spiegarglieli. Tale spiegazione è necessaria per permettere al lettore di seguire il ragionamento e di comprendere ciò che davvero interessa all'autore: la natura legale delle *hongbao* sanitarie.

Per quanto riguarda invece alcuni concetti e richiami legati alla filosofia e tradizione culturale cinese, gli autori del secondo e terzo articolo – di nuovo coerentemente al Lettore Modello – decidono di non dilungarsi in spiegazioni e chiarimenti. Innanzitutto, perché il Lettore Modello è cinese, quasi certamente laureato e dotato di un livello culturale piuttosto elevato, per cui comprende e conosce i concetti base di filosofia cinese. In secondo luogo, alcuni concetti esprimono il proprio massimo potenziale proprio nella loro vaghezza ed è per questa loro caratteristica che sono utili agli scopi dell'autore.

Si pensi ad alcune parole presenti nell'art. 3, quali *ren* 任 (umanità) o *sheng* 生 (vita); a frasi come *shengsheng buxi* 生生不息 ("moltiplicazione perpetua di tutte le cose") o *tian ren he de* 天人合德 ("integrazione morale tra uomo e cielo"): il significato più profondo di questi concetti si realizza proprio nella loro inafferrabilità, nella loro natura inaccessibile e indefinita.

[10] Osimo, *op. cit.*, p. 117.

IV.3.2 Lettore Modello del metatesto

Il Lettore Modello del metatesto differisce parzialmente da quello del prototesto. Più che di esperti del settore medico, la categoria in cui lo si identifica è quella di esperti della Cina (i sinologi) o semi-esperti (ad esempio studenti universitari) che hanno un particolare interesse per il settore medico cinese.

In considerazione di ciò, si è deciso innanzitutto di lasciare alcuni termini in *pinyin* in quanto perfettamente comprensibili al lettore e/o scarsamente efficaci (oltre che vaghi e imprecisi) nella loro traduzione italiana. Questi termini, al pari di alcuni complessi concetti di filosofia cinese, non producono (e non vogliono produrre) un effetto straniante. Il lettore è consapevole delle differenze culturali, sa (e si vuole che sappia) che sta leggendo una traduzione ed è propenso a soffermarsi a riflettere sul significato di alcuni passaggi.

In secondo luogo, si è deciso di fornire delucidazioni e chiarimenti in riferimento a elementi culturospecifici considerati di centrale importanza o che potevano essere meno noti. Da una parte – pur essendo esperto di Cina – il lettore è principalmente interessato al campo sociale e potrebbe non conoscere alcuni termini specifici e concetti di filosofia cinese. Dall'altra – proprio perché è interessato alla Cina – gradisce avere (e in testi argomentativi e informativi come questi – è giusto che abbia) delle delucidazioni e spiegazioni. (Come si vedrà nel paragrafo IV.10 – il Lettore Modello del metatesto giustifica e apprezza l'abbondante presenza di note del traduttore: non è un lettore pigro; non vuole essere ingannato perché sa perfettamente che sta leggendo una traduzione; è motivato e interessato a capire bene ciò di cui si sta parlando. E legge le note).

Infine, il Lettore Modello potrebbe leggere il metatesto perché sta sviluppando una ricerca sull'argomento. Per questo i nomi propri di libri, ricerche o opere di varia natura che non godono di traduzione ufficiale – seppure tradotti in italiano da chi scrive – vengono riportati in nota nella loro dicitura originale in lingua cinese.

Sulla base di dominante, sottodominante e Lettore Modello così identificati, si è sviluppata la macrostrategia traduttiva (da intendersi come approccio globale e cosciente del traduttore al testo) e le microstrategie (da intendersi come "insieme dei procedimenti attuati dal traduttore per convogliare il testo dalla cultura emittente alla cultura ricevente"[11] e coerenti rispetto alla macrostrategia).

[11] *Ivi*, p. 316.

IV.4 Macrostrategia: coesione, coerenza e sistematicità

> L'obiettivo primario del traduttore non letterario non è quindi necessariamente la "fedeltà" alla forma del testo originale – che spesso, anzi, necessita di un miglioramento – bensì la riproduzione integrale delle informazioni dell'originale e il loro adeguamento alle norme e convenzioni redazionali della lingua/cultura di arrivo.[12]

È questo il caso degli articoli presi in considerazione. Infatti – come anticipato – gli obiettivi principali di prototesto e metatesto sono quelli di fornire informazioni ben precise in merito ad alcuni aspetti e fenomeni del sistema sanitario cinese e di argomentare le cause, conseguenze e prospettive degli stessi.

La macrostrategia si è dunque sviluppata nella volontà di perseguire in maniera sistematica e coerente l'obiettivo della massima chiarezza argomentativa, espositiva e informativa. Per farlo è stato necessario porre particolare attenzione a tre aspetti fondamentali: i primi due rappresentano requisiti *sine qua non* per la stessa esistenza di un testo – e ancor più determinanti in un testo di tipo argomentativo e informativo: la coesione e la coerenza; il secondo rappresenta un requisito auspicabile in ogni traduzione in modo tale da evitare equivoci e dubbi indesiderati: la sistematicità.

Per coesione si intende il "rispetto dei rapporti grammaticali e della connessione sintattica tra le varie parti"[13] del testo. Chiaramente i prototesti rispondevano perfettamente a questo requisito, ma per ottenere il medesimo risultato nei metatesti è stato necessario effettuare lievi adattamenti, modificare parzialmente la sintassi della frase, ricorrere a coesivi e soprattutto connettivi (spesso assenti nel testo cinese).

La coerenza si riferisce invece al significato di un testo, alla continuità logica e del senso tra le parti che lo compongono. Mentre incoerenze logiche apparenti sono possibili e abituali nel linguaggio poetico, letterario e pubblicitario, un testo informativo o argomentativo non può permettersi di violare tale requisito.[14] Per garantire la coerenza dei metatesti si è deciso di apportare alcune lievi modifiche nella struttura grafica degli articoli; di inserire brevissime specificazioni e precisazioni; di eliminare alcune ripetizioni e di inserire note del traduttore.

Infine, per garantire la precisione delle informazioni si è posta particolare attenzione nel tradurre in maniera sistematica alcuni termini specialistici, nel rispetto della loro referenzialità (da intendersi come designazione di significati univoci e oggettivi). Infatti, mentre si è fatto uso di sinonimi nella traduzione di parole comuni, i termini tecnici sono sempre stati tradotti allo stesso modo e inseriti nel glossario.

---

[12] Scarpa, Federica, *La traduzione specializzata. Lingue speciali e mediazione linguistica*, Milano, Hoepli, 2001 (I edizione), p. 70.
[13] Serianni, *op. cit.*, p. 30.
[14] *Ivi*, p. 39.

IV.5 Struttura grafica

È stato necessario apportare alcune modifiche alla struttura grafica-formale nei metatesti rispetto a quella dei prototesti in modo tale che la stessa risultasse maggiormente chiara, immediata, coerente alla tipologia testuale e in linea con le norme editoriali della cultura di arrivo.

Innanzitutto, nei metatesti si è deciso di inserire degli spazi più ampi tra i vari blocchi informativo-argomentativi per fornire una visione chiara e non caotica per la cultura ricevente.

Alla gestione degli spazi si collegano altre due scelte ben più determinanti per la resa grafica finale: la gestione dei capoversi e quella dei titoli di paragrafi e sottoparagrafi.

Per quanto riguarda i primi, prototesto e metatesto sono largamente allineati. Il testo segue strettamente la logica del ragionamento e si struttura in capoversi in base a questa logica. Unica eccezione al generale rispetto dei capoversi, si è verificata nel terzo articolo, in cui si è deciso di inserire un capoverso non presente nel prototesto ma ritenuto necessario per le convenzioni editoriali della cultura ricevente:

> 体现了医学价值观和人生价值观的统一。
> 关于医学价值观 […]。关于人生价值观 […]。(24)
>
> (Il prototesto prosegue senza andare a capo)

> Riflette inoltre l'integrazione del sistema di valori medici con quello di valori umani.
> In riferimento al sistema di valori medici […].
> In riferimento al sistema di valori umani […]. (101)
>
> (Il metatesto distingue i due blocchi informativi e prosegue in un nuovo capoverso)

Per quanto riguarda i titoli di paragrafi e sottoparagrafi, è stato necessario ricorrere ad alcuni adattamenti strutturali. In particolare, nei prototesti 1 e 2 sono state utilizzate delle "frasi-titolo" (o "espressioni-titolo") che, pur svolgendo la medesima funzione, non rappresentano titoli veri e propri in quanto si trovano inserite all'interno del testo e – nel caso del prototesto 2 – non sono neanche preceduti da numeri ma solo evidenziati dalla rientranza del capoverso. Nel metatesto si è deciso di inserire in tutti i casi queste espressioni come titoli dei sottoparagrafi seguiti da un punto.

Si riportano alcuni esempi e si segnala che le parentesi quadre con puntini indicano in questo caso che il testo continua senza andare a capo:

art. 1.

1. 医患间的关系信任取向明显。 […] (102)
1.1 Un chiaro orientamento basato sulla relazione. (53)

2. 医患信任关系中医生被赋予高角色期待。 […] (103)
1.2 Le alte aspettative verso il ruolo del medico. (54)

3．医院不同部别和科别的医患信任水平存在差异。 […] (103)
1.3 Differenze nel livello di fiducia tra le diverse divisioni e reparti dell'ospedale. (56)

art. 2.

目的型红包的赠与属性。[…] (7)
c. Le "*hongbao* di intento" come donazione. (83)

目的型红包的侵权属性。[…] (7)
b. Le "*hongbao* di intento" come conculcazione di diritti. (84)

目的型红包的不当得利属性。[…] (7)
c. Le "*hongbao* di intento" come ingiustificato arricchimento. (85)

Infine, in riferimento a una citazione proposta nel prototesto 3 fra virgolette, si segnala che – in considerazione della sua lunghezza e coerentemente alle convenzioni italiane – si è scelto di riportarla nel metatesto in dimensioni più piccole, con rientro e separata da uno spazio rispetto al resto del testo:

> 所谓医乃仁术，"就是指医术是一种爱人之术，是一种救人之术，是一种帮助人解除疾病痛苦之术。医乃仁术是对医学本质最简要的概况与说明，规定了医学包括仁与术两个最基本方面。" (24)

> "Medicina come arte dell'umanità" sta a indicare che:
> la medicina è proprio l'arte di amare gli altri; l'arte del salvare vite umane, di aiutare gli uomini a placare le pene della malattia. "Medicina come arte dell'umanità" rappresenta la concettualizzazione e spiegazione più concisa delle proprietà intrinseche della medicina, ne racchiude i due aspetti fondamentali: l'umanità e l'arte. (100)

IV.6 Fattori lessicali

Trattandosi di testi argomentativi e informativo-espositivi, si riscontra nei prototesti una "notevole precisione terminologica e [e il ricorso a] rigorose procedure definitorie"[15] cui si è cercato di attenersi anche in sede di traduzione. I fattori lessicali rivestono una grande importanza sia quando si tratta di tecnicismi o termini tecnici, sia quando si tratta di parole comuni nella scelta della traduzione più appropriata rispetto al registro impiegato.

Nei seguenti sottoparagrafi si andranno ad analizzare singolarmente – e suddivisi nelle rispettive categorie – le strategie adottate e i principali problemi traduttivi in riferimento ai diversi fattori lessicali.

IV.6.1 Realia

Realia è una parola di origine latina, utilizzata oggi come aggettivo sostantivato col significato di "cose reali". "In scienza della traduzione, però, *realia* significa non oggetti ma parole, ossia le parole che denotano cose materiali culturospecifiche"[16] e che non trovano quindi precise corrispondenze in altre lingue e culture.

Esistono diverse tipologie di *realia* e ogni elemento di *realia* può essere reso in diversi modi in sede di traduzione in base alle sue caratteristiche, alla macrostrategia adottata, ad alcune considerazioni e scelte del traduttore.

In questo caso, gli autori dei prototesti hanno fatto uso di numerosi *realia* che andremo ora ad analizzare nel dettaglio attraverso alcuni esempi concreti e suddividendoli in base alla strategia adottata per renderli nel metatesto.

- Traslitterazione (con caratteri alla prima occasione)

art. 1. *guanxi* 关系, *daifu* 大夫, *shi* 师 (52-54)
art. 2. *hongbao* 红包, *yasheng qian* 压胜钱, *chunri sanqian* 春日散钱 (79)

In tutti i casi – in occasione della prima comparsa di questi *realia* nel testo – il *pinyin* è stato affiancato ai rispettivi caratteri cinesi e – quando ritenuto necessario – si è inserita una nota del traduttore per spiegarne il significato o chiarire alcune questioni che li riguardano.

Per la loro importanza, due di questi meritano un discorso a parte: *guanxi* e *hongbao*. Si tratta di due *realia* noti al Lettore Modello del metatesto; chiariti in ogni caso più o meno direttamente dallo stesso autore nel prototesto; e fondamentali per il ragionamento.

[15] Osimo, *op. cit.*, p. 178.
[16] *Ivi*, p. 111.

Sulla base del termine *hongbao* si è anche costruita la traduzione italiana (*realia* in *pinyin* insieme a traduzione semantica) di due espressioni particolarmente importanti coniate dall'autore dell'art. 2: *chun ganxie xing hongbao* 纯感谢型红包 – tradotta come "*hongbao* di sincera gratitudine" e *mudi xing hongbao* 目的型红包 – tradotta come "*hongbao* di intento".

Per quanto riguarda il termine *guanxi*, è stato necessario tener conto della sua doppia connotazione quale elemento culturospecifico (mantenuto nella forma in *pinyin*) e parola comune con un preciso corrispettivo in italiano ("relazione"). A seconda del significato che la parola assumeva nel prototesto si è optato per l'una o l'altra forma nel metatesto. Infine, a partire dalla parola *guanxi* si è costruita un'espressione "ibrida" (con una parola in *pinyin* e una in inglese) ritenuta particolarmente efficace e concisa – *guanxi patient* – che in italiano avrebbe richiesto una frase di questo tipo: "pazienti che godono di una *guanxi* con il medico".

- "Traducente" italiano

art. 1. *Wuxing* 五行: Cinque Agenti (54)
wuzang 五脏: cinque organi (54)
liufu 六腑: sei soffi vitali (55)
jiuqiao 九窍: nove orifizi (55)

art. 3. *yi* 义: giustizia (99)
li 礼: rispetto del protocollo (99)
zhi 智: saggezza (99)
xin 信: buonafede (99)

Questi *realia* sono stati tradotti con un corrispettivo italiano ufficiale, semi-ufficiale o ritenuto accettabile da chi scrive. Riportarli in *pinyin* avrebbe prodotto un inutile effetto straniante e ostacolato la comprensione del ragionamento.

D'altra parte, si è ritenuto necessario inserire una nota del traduttore per riportate caratteri e *pinyin* e chiarire alcuni concetti in due casi: nel caso di *Wuxing* per chiarire la scelta dell'espressione "Cinque Agenti" rispetto alla traduzione convenzionale – ma a nostro avviso imprecisa – "cinque elementi"; nel caso di *yi*, *li*, *zhi*, *xin* per chiarire la scelta di una traduzione imprecisa ma più attinente al contesto. In un discorso più strettamente filosofico questi termini potevano di certo essere tradotti diversamente, ad esempio in questo modo: rettitudine, norme rituali, saggezza e fiducia. Ma nel nostro caso, una traduzione di questo tipo avrebbe avuto il solo effetto di ostacolare la comprensione.

- "Traducente" italiano e traslitterazione (con caratteri alla prima occasione)

art. 1. *qi* 气: energia vitale (*qi* 气) (55)

art. 3. *ren* 任: umanità (*ren* 任); *sheng* 生: vita (*sheng* 生); *de* 德: virtù (*de* 德) (100)

Questi *realia* sono stati tradotti in italiano, ma anche presentati e utilizzati nella loro traslitterazione in *pinyin* (insieme ai caratteri alla prima occorrenza – o quando ritenuto funzionale). Questa scelta è stata fatta in considerazione del loro significato nella filosofia confuciana, in cui assumono implicazioni più ampie rispetto al loro normale utilizzo. Il Lettore Modello vedendo caratteri e *pinyin* capisce di trovarsi nel campo della filosofia confuciana ed è in grado di assegnare un valore e delle sfumature diverse a questi concetti. Sfumature che non potrebbe altrimenti cogliere dalla sola traduzione in lingua italiana.

IV.6.2 Nomi propri

Per quanto riguarda i nomi propri di persona e luogo si è scelto di fornire la traduzione ufficiale quando presente o – in sua assenza – di utilizzare la traslitterazione. Ad esempio:

nomi di persona: Bian Que, Hua Tuo, Dong Feng (art. 1 - 55); Confucio (art. 3 - 100)

nomi di luoghi: Changsha, Hengyang (art. 1 - 60); Pechino (art. 1 -56)

Per quanto riguarda invece i nomi propri di indagini, libri o documenti si è deciso di fornire la traduzione ufficiale se esistente o una ad opera di chi scrive (in questo secondo caso accompagnata da una nota con indicato il nome originale in cinese). Ad esempio:

art. 3. (24) – (100)

traduzione ufficiale: *Zhouyi* 周易 – "Classico dei Mutamenti"

traduzione del traduttore: *Yi deng xu yan* 医灯续焰 – "La fiamma perpetua della medicina"

IV.6.3 Lessico tecnico

Come anticipato, nei prototesti sono presenti alcuni termini specifici del linguaggio medico e giuridico, anche se nella maggior parte dei casi si tratta di termini comprensibili anche ad una categoria di non esperti del settore.

In questo senso, si riportano qui soltanto alcuni esempi di termini propri del linguaggio giuridico cinese – presenti nell'art. 2 – che hanno costretto il traduttore ad un'attenta ricerca

in lingua italiana (prima ancora che in lingua cinese) per poterne comprenderne a pieno il significato, quindi offrirne la traduzione ritenuta più precisa nella cultura ricevente:

mudi zengyu 目的赠与 (7): donazione remuneratoria (84)
fu fùdan de zengyu 附负担的赠与 (7): donazione modale (84)
nuocheng hetong 诺成合同 (6): contratto consensuale (82)

Un discorso a parte merita ancora il metatesto del secondo articolo. Infatti – mentre in cinese i linguaggi medico e giuridico comprendono per loro caratteristica molti termini comuni e comprensibili anche ai non esperti – l'italiano (derivando dal latino, ed avendo il latino notevoli influenze dal greco) prevede in questi ambiti l'utilizzo di molti termini tecnici, complessi, di origine greca o latina o proprio in lingua latina.

Il lessico giuridico in italiano è "caratterizzato da una leggera patina arcaica"[17] e ricorre spesso a frasi o singole locuzioni in latino o termini di origine greca. In sede di traduzione è stato necessario tenere conto di questa caratteristica della cultura ricevente e ricorrere in certi contesti e occasioni ad alcuni latinismi, riportati in corsivo. Ad esempio: *in toto*, *sine qua non*, *modus*, *animus donandi*, *status*.

Oppure all'utilizzo di parole di origine greca, come nel caso del termine "eziologico", tipico del linguaggio giuridico italiano:

二者之间具有<u>因果关系</u>。(7)
Le due parti sono legate tra loro da un <u>rapporto eziologico</u>. (85)

Il risultato – ad un primo impatto – può sembrare concretizzarsi in un eccessivo innalzamento del registro linguistico da prototesto a metatesto. In realtà, si tratta in larga misura di un'impressione dovuta alle diverse origini, convenzioni e modo di esprimersi delle due lingueculture.

IV.6.4 Lessico straniero

L'ultimo elemento lessicale oggetto della nostra analisi è il lessico straniero (per la precisione inglese) presente in prototesto e metatesto (cui ci si riferisce talvolta anche col termine forestierismi).

In questo caso, si rende necessario operare una netta distinzione tra i tre articoli presi in considerazione. Infatti, mentre il prototesto del primo articolo fa un uso piuttosto

[17] Serianni, *op. cit.*, p. 132.

abbondante di termini inglesi, questi ultimi sono completamente assenti nei prototesti del secondo e del terzo articolo. Questa scelta degli autori è largamente determinata dall'argomento trattato e dalle modalità con cui esso si sviluppa.

Il primo articolo offre un'analisi del rapporto di fiducia tra medico e paziente in Cina e per farlo riporta e confronta alcune indagini condotte in passato da ricercatori cinesi e occidentali; definisce e spiega alcuni strumenti di indagine e scale di misurazione della fiducia di origine occidentale; fa riferimento ad alcuni concetti, principi e caratteristiche propri della professionalità medica e della relazione medico-paziente validi in tutto il mondo e la cui designazione specifica viene convenzionalmente indicata con termini inglesi.

Il secondo articolo si addentra invece in un campo più propriamente (ed esclusivamente) cinese. Discute la natura legale delle *hongbao* sanitarie in Cina. La panoramica storica sulle *hongbao*, il linguaggio giuridico e la collocazione del ragionamento nel contesto cinese lasciano scarsissimo spazio a termini stranieri (più semplicemente, il ricorso a tali termini non è necessario).

Questo discorso è ancor più valido per il terzo articolo, in cui si entra nel campo della filosofia della medicina (e la filosofia è quella confuciana). In questo ambito, l'utilizzo di termini inglesi sarebbe non soltanto inutile – visto che solo i termini cinesi contengono tutte le sfumature di concetti propri della cultura e tradizione di pensiero cinese – ma anche fuorviante e irragionevolmente straniante.

Queste stesse considerazioni valgono anche per i metatesti e hanno determinato la scelta di utilizzare (nell'art. 1) o non utilizzare (negli art. 2 e 3) dei forestierismi. Dunque, si prenderanno ora in considerazione soltanto prototesto e metatesto del primo articolo.

Tutti i forestierismi e i nomi propri inglesi presenti nel prototesto compaiono fra parentesi e preceduti dalla traduzione cinese degli stessi. Si riportano degli esempi così come compaiono nel prototesto, separando i nomi propri da quelli comuni:

维克森林医师信任量表 (Wake Forest Physician Trust Scale, WFPTS) (105)
医疗服务关系信任量表 (Healthcare Relationship Trust Scale) (105)

关系取向 (relationship-oriented) (102)
高接触性 (high level contact) (106)
保护患者隐私 (confidentiality) (106)

Nel metatesto si è deciso di utilizzare la stessa tecnica per i nomi comuni – ovvero, anticipare al termine inglese (scritto fra parentesi e in corsivo) quello italiano – e di inserire invece solo l'inglese (in tondo) per i nomi propri delle scale di misurazione (la traduzione italiana risultava poco utile in questo caso). Ad esempio:

Wake Forest Physician Trust Scale (WFPTS) (60)
Healthcare Relationship Trust Scale (60)

determinato dalle relazioni interpersonali (*relationship-oriented*) (53)
alto livello di interazione (*high-level contact*) (62)
tutela della privacy (*confidentiality*) (62)

Si evidenzia inoltre come nel metatesto sia presente un numero maggiore di termini inglesi rispetto al prototesto. Si tratta di una scelta traduttiva ben precisa e operata sulla base di due principali considerazioni.

Innanzitutto, la linguacultura italiana è – come scrive Osimo – onnivora e onniassorbente, ovvero con un alto grado di tolleranza per le parole straniere.[18] Questa considerazione è ancor più valida quando si tratta di testi argomentativi e informativi, i quali richiedono un'elevata precisione terminologica.

In secondo luogo, alcuni nomi propri cinesi godono di una traduzione ufficiale solo in lingua inglese, per cui fornirne una italiana pareva talvolta poco utile.

Si riportano di seguito alcuni esempi di parole cinesi del prototesto insieme ai traducenti in lingua inglese del metatesto, distinguendo i nomi comuni da quelli propri.

Nomi comuni:

kuaisu xinren 快速信任 (103): *high-speed trust* (54)
da shuju 大数据 (107): *big data* (64)
xingwei juece 行为决策 (107): *behavioral decision making* (65)

In quest'ultimo caso si è inserita anche la traduzione italiana di 快速信任, ovvero "fiducia immediata". La forma inglese risultava utile soprattutto per rendere l'idea di una fiducia transitoria, poco solida e di poco conto (si voleva imitare l'effetto di espressioni quali *fast-reading*; *fast-food*, ecc.)

Nomi propri:

Guojia weisheng fuwu diaocha 国家卫生服务调查 (104): National Health Interview Survey (56)
Zhongguo yiyuan xiehui 中国医院协会 (104): Chinese Hospital Association (58)

In quest'ultimo caso si sono utilizzati alla prima occorrenza sia l'italiano che l'inglese (quest'ultimo tra parentesi), poi si è preferito proseguire utilizzando soltanto l'italiano in quanto ritenuto altrettanto chiaro ed efficace.

[18] Osimo, *op. cit.*, p. 114.

IV.7 Fattori morfosintattici

Le differenze tra le diverse lingueculture si riflettono in via diretta nel modo di pensare delle persone, quindi anche nell'organizzazione morfologica e sintattica. Questo elemento rappresenta una questione di centrale importanza di cui è necessario tener conto nel corso del processo di traduzione.[19] Come anticipato, il cinese è una lingua che predilige un andamento paratattico, per cui il significato di una frase e i legami grammaticali si manifestano via via, parola per parola, in base alla posizione che quest'ultime occupano all'interno della frase. Si tratta di una forma di coordinazione largamente priva delle connessioni cui siamo abituati in italiano, per cui si rivela necessario innanzitutto riconoscere e interpretare i legami e la struttura della linguacultura emittente (quella cinese) per poi ricostruirli sulla base delle norme della linguacultura ricevente (quella italiana).[20]

Le funzioni argomentativa e informativa sono state identificate rispettivamente quali dominante e sottodominante per cui esse rappresentato di certo l'invariante, ovvero quella parte di prototesto che si ritrova in larga parte immutata nel metatesto.

Proprio in funzione di ciò, è stato necessario intervenire attraverso diverse strategie per mantenere un alto livello di comunicatività e coerenza argomentativa. Da un punto di vista più strettamente morfosintattico, si è fatto ricorso a strategie quali: la semplificazione e riformulazione sintattica; l'utilizzo di coesivi e connettivi per specificare le relazioni tra le varie componenti; la nominalizzazione del verbo; la "deagentivizzazione" e la forma passiva; l'eliminazione di alcune ripetizioni o parti che risultavo ridondanti per gli standard della cultura ricevente.

Andremo ora ad analizzare gli interventi operati sul piano dell'organizzazione sintattica.

IV.7.1 Sintassi

Prima di procedere all'analisi delle strategie traduttive utilizzate per risolvere i problemi legati alle differenze sintattiche tra cultura emittente e ricevente, è forse interessante chiedersi in che modo si possa tradurre la sintassi. O meglio, fino a che punto sia necessario (o se è necessario) che la sintassi venga tradotta.[21]

Certamente la risposta dipende anche dalla tipologia testuale: nel caso di una poesia la risposta è probabilmente affermativa, considerando che in quel tipo di testo la forma è

[19] Wong, Dongfeng, Shen, Dan, "Factors Influencing the Process of Translating" in *Meta: Translators' Journal*, March 1999, p. 83.
[20] *Ivi*, pp. 83-84.
[21] Pesaro, Nicoletta (a cura di), *The Ways of Translation: Constraints and Liberties of Translating Chinese*, Venezia, Cafoscarina, 2013, p. 60.

(almeno in parte) anche il contenuto; nel caso di testi informativi e argomentativi – come nel caso degli articoli proposti in traduzione – l'organizzazione sintattica deve essere piuttosto intesa come strumento per assolvere alla funzione argomentativa e a quella dell'informatività.

Andremo ora ad analizzare nel concreto alcune scelte traduttive operate nell'ambito dell'organizzazione sintattica, iniziando dai titoli di articoli, paragrafi e sottoparagrafi.

Si propongono di seguito alcuni casi esemplificativi della riformulazione sintattica messa in atto nella traduzione dei titoli degli articoli:

art. 1.

医患信任关系的特征、现状与研究展望汪 (102)

Il rapporto di fiducia tra medico e paziente: caratteristiche, situazione attuale e prospettive di ricerca (52)

art. 3.

"医乃仁术"的理论结构与当代启示 (24)

La "medicina come arte dell'umanità": costruzione teorica e fonte di ispirazione per l'epoca contemporanea (99)

La traduzione letterale poteva essere più o meno la seguente: "Caratteristiche, situazione attuale e prospettive di ricerca del rapporto di fiducia tra medico e paziente" e "Costruzione teorica e ispirazione per l'epoca contemporanea della *medicina come arte dell'umanità*". Si è deciso invece di optare per una traduzione più incisiva e chiara, e che mettesse in primo piano (come del resto avviene in cinese) il vero focus di titolo e articolo: il rapporto di fiducia tra medico e paziente; la "medica come arte dell'umanità".

Questa medesima strategia è stata portata avanti in maniera sistematica nella traduzione dei titoli di tutti i paragrafi dell'art. 1, dell'art. 3 (di cui si è tradotto un unico paragrafo) e anche dell'art. 2 (con l'unica eccezione del primo paragrafo che – rappresentando un'introduzione storica – richiedeva un titolo rispondente a questa caratteristica). Si riportano di seguito alcuni esempi dei titoli così come appaiono nei prototesti e nei metatesti:

art. 1.

国内医患信任关系的特征 (102)
Il rapporto di fiducia tra medico e paziente in Cina: caratteristiche (53)

国内医患信任关系的现状与趋势 (104)
Il rapporto di fiducia tra medico e paziente: situazione attuale e tendenze (58)

当下医患信任研究概观 (105)
Il rapporto di fiducia tra medico e paziente: panoramica delle indagini (60)

art. 2.

医疗红包行为的道德上评价 (5)
Le *hongbao* sanitarie: considerazioni morali (80)

医疗红包行为的法律性质 (6)
Le *hongbao* sanitarie: natura legale (82)

art. 3.

"医乃仁术"的基本内涵 (24)
"La medicina come arte dell'umanità": implicazioni essenziali (100)

Come si può notare – al di là della diversa formulazione – si è deciso di mantenere nel titolo dei paragrafi dei metatesti la caratteristica della ripetizione. Si poteva scegliere in tutti i casi di omettere la porzione di testo precedente ai due punti. Infatti, risultava già chiaro al lettore che, ad esempio, le "caratteristiche" sono quelle del "rapporto di fiducia tra medico e paziente" o che la "natura legale" di cui si parla è quella delle "*hongbao* sanitarie".

D'altra parte, questa ripetizione sistematica rappresenta una caratteristica non trascurabile dei prototesti e che anche nei metatesti serve a sottolineare la centralità del concetto. (Altre questioni relative alle ripetizioni verranno analizzate nel presente paragrafo).

Un altro aspetto che ci pare importante evidenziare in riferimento alla riformulazione dei titoli è quello relativo alla strategia adottata nei riguardi di una specifica parola: *shuxing* 属性. Si è deciso di affrontare l'analisi di questa parola nel presente paragrafo – piuttosto che in quello relativo al lessico – in quanto in sede di traduzione si è rivelato necessario rielaborare completamente la struttura della frase per rispondere alle diverse occorrenze testuali in cui veniva utilizzata questa parola. Il termine *shuxing* – traducibile in italiano come "attributo" o "proprietà" – è utilizzato in modo sistematico dall'autore dell'art. 2 nei titoli di quasi tutti i sottoparagrafi. Nella cultura ricevente non è stato possibile trovare un corrispettivo efficace e capace di rispondere con la medesima sistematicità e coerenza a tutte le occorrenze testuali.

Per questa ragione è stato necessario ricorrere ad una "traduzione contestuale", ovvero una traduzione in cui "non si tiene conto del significato di una parola, ma del significato globale della frase nel testo in questione […]".[22] In questo senso, il problema si è trasformato da lessicale a sintattico e si sono utilizzati due diversi metodi che meglio sembravano rispondere alle diverse occorrenze testuali, con un'unica eccezione (segnalata in blu) che ha reso inevitabile l'abbandono di tale sistematicità. Si riportano di seguito i titoli in questione così come compaiono nel prototesto e nel metatesto – e divisi secondo i due metodi citati:

[22] Osimo, *op. cit.*, p. 113.

- metodo 1 ("come")

(二) 目的型红包的多重法律属性 (6)
3.2 I molteplici aspetti legali delle "hongbao di intento" (83)

目的型红包的赠与属性。(7)
c. Le "*hongbao* di intento" come donazione. (83)

目的型红包的侵权属性。(7)
b. Le "*hongbao* di intento" come conculcazione di diritti. (84)

目的型红包的不当得利属性。(7)
c. Le "*hongbao* di intento" come ingiustificato arricchimento. (85)

- metodo 2 ("con riferimento")

民法上属性 (7)
Con riferimento alla legislazione civile (85)

行政法和刑法上属性 (7)
Con riferimento a leggi amministrative e penali (85)

In tutti questi casi si può dire che la parola "come" e l'espressione "con riferimento" si sono fatte carico del ruolo di traducenti di *shuxing*. D'altra parte, è difficile identificare in queste due espressioni i traducenti di *shuxing* – per questo si è preferito parlare di traduzione contestuale. Nel caso del sottoparagrafo 3.2 non è stato possibile mantenere questa linea, quindi si è scelto di ricorrere ad un ulteriore traducente ("aspetti"), di nuovo facendo appello alla strategia della traduzione contestuale. (Altre questioni relative ai titoli verranno analizzate in seguito nel paragrafo *IV.7.2* che esamina il trattamento del verbo).

Ancora in riferimento alla sintassi, si riportano alcuni esempi particolarmente indicativi delle principali strategie adottate. Gli esempi sono organizzati e divisi in base alla strategia.

- Semplificazione e rielaborazione del testo

art. 1.

中国人的行为具有相当高的关系取向(relationship-oriented)，有无关系或关系好坏成为信任能否建立的关键。(102)

Il comportamento dei cinesi è largamente determinato dalle relazioni interpersonali (*relationship-oriented*). L'esistenza di una *guanxi*, o il fatto che tale relazione sia positiva o negativa, costituisce un elemento chiave nel determinare la possibilità o impossibilità di costruire un rapporto di fiducia. (53)

Per garantire la logica del ragionamento è stato necessario ricorrere alla strategia della semplificazione – ovvero suddividere il periodo del prototesto in più periodi nel metatesto.

art. 2.

对于一些较大数额的目的型医疗红包行为，如药品的大额回扣、医院的招投标项目等，已经超越了普通意义上的红包，侵害的法益达到了刑法调整的。(7)

In una variabile piuttosto consistente di casi, la pratica delle "*hongbao* di intento" travalica grandemente il senso della comune *hongbao* e si concretizza in violazione di diritti oggetto di giurisdizione penale: si pensi alle imponenti commissioni sui medicinali o alle gare d'appalto relative alle progettazioni ospedaliere. (85)

In questo caso si è rivelato necessario ricorrere ad un'opera di "totale restauro" o riformulazione della sintassi del prototesto (come si può notare, tra le altre cose, dalla diversa posizione che occupa la frase sottolineata nel prototesto e nel metatesto). Questa scelta è stata fatta per garantire la linearità, la logica e la coerenza del ragionamento – in modo tale che il contenuto informativo risultasse il più chiaro possibile al Lettore Modello del metatesto.

art. 3.

宋代理学家发挥《周易》"天地之大德日生"的思想而以"生"释仁，以"生"为最高的德和善，而且从中体悟到人生的意义和责任，进而构成一幅天人合德、万物一体的生命和谐之境，仁、生、德、善四位一体，宇宙与人生相互激荡，生生不息。(24)

In epoca Song i discepoli di Confucio hanno elaborato nel "Classico dei mutamenti" (*zhouyi* 周易) la concezione di "vita come grande virtù di cielo e terra", quindi spiegato il concetto di umanità (*ren*) attraverso quello di "vita" (*sheng* 生). Considerando *sheng* la massima virtù e il bene supremo – e partendo dalla comprensione del significato e delle responsabilità proprie della vita umana – si procede alla costruzione di "un'integrazione morale tra cielo e uomo"; all'armonia vitale della totalità di tutte le cose, in cui l'umanità (*ren*), la vita (*sheng*), la virtù (*de* 德) e il bene (*shan* 善) diventano "quattro in uno"; all'interazione mutevole di universo e vita umana; alla moltiplicazione perpetua di tutte le cose. (100)

Innanzitutto, il periodo del prototesto è stato suddiviso in due periodi distinti nel metatesto. Oltre al fatto che l'italiano scritto non tollera periodi eccessivamente lunghi – il ragionamento condotto è particolarmente complesso e carico di rimandi filosofici, per cui si è rilevata la necessita di distinguerlo in due blocchi concettuali.

In secondo luogo, nel metatesto si è fatto ricorso a segni di punteggiatura più forti (il punto e virgola) per gestire tutta la lunga serie di informazioni che segue il verbo "si procede".

Infine, è stato necessario ricorrere all'utilizzo di connettivi ("quindi"), coesivi ("quello di", "in cui") e parole non presenti nel prototesto ("concetto", "diventano") per mantenere – e prima ancora per interpretare e ricostruire – la logica del ragionamento.

- Elisione

art. 1.

国内的医院按不同的标准被分为不同的级别，若将高级别的医院与低级别的医院在医患信任关系方面做个比较，哪一类会更好些呢? (103)

Gli ospedali cinesi vengono classificati in diversi livelli sulla base di molteplici criteri. Tracciando un paragone tra ospedali di alto e basso livello è possibile riscontrare un diverso grado di fiducia tra medico e paziente. (56)

In questo caso si è deciso di eliminare la frase interrogativa sottolineata. La domanda – che si riferisce al diverso grado di fiducia tra medico e paziente in base al diverso livello degli ospedali – può essere tradotta più o meno così: "in quale di questi è migliore?". Il ricorso a una frase di questo tipo nel metatesto avrebbe provocato un indesiderato effetto di straniamento e abbassato inutilmente il registro linguistico. Sul piano dell'informatività e costruzione del ragionamento, l'eliminazione di questa frase non comporta alcuna perdita.

- Ridondanza e ripetizioni

art. 1.

所以医生的"与人祛病"也就自然成了"究天人之际"的过程，"医道即天道"，要传播道理，讲授知识、解除疑惑，至此，医生和教师扮演的角色似乎没有什么区别了——传道、授业、解惑。(103)

Dunque, il dovere del medico di "combattere la malattia" si trasforma naturalmente in un processo che mette in comunicazione uomo e natura. "Il sapere medico è la via del cielo". In questo senso il medico e il maestro svolgono un ruolo non troppo diverso: diffondere la ragione, impartire la conoscenza, rimuovere le perplessità. (55)

In questo caso si è deciso di eliminare un'intera frase che risultava ridondante e ripetitiva se riportata nel metatesto. Il cinese accetta senza problemi una ripetizione di questo tipo, anche in virtù della sua natura logografica e dell'importanza conferita al bilanciamento delle frasi in base al numero di caratteri: infatti, nella prima occasione si utilizzano tutte espressioni di quattro caratteri riferite al medico ([医生] 要传播道理，讲授知识、解除疑惑); nel secondo caso le medesime espressioni sono presentate nella loro forma abbreviata

in due caratteri e si riferiscono a medico e maestro per rendere nota l'analogia tra i due ruoli (医生和教师[要] 传道、授业、解惑). Nella cultura ricevente non era possibile ricreare questo medesimo effetto, per cui si è deciso di riformulare la frase ed eliminare la ripetizione.

Gli autori di tutti gli articoli fanno ampio ricorso alle ripetizioni, in quanto intendono definire in maniera inequivocabile l'oggetto del ragionamento condotto così da poter sviluppare una discussione chiara e altamente informativa.

In sede di traduzione si è tenuto conto di questa caratteristica, ritenendola piuttosto significativa. Si è cercato quindi di trovare un bilanciamento nel metatesto tra il mantenimento delle ripetizioni – quando ritenute funzionali alla logica del testo, anche se talvolta un po' pesanti – e la loro eliminazione mediante l'utilizzo di coesivi, abbreviazioni o riformulazioni.

Si riportano di seguito altri esempi in cui le parole o espressioni sottolineate del prototesto rappresentano le parole ed espressioni ripetute e quelle del metatesto la loro resa in italiano attraverso diverse soluzioni:

art. 1.

已有研究集中于患者人口统计特征、心理契约、医务工作者的人格特质等个体因素对医患信任的影响，注意到医患信任具有影响医患双方态度与行为以及临床疗效的功能，然而医患信任危机产生的社会心理机制、医患信任建立和维持的过程机制仍不明晰。同时，医患信任现状评估和测量指标构建还不够健全，医患信任关系的行为决策实验设计等方面还有待加强。(102)

Studi precedenti si sono concentrati sull'influenza di alcuni fattori individuali sulla fiducia tra medico e paziente, quali: le caratteristiche demografiche dei pazienti, il patto (o contratto) psicologico, le caratteristiche comportamentali del personale sanitario. Tali studi hanno inoltre evidenziato come la fiducia influenzi il comportamento delle due parti, la loro condotta e la stessa efficienza clinica. D'altra parte, il meccanismo psicologico sociale alla base della crisi di fiducia, e quello procedurale per la costruzione e il mantenimento di tale fiducia, risultano ancora poco conosciuti. Allo stesso tempo, il sistema di valutazione dello stato di fiducia medico-paziente – e la creazione di uno standard per misurarlo – presentano ancora molte lacune, mentre il disegno sperimentale sul "comportamento pianificato" nel rapporto tra medico e paziente necessita di essere perfezionato. (52)

首先，医患信任现状评估和测量指标的构建还需进一步推进。大范围的关于医患信任状况的调查尚未见到。虽然许多研究指出中国医患信任陷入危机，但其主要论证依据是越来越多的医疗纠纷和医患冲突案例，医患信任总体现状及其整体波动特征还欠缺固定化的指标加以体现。(107)

Innanzitutto, si evidenzia la necessità di compiere decisivi passi avanti nel campo della valutazione della fiducia tra medico e paziente e nella realizzazione di un sistema di indici per tale valutazione. Non sono ancora state condotte ricerche ad ampio spettro in tal senso. Nonostante numerose indagini si siano confrontate con lo stato di crisi della relazione tra medico e paziente, esse hanno principalmente trattato ed evidenziato l'aspetto delle dispute e dei casi di conflitto tra le due parti. Esistono quindi ancora delle lacune in riferimento a indicatori fissi che possano riflettere nel suo complesso l'effettiva situazione e prendere in considerazione la totalità delle sue variabili. (64)

art. 2.

红包行为是否合理、是否合法？红包行为出现在现阶段社会生活的各个方面，本文将仅就医疗红包行为的法律性质及现象治理进行分析研究。(5)

Dunque, la pratica delle *hongbao* è da considerarsi ammissibile? È legale? Essa interessa ogni sfera della vita sociale contemporanea. Nel presente articolo si conduce una ricerca analitica esclusivamente in riferimento alla natura legale della pratica delle *hongbao* in ambito sanitario e alla gestione di tale fenomeno. (80)

并非所有的医疗红包行为都应受到法律的制裁, 红包行为之所以需要被提高到法律层面来调整, 并不是红包行为本身不合理, 而是这种行为对正常医疗秩序的破坏 […] (6)

Non tutte le forme di *hongbao* sanitarie dovrebbero essere soggette a ritorsioni legali. La ragione per cui tale pratica dovrebbe ricevere una maggiore regolamentazione da parte della legge non risiede nel fatto che le *hongbao* rappresentino di per sé uno strumento illecito. Si tratta piuttosto del danno che il loro utilizzo in ambito sanitario arreca al normale funzionamento della sanità stessa […] (82)

art. 3.

仁是儒学的核心概念。先秦儒学中，仁的基本含义可概况为两个方面：第一，仁的规定虽因具体情况不同而有不同的侧重，但基本含义是"爱人"；第二，子L子以仁为诸多道德原则的总括，仁是包含义、礼、智、信诸德在内的一个总德目。(24)

Quello di "umanità" (*ren* 任) rappresenta un concetto centrale nel Confucianesimo. Nel pensiero confuciano precedente all'epoca Qin, il significato fondamentale di *ren* può essere indagato considerando due aspetti: il primo si riferisce al fatto che, nonostante la sua formulazione assuma una diversa enfasi al variare della specifica situazione, *ren* significa fondamentalmente "amare gli altri"; il secondo aspetto è identificabile nell'utilizzo che Confucio fa di *ren* quale sintesi di molteplici qualità morali: giustizia, rispetto del protocollo, competenza, buonafede. (100)

Infine, si riportano di seguito i titoli dei sottoparagrafi 3.1, 3.2 e 3.3 del primo articolo così come compaiono in prototesto e metatesto. Si fa notare la decisione di omettere in tutti i casi nel metatesto la ripetizione della formula *yihuan xinren de* 医患信任的 ("della relazione di fiducia tra medico e paziente") in quanto la brevissima introduzione che precede questi sottoparagrafi chiarisce inequivocabilmente che essi si riferiscono a tale relazione di fiducia:

医患信任的测量工具。(105): Strumenti di misurazione. (60)

影响医患信任的个体因素。(105): Impatto dei fattori individuali. (61)

医患信任的功能分析。(106): Analisi delle funzioni. (63)

- Approccio "localizzante"

art. 2.

赠与行为是指当事人约定一方将自己所有财产无偿转让给他方所有的协议。(6)

Un "atto" di donazione implica che entrambe le parti coinvolte accettino *in toto* l'accordo per cui una parte, disponendo di un proprio diritto o bene, arricchisca l'altra parte senza conseguire alcun compenso e l'altra parte accetti tale donazione. (82)

也就是说这种赠与合同在患者和医生之间成立的条件要求如下：[…] (6)

Dunque, il contratto di donazione prevede una serie di condizioni *sine qua non* nel rapporto tra medico e paziente: […] (82)

Si fa notare come nel secondo articolo sia stato privilegiato un approccio cosiddetto "localizzante" nella strutturazione della sintassi (così come nella scelta del lessico – si pensi ai già citati latinismi). Questa scelta è determinata dal fatto che il secondo articolo affronta delle tematiche di carattere giuridico-legale, che richiedono un'impostazione della frase ben precisa e definita – la quale però può risultare diversa nelle diverse lingue.

IV.7.2 Trattamento dei verbi

Nell'ambito delle scelte morfologiche e testuali, ci pare utile e interessante soffermarci sul trattamento del verbo.

In italiano il saggio e l'articolo scientifico presentano una serie di caratteristiche nell'utilizzo dei verbi che – seppure non universali – possono dirsi generalmente accettate e largamente estese. Tra queste, ne evidenziamo tre che riteniamo maggiormente significative,

ovvero: lo sviluppo del nome rispetto al verbo; la cosiddetta "deagentivizzazione"; l'utilizzo della forma passiva.[23]

In cinese il ricorso a queste strategie è meno evidente rispetto all'italiano – tanto che prenderle in analisi come caratteristiche distintive di una tipologia testuale risulta talvolta poco ragionevole. Intanto, il verbo in cinese non si coniuga – quindi si può ben intendere che il modo di pensare sottostante alla formulazione della frase è intrinsecamente diverso. Vi sono tutta una serie di differenze di utilizzo e impostazione, ad esempio: l'utilizzo del passivo non è diffuso come in italiano né svolge la sua stessa funzione; non esistono forme impersonali equivalenti ad espressioni italiane quali "si ritiene che" o "si è cercato di". Esistono però altre strategie altrettanto indicative del genere testuale ed altrettanto efficaci. Si ricorre anche in cinese allo sviluppo del nome rispetto al verbo (anche se non in modo così evidente e sistematico come in italiano); si utilizza una certa tipologia di verbi e li si riferisce ad indagini, studi, dati; si evita l'utilizzo della prima persona singolare e si limita l'utilizzo di quella plurale ad alcune rare situazioni; eccetera.

Dunque, in sede di traduzione è stato necessario tener conto di alcune consuetudini settoriali in riferimento al trattamento del verbo. Talvolta la convergenza di tali consuetudini ha determinato un trattamento del verbo molto simile tra prototesto e metatesto; altre volte è stato necessario mettere in atto una serie di strategie pe riprodurre in modo chiaro e integrale le informazioni e per evitare indesiderati effetti di straniamento.

Si fa notare che in alcuni degli esempi che andremo a citare sono state messe in atto altre strategie – oltre a quelle indirizzate al verbo – per risolvere alcuni problemi legati alla sintassi (riformulazione, elisione, semplificazione, ecc.), ma che in questa sezione prenderemo in analisi soltanto gli aspetti relativi al trattamento dei verbi.

Andremo ora ed evidenziare alcuni esempi concreti in cui le strategie adottate da prototesto e metatesto sono largamente rispondenti.

- Utilizzo della prima persona plurale

art. 1. (102) – (53)

<u>我们</u>在总结梳理当下医患信任关系特征的基础上，<u>概括归纳</u>我国医患信任关系现状以及已有研究的要点，并指出未来探索的可行方面，为进一步的深入研究做好铺垫。

Attraverso una sintesi delle sue caratteristiche, <u>andremo ad analizzare</u> la situazione attuale di questa relazione di fiducia in Cina insieme ad alcuni elementi chiave già evidenziati in altre ricerche.

[23] Serianni, *op. cit.*, pp. 94-95.

art. 2. (6) – (82)

我们根据医疗红包行为目的的不同将其划分为两种类型—感谢型红包和目的型红包。

In considerazione del diverso scopo, andremo a suddividere le *hongbao* in due categorie: "*hongbao* di sincera gratitudine" e "*hongbao* di intento".

Come si può notare prototesto e metatesto utilizzano la prima persona plurale per spiegare al lettore in che modo si intende procedere nella trattazione dei fenomeni indagati e nella strutturazione del ragionamento. Si tratta degli unici due casi in cui gli autori si inseriscono personalmente all'interno della discussione.

- Sviluppo del nome rispetto al verbo

art. 1.

从而能够更好地在技术性信任和非技术性信任之间进行平衡。(104)

Potranno dunque sviluppare con più facilità un equilibrio tra fiducia tecnologica e non tecnologica. (57)

例如，进行大撒网式的化验和检查， […] (106)

Ad esempio, può decidere di condurre una grande quantità di test ed esami; […] (64)

这种交替往复的过程涉及的社会心理机制仍需深入地进行思考。(107)

Il sistema di psicologia sociale coinvolto in questo processo alternante e restitutivo necessita ancora delle attente considerazioni. (66)

art. 2.

本文将仅就医疗红包行为的法律性质及现象治理进行分析研究。(5)

Nel presente articolo si conduce una ricerca analitica esclusivamente in riferimento alla natura legale della pratica delle *hongbao* in ambito sanitario e alla gestione di tale fenomeno. (80)

[…] 人们的思想观念也跟着发生巨大的变化 […] (5)

[…] anche il sistema ideologico e di valori ha subito un'enorme trasformazione […] (80)

以下将从两个角度对医疗红包行为的性质进行分析。(6)

Di seguito si riporta un'analisi sulla natura della pratica delle *hongbao* in ambito medico, sulla base di due diverse prospettive: quella del paziente e quella del medico. (81)

"I termini di massima informatività tendono ad essere i nomi; i verbi svolgono piuttosto un ruolo di collegamento e hanno un contenuto semantico generico."[24] Il loro spessore semantico è debole, essi indicano sostanzialmente qualcosa che avviene, che può avvenire o che avverrà o si riferiscono a informazioni ottenute attraverso studi e indagini.

Infatti, si può notare come lo stesso verbo cinese (*jinxing* 进行) sia stato reso – senza troppi problemi – con diversi verbi della cultura ricevente ("condurre", "sviluppare", "riportare") o completamente omesso (come nel secondo esempio). Al contrario, i nomi che seguono questi verbi sono piuttosto precisi e specifici e difficilmente potrebbero essere sostituiti ("test ed esami", "ricerca analitica", "equilibrio").

In altri casi, come anticipato, è stato invece necessario mettere in atto una serie di strategie nella resa traduttiva dei verbi, in modo tale da adeguarsi ad alcune necessità stilistiche e consuetudini settoriali del genere informativo e argomentativo della cultura ricevente.

Si riportano di seguito alcuni esempi ritenuti particolarmente indicativi delle tre strategie citate in precedenza, ovvero: la nominalizzazione del verbo, la "deagentivizzazione" e il ricorso alla forma passiva.

- Nominalizzazione del verbo (trasformazione del verbo in nome)

art.1. (102) – (53)

有无关系或关系好坏成为信任能否建立的关键。

L'esistenza di una *guanxi*, o il fatto che tale relazione sia positiva o negativa, costituisce un elemento chiave nel determinare la possibilità o impossibilità di costruire un rapporto di fiducia.

art. 2.

[…] 而只是为了实现一定的目的，达到一定的结果。(7)

[…] consiste esclusivamente nella realizzazione di un obiettivo, nel raggiungimento di un determinato risultato. (84)

[…] 侵害的法益达到了刑法调整的程度。(7)

[…] violazione di diritti oggetto di giurisdizione penale […] (85)

Come si può notare, i verbi utilizzati nel prototesto sono stati trasformati in nomi nel metatesto. In italiano, l'espansione del nome rispetto al verbo – oltre a risultare stilisticamente più appropriata per questa tipologia testuale – risponde anche ai requisiti di incisività e chiarezza determinati dalla scelta della dominante e della sottodominante.

[24] *Ivi*, p. 96.

In riferimento al processo di nominalizzazione del verbo, si è deciso di riservare una riflessione a se stante anche all'utilizzo di questa strategia nei titoli di paragrafi e sottoparagrafi del primo articolo:

医患信任关系中医生被赋予高角色期待。(103)
Le alte aspettative verso il ruolo del medico. (54)

不同级别医院的医患信任水平存在差异。(103)
Differenza nel grado di fiducia tra ospedali di diverso livello. (56)

医患纠纷的发生频次快速上升。(104)
Le dispute tra medico e paziente: un fenomeno in rapida ascesa. (58)

医院场所暴力伤医事件显著增加。(104)
I casi di violenza all'interno degli ospedali: una dinamica in sensibile crescita. (58)

Si ricorda che nel prototesto queste espressioni rappresentano delle "frasi-titolo" inserite all'inizio del paragrafo, mentre nel metatesto sono state tradotte come titoli veri e propri. Dunque, in questo caso la nominalizzazione del verbo – oltre ad essere efficace – rappresenta anche una scelta quasi inevitabile. In italiano non troveremmo mai il titolo di una articolo scientifico che recita, ad esempio "in ospedali di diverso livello esistono delle differenze nel grado di fiducia reciproca tra medico e paziente" (esempio 2).

- "Deagentivizzazione" (omissione del soggetto o del complemento d'agente)

art. 1.

[…] 通过其可以延伸到的或重新搭建的关系网络 […] (102)

In questo modo è possibile estendere o solidificare la propria rete di conoscenze […] (53)

art. 2.

[…] 只能在道德范围内进行调整 […] (5)

[…] può essere regolata esclusivamente attraverso considerazioni di carattere morale. (79)

本文将仅就医疗红包行为的法律性质及现象治理进行分析研究。 (5)

Nel presente articolo si conduce una ricerca analitica esclusivamente in riferimento alla natura legale della pratica delle *hongbao* in ambito sanitario e alla gestione di tale fenomeno. (80)

L'omissione di agente e soggetto è inoltre favorita dallo stesso ricorso al passivo, il quale nella letteratura scientifica assolve all'obbligo di controllo e indicazione della fonte delle informazioni riportate o prodotte:

art. 1.

并指出未来探索的可行方面 […] (102)
Verranno inoltre indicati alcuni possibili ambiti di indagine futuri […] (53)

在2013 年第五次国家卫生服务调查中，被调查的医务人员 […] (104)
Il personale sanitario intervistato nel corso della quinta Indagine Sanitaria Nazionale (National Health Interview Survey – NHIS) condotta nel 2013 […] (56)

[…] 关于动态模式的讨论还很少有成果发表。 (107)
[…] discussioni sui modelli dinamici sono state pubblicate solo di rado. (66)

IV.8 Fattori culturospecifici

Secondo l'ipotesi di Sapir-Whorf (o *Sapir-Whorf Hypothesis*), "different linguistic communities have different ways of experiencing, segmenting, and structuring reality".[25] Qualunque lingua si inserisce in – e si struttura in base a – un contesto culturale unico e ogni cultura possiede e sviluppa nel tempo un insieme di singolari concezioni riguardo al mondo che si riflettono nella lingua (infatti si parla di linguacultura).

Per fattori culturospecifici intenderemo quegli elementi del testo che sono specifici e propri di una certa cultura (quella cinese in questo caso) e la cui traduzione in altre lingue risulta particolarmente problematica proprio in conseguenza della loro unicità e dell'unicità culturale dei significati, concetti o oggetti che identificano. In particolare, si prenderanno in considerazione alcune figure idiomatiche utilizzate dagli autori dei prototesti – come i *chengyu* 成语 e le espressioni a quattro caratteri – e le strategie utilizzate per rendere tali espressioni nei metatesti.

Si fa infine notare che anche i *realia* rappresentano elementi culturospecifici ma che – essendo anche fattori lessicali – la loro analisi è stata condotta precedentemente nel sottoparagrafo *IV.6.1*.

IV.8.1 Chengyu e altre espressioni idiomatiche

Gli autori di tutti gli articoli fanno ricorso più volte all'utilizzo di *chengyu* e frasi a quattro caratteri soprattutto per spiegare o introdurre concetti di carattere filosofico o fenomeni e consuetudini proprie della cultura o del contesto cinese. La traduzione di espressioni idiomatiche di questo tipo è risultata talvolta problematica e ha richiesto la messa in atto di

[25] Wong, Shen, *op. cit.*, p. 87.

strategie ben precise. Mona Baker individua sei possibili strategie per affrontare la traduzione di espressioni idiomatiche, ovvero: utilizzo di un'espressione idiomatica avente stesso significato e stessa forma; utilizzo di un'espressione idiomatica avente stesso significato ma diversa forma; utilizzo dell'espressione idiomatica così come compare nella cultura emittente; traduzione per parafrasi; traduzione letterale del significato; omissione dell'espressione.[26]

Molte delle espressioni idiomatiche utilizzate dagli autori degli art. 1 e 3 esprimono concetti complessi legati alla filosofia cinese e alla percezione che questo popolo ha della vita, del mondo e di tutte le cose. Per questa ragione è risultato pressoché impossibile trovare delle espressioni equivalenti nella cultura ricevente. Allo stesso modo, risultava impensabile ometterle o eliminarle in quanto il loro contenuto informativo rappresenta un elemento assolutamente indispensabile per il ragionamento condotto. Si è dunque deciso di ricorrere alle strategie della traduzione letterale e della parafrasi, cercando però in tutti i casi di mantenere la sfumatura di incertezza e ambiguità propria dell'argomentazione filosofica (tra l'altro presente – in misura diversa – anche nel prototesto). In certi casi si è deciso di utilizzare anche le virgolette per andare a ricreare l'idea dell'espressione idiomatica, di un concetto a se stante e che implica molto più di quanto espresso dalle parole che vorrebbero descriverlo.

Si riportano di seguito alcune di queste espressioni seguite dalle rispettive traduzioni:

art. 1.

tian ren heyi 天人合一 (103): uomo quale parte integrante della natura (55)

shenxin heyi 身心合一 (103): insieme combinato di corpo e mente (55)

xixi xiangguan 息息相关 (103): insieme complessivo di tutte le cose (55)

yidao ji tiandao 医道即天道 (103): "il sapere medico è la via del cielo" (55)

art. 3.

zhen sheng gui sheng 珍生贵生 (24): "dare valore alla vita" (99)

xiu ji zi lu 修己自律 (24): "coltivazione spirituale e autodisciplina" (99)

tian ren hede 天人合德 (24): "un'integrazione morale tra cielo e uomo" (100)

sheng sheng bu xi 生生不息 (24): moltiplicazione perpetua di tutte le cose (100)

Come si può notare, in tutti i casi si è deciso di procedere con una traduzione che richiamasse il senso, lo stile filosofico e la complessità delle espressioni cinesi. D'altra parte, si è verificata un'inevitabile perdita della forma, del ritmo, del suono e delle sfumature date dalla ripetizione di alcuni caratteri.

[26] Baker, Mona, *In Other Words. A Coursebook on Translation*, Abingdon, Routledge, 2011 (II edizione), pp. 75-86 *passim*.

L'unico caso in cui si è ritenuto necessario intervenire in senso più parafrasale e disambiguare in modo più evidente l'espressione cinese è stato quello di *yidao ji tiandao*.

Oltre che per descrivere concetti filosofici, alcune espressioni idiomatiche sono state utilizzate dagli autori degli art. 1 e 2 in riferimento a questioni culturali e generiche. Si vedano i seguenti esempi:

art. 1.

bai yi tian shi 白衣天使 (102): "angeli in camice bianco" (53)
yu ren qu bing 与人祛病 (103): "combattere la malattia" (55)
kou kou xiang chuan 口口相传 (103): notizie tramandate oralmente (55)
yu yan yu lie 愈演愈烈 (104): che si manifesta con intensità crescente (58)

art. 2.

yuanyuan liuchang 源远流长 (5): antica e ben radicata (79)
ganji zhi qing 感激之情 (5): espressione di gratitudine (80)
lishangwanglai 礼尚往来 (6): principio di reciprocità/una cortesia va sempre ricambiata (83)

Anche in questi casi non è stato possibile trovare un'espressione equivalente in italiano, tranne forse nel caso dell'espressione *bai yi tian shi* 白衣天使 cui corrisponde un modo di dire utilizzato anche in italiano in riferimento a medici e infermieri: "angeli in camice bianco".

IV.9 Note del traduttore

"Voglio traduzioni con copiose note a piè pagina, note che salgano come grattacieli fino in cima a questa o quella pagina […]"[27], così scriveva lo scrittore russo Nabokov.

Le note del traduttore – spesso poco gradite dagli editori e ancor più spesso ignorate dal "lettore medio" – rappresentano in realtà un importante dispositivo metatestuale per il traduttore. La scelta di utilizzare o meno questo dispositivo è chiaramente legata alla tipologia del testo che ci si trova a tradurre, alla strategia traduttiva adottata e quindi certamente ad una precisa presa di posizione circa il Lettore Modello.

Come anticipato, il Lettore Modello del nostro metatesto intende comprendere nel dettaglio ciò che sta leggendo, è interessato a sapere quanto più possibile sugli argomenti trattati e quindi legge le note. In questo caso dunque l'esplicitazione e compensazione

[27] Nabokov, Vladimir, *Problems of translation: Onegin in English*, cit. in Osimo, *op. cit.*, p. 137.

prodotte dall'uso delle note trovano giustificazione nel Lettore Modello, nella dominante e nella sottodominante. Non si tratta di un'*ultima ratio*, quanto piuttosto di una strategia consapevole utilizzata più per volontà che per questioni di necessità e intraducibilità.

Come di prassi, le note del traduttore sono state distinte da quelle dell'autore attraverso l'inserimento della dicitura "*NdT*." all'inizio delle stesse. Si fa notare inoltre che allo scopo di distinguere le note del metatesto (sia quelle dell'autore che quelle del traduttore) da quelle del resto del lavoro di ricerca della Tesi (ovvero quelle dell'autore del presente elaborato), le prime sono state inserite come note di chiusura anziché come note a piè pagina.

Le note del traduttore sono state utilizzate a diversi scopi che andremo ora ad analizzare singolarmente attraverso degli esempi concreti tratti dai metatesti.

Innanzitutto, uno degli scopi è stato quello di specificare o precisare un concetto o una parola importanti ai fini della comprensione del ragionamento. In questo caso non si tratta di una spiegazione che riguarda il processo traduttivo e le scelte traduttive. Semplicemente il traduttore ha ritenuto che il Lettore Modello non conoscesse (ma dovesse venire a conoscere) il significato di un certo concetto così da poter seguire il ragionamento. Ad esempio:

> art. 1. (70)
>
> nota II – Per contratto o patto psicologico si intende "la disposizione interiore ad adempiere una obbligazione di tipo tecnico-giuridico […]

In secondo luogo, le note del traduttore sono state utilizzate per chiarire una scelta traduttiva, per spiegare il significato di un *realia* lasciato in *pinyin* o per rendere nota la dicitura cinese dello stesso in quanto ritenuta importante ai fini di una migliore comprensione del testo. Ad esempio:

> art 2. (86)
>
> nota III – L'espressione cinese *yasheng qian* 压胜钱 può essere tradotta in italiano come "monete capaci di scacciare gli spiriti malvagi" […]

Infine, son state utilizzate per riportare la dicitura cinese di nomi propri di libri, indagini o opere prive di traduzione ufficiale e di cui si è fornita la traduzione italiana ad opera di chi scrive. Ad esempio:

> art. 3. (101)
>
> nota IV – Traduzione ad opera di chi scrive. In cinese: *Yi deng xu yan* 医灯续焰.
>
> nota V – Traduzione ad opera di chi scrive. In cinese: *Yan yi xuan ping* 言医选评.

IV.10 Conclusioni

La traduzione dei tre articoli presi in considerazione è stata il risultato di un processo lungo e complicato, anche perché – come afferma Osimo – qualunque processo traduttivo è inevitabilmente un processo non perfettibile e di approssimazione.

Ed è proprio questa sensazione che mi ha accompagnata nella traduzione degli articoli: la sensazione di perenne "imperfezione" e instabilità propria di un processo che sembra in costante divenire, mai completo, mai corretto, mai pienamente soddisfacente; la percezione di aver colto con chiarezza il senso di *quella* parola, di *quella* frase, di *quel* concetto ma di non poter trovare quello stesso senso attraverso le parole di un'altra lingua, di poter dire soltanto (e nel migliore dei casi) *quasi la stessa cosa*.

D'altra parte, tradurre è anche e soprattutto questo, "significa abbracciare contemporaneamente il rigore del metodo scientifico e la leggerezza calviniana del gioco combinatorio. […Un] inseguimento perpetuo delle cose, [un] adeguamento alla loro varietà infinita".[28]

In effetti, tradurre è stato per me – oltre ad un lavoro condotto con la massima serietà – anche un gioco di questo tipo: stimolante – nel leggere, nel capire, nell'interpretare; un po' crudele – in questo "inseguimento perpetuo delle cose"; gratificante – nel riuscire a *dire quasi la stessa cosa* o nel trovare tra i miei ricordi, le mie conoscenze o le pagine di un libro *quell'*espressione che tanto stavo cercando e che mi pareva (almeno in quel momento) perfetta.

Oltre a un gioco, queste traduzioni sono state anche una scommessa: la scommessa di scegliere proprio questi articoli; di fidarmi dell'autore cercando (e speriamo riuscendo) a mantenere una sorta di "distacco emotivo" così da non irrompere nel testo ma trovare un bilanciamento tra i miei standard estetici, il mio stile e quelli più "adeguati" nel rispetto degli autori; la scommessa di inserire le proposte di traduzione nell'elaborato come parte integrante dello stesso, ma senza asservirle ai suoi (miei) scopi; di resistere a quella che Osimo definisce "sindrome del testo valutato"; e infine la scommessa "del tradurre" di per sé, perché – citando le parole di Eco:

> Tradurre significa interpretare, e interpretare vuole dire anche scommettere che il senso che noi riconosciamo in un testo è in qualche modo, e senza evidenti contraddizioni co-testuali, il senso di *quel* testo […] Il senso non si trova in una *no language's land*: è il risultato di una scommessa.[29]

---

[28] Pesaro, Nicoletta in Osimo, *op. cit.*, p. XII.
[29] Eco, Umberto, *Riflessioni teorico-pratiche sulla traduzione*, cit. in Osimo, *op. cit.*, p. 163.

Glossari

Glossario filosofico-culturale

Pinyin	**Cinese (中文)**	**Italiano**
Li	礼	Norme rituali (rispetto del protocollo)
"Wuhang pei zang" de xueshuo	"五行配脏"的学说	Teoria dei "Cinque Agenti e Cinque Organi"
Da de	大德	Grande virtù
De	德	Virtù; morale
Jiu qiao	九窍	Nove orifizi
Jiu tian ren zhi ji de guoheng	"究天人之际"的过程	Processo che mette in comunicazione uomo e natura
Kongzi	孔子	Confucio
Lishangwanglai	礼尚往来	Una cortesia va sempre ricambiata (principio di reciprocità)
Liufu	六腑	Sei soffi vitali
Lixuejia	理学家	Scuola neoconfuciana; discepoli di Confucio
Qi	气	*Qi* (energia vitale)
Ren	仁	Umanità (benevolenza; qualità umana)
Ren shu	仁术	Arte dell'umanità
Ruxue	儒学	Confucianesimo

Shan	善	Bene (il Bene)
Sheng	生	Vita
Sheng sheng bu xi	生生不息	Moltiplicazione perpetua di tutte le cose
Shi cixu	师次序	"Ordine degli *shi*" (Ordine dei maestri del cielo)
Tian ren he de	天人合德	Integrazione morale tra uomo e cielo
Tian ren heyi	天人合一	Integrazione tra uomo e natura
Tian ren xiangying	天人相应	Uomo quale parte integrante della natura
Tiandao	天道	Via del cielo
Xin	信	Fiducia; buonafede
Xiu ji zilu	修己自律	Coltivazione spirituale e autodisciplina
Yashengqian	压胜钱	*Yashengqian* (speciali monete del buon augurio di epoca Han)
Yi	义	Giustizia; rettitudine
Yi nai ren shu	医乃仁术	Medicina come arte dell'umanità
Yidao ji tiandao	医道即天道	Il sapere medico è la via del cielo
Zhen sheng gui sheng	珍生贵生	Dare valore alla vita
Zhi	智	Saggezza; competenza
Zhouyi	周易	Classico dei Mutamenti (noto come *Yijing* o *Zhouyi*)

Glossario giuridico

Pinyin	**Cinese (中文)**	**Italiano**
Dangshiren	当事人	Parti in causa; parti coinvolte
Falu de baohu	法律的保护	Tutela prevista dalla legge
Fu tiaojian zengyu de mudi zengyu	附条件赠与的目的赠与	Donazione remuneratoria con clausole addizionali
Hetong fa	合同法	Legge sui contratti
Budang deli	不当得利	Guadagno immeritato; ingiustificato arricchimento
Chexiao	撤销	Revocare
Duishiquan	对世权	Diritto universale
Fading yiwu	法定义务	Obbligo per legge
Falu xingzhi	法律性质	Natura legale
Feifa	非法	Illegale; illecito
Fu fùdan de zengyu	附负担的赠与	Donazione modale (gravata da onere o *modus*)
Fudan de yiwu	负担的义务	Obbligazione onerosa
Hefa	合法	Legale; legittimo
Jueduiquan	绝对权	Diritto assoluto
Maimai hetong	买卖合同	Contratto commerciale

Minfa	民法	Legislazione civile; leggi civili
Mudi zengyu	目的赠与	Donazione remuneratoria
Nuocheng hetong	诺成合同	Contratto consensuale
Shousunfang	受损方	Parte lesa
Shouhui zui	受贿罪	Reato di corruzione
Shouzeng ren	受赠人	Donatario
Wuchang xing	无偿性	Carattere di gratuità
Xingfa	刑法	Leggi penali
Xingzheng fa	行政法	Leggi amministrative
Yi falu jieding	以法律界定	Definire secondo la legge
Zengyu hetong	赠与合同	Contratto di donazione
Zengyu ren	赠与人	Donante

Glossario medico

Pinyin	**Cinese (中文)**	**Italiano**
Aizibing	艾滋病	AIDS
Bingzheng/jibing	病症/疾病	Malattia

Chengshi da yiyuan	城市大医院	Ospedali urbani
Chengxiang yiliao jigou	城乡医疗机构	Strutture sanitarie urbane e rurali
Chuantong yixue	传统医学	Medicina tradizionale
Cunyi	村医	Medici di villaggio
Daifu	大夫	Medico (nella tradizione cinese)
Fangyu xing yiliao cuoshi	防御性医疗措施	Strategie di medicina difensiva
Fuchan ke	妇产科	Reparto ostetrico-ginecologico
Guanxi jiuyi	关系就医	*Guanxi* sanitarie (seeking healthcare through *guanxi*)
Guke	骨科	Reparto ortopedico
Guojia weisheng fuwu diaocha	国家卫生服务调查	Indagine Sanitaria Nazionale
Huizhen	会诊	Fare o richiedere un consulto
Jiuzhi	救治	Salvare (un paziente)
Linchuang	临床	Clinico
Menzhen bu	门诊部	Ambulatorio
San ji jia deng yiyuan/ sanjia yiyuan	三级甲等医院/ 三甲医院	Ospedale di terzo livello categoria A
Shengwu yixue	生物医学	Biomedicina
Shequ weisheng fuwu zhongxin	社区卫生服务中心	Centro sanitario comunitario

Waike	外科	Reparto chirurgico
Wei ke senlin yishi xinren liangbiao	维克森林医师信任量表	Wake Forest Physician Trust Scale，WFPTS
Weishengbu	卫生部	Ministero della Sanità
Weisheng xitong	卫生系统	Sistema sanitario
Wuzhen	误诊	Diagnosi errata; sbagliare la diagnosi
Xiangzhen weisheng yuan	乡镇卫生院	Clinica sanitaria di *township*
Xinxi buduichen	信息不对称	Asimmetria informativa
Yihuan xinren guanxi	医患信任关系	Relazione di fiducia medico-paziente
Yinao	医闹	*Yinao* (violenza e/o proteste di gruppo contro il personale sanitario)
Yi/er/san ji yiyuan	一/二/三级医院	Ospedale di I/II/III livello
Yide	医德	Etica medica
Yihu renyuan	医护人员	Personale medico e infermieristico
Yihuan xinli qiyue	医患心理契约	Contratto (o patto) psicologico tra medico e paziente
Yiliao feiyong	医疗费用	Spesa sanitaria (dei pazienti)
Yiliao fuwu	医疗服务	Servizio sanitario
Yiliao fuwu guanxi xinren liangbiao	医疗服务关系信任量表	Healthcare Relationship Trust Scale
Yiliao gaige	医疗改革	Riforma sanitaria

Yiliao hongbao	医疗红包	*Hongbao* sanitarie
Yiliao jigou	医疗机构	Strutture sanitarie
Yiliao jiufen	医疗纠纷	Dispute mediche
Yiliao tousu	医疗投诉	Reclami medici
Yiliao zhiliang guanli	医疗质量管理	Controllo qualità del settore sanitario
Yiwu gongzuo zhe/ yiwu renyuan	医务工作者/ 医务人员	Personale sanitario
Yixue zhuanye renyuan	医学专业人员	Personale medico
Yiyuan bu	医院部	Divisione ospedaliera
Yiyuan shi	医院室	Reparto ospedaliero
Youxian zhiliao	优先治疗	Accesso prioritario alle cure
Zhenliao	诊疗	Diagnosticare e curare; diagnosi e trattamento
Zhenliao fang'an	诊疗方案	Piano terapeutico; percorso di cure
Zhibing	治病	Curare (la malattia)
Zhiye yishi fa	执业医师法	Codice di Deontologia Medica
Zhongguo yiyuan xiehui	中国医院协会	Chinese Hospital Association
Zhuanzhen	转诊	Richiedere accertamenti
Zhuyuan bu	住院部	Reparto ospedaliero (*in-patient department*)

Bibliografia

BAKER, Mona, *In Other Words. A Coursebook on Translation*, Abingdon, Routledge, 2011 (II edizione).

BERLINGUER, Giovanni, "La salute globale nella prospettiva etica", compendio ad un lavoro più ampio dell'autore *Bioetica quotidiana*, Firenze, Giunti, 2000.

BLUMENTHAL, David, HSIAO, William C., "Privatization and its discontents – the evolving Chinese health care system" in *The New England Journal of Medicine*, September 2005.

BLUMENTHAL, David, HSIAO, William C., "Lessons from the East – China's Rapidly Evolving Heath Care System" in *The New England Journal of Medicine*, April 2015.

BROMBAL, Daniele, *Curarsi è difficile. Curarsi è costoso*, Roma, Aracne, 2015.

BURNS, Lawton Robert, LIU, Gordon G., *China's Healthcare System and Reform*, Cambridge (UK), Cambridge University Press, 2017.

CATTANEO, Adriano, "Lo stato di salute nel mondo: un breve profilo" in *Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. Rapporto 2004 Salute e Globalizzazione*, Milano, Feltrinelli, 2004.

CHAN, Cheris Shun-ching, "Mistrust of physicians in China: society, institution, and interaction as root causes" in *Developing World Bioethics*, September 2017.

CHEN, Xiao-Yang, "Defensive Medicine or Economically Motivated Corruption? A Confucian Reflection on Physician Care in China Today" in *Journal of Medicine and Philosophy*, November 2007.

CHENG, Anne, *Storia del Pensiero cinese. Dalle origini allo "studio del Mistero"*, Torino, Einaudi, vol. 1, 2000.

COSTA, Giovanni, GIANECCHINI, Martina, *Risorse Umane: persone, relazioni e valore*, New York (USA), McGraw-Hill Education, 2013.

DUVIVER, Robbert J., "Education of health professionals in China" in *The Lancet*, December 2014.

ECO, Umberto, *Lector in fabula. La cooperazione interpretativa nei testi narrativi*, Milano, Bompiani, 2011 (I edizione digitale 2011 da XI edizione Tascabili Bompiani, febbraio 2010).

ECO, Umberto, *Dire quasi la stessa cosa. Esperienze di traduzione*, Milano, Bompiani, 2016 (VI edizione).

FU, Longwen, CHAN, Cheris Shun-Ching, "The Hippocratic Dilemmas – *Guanxi* and professional work in Hospital Care in China" in *China Perspectives*, December 2016.

GUO, Zhaojiang, "Chinese Confucian culture and the medical ethical tradition" in *Journal of Medical Ethics*, August 1995.

HERMAN, Joseph, "Medicine: the science and the art" in *The Journal of Medical Ethics and Medical Humanities*, June 2001.

HOLT, W. Stull, *Treaties defeated by the senate*, New Jersey, Lawbook Exchange, 2000.

HOU, Jianlin *et al.,* "Transformation of the education of health professionals in China: progress and challenges" in *The Lancet*, August 2014.

HSIAO, William C., "What is a Health System? Why should we care?", August 2003. Paper disponibile all'indirizzo: https://www.mediastudies.fpzg.hr/_download/repository/Hsiao2003.pdf (ultima consultazione: 19/12/2018).

HSIAO, William, "China's Health Care and the Collapse of Ethics" in *Critical issues confronting China, Seminar Series: Summaries of talks*, November 2013.

HSIAO, William C., "Correcting Past Health Policy Mistakes" in *Daedalus. The journal of American Academy of Arts & Science*, Spring 2014.

HUI, Edwin C. *et al.*, "The physician as a professional and the moral implications of medical professionalism" in *Hong Kong Medical Journal*, February 2005.

INGROSSO, Marco, "Il dibattito sulle nuove definizioni di salute: riflessioni e proposte" in *La cura complessa e collaborativa. Ricerche e proposte di Sociologia della cura*, Roma, Aracne, 2018.

JACKOBSON, Roman, *Language in literature*, Cambridge (USA), Harvard University Press, 1987.

LIU, Yuanli, RAO, Keqin, HSIAO, William C., "Medical Expenditure and Rural Impoverishment in China" in *Journal of Heath, Population and Nutrition*, September 2003.

LIU, Gordon G., VORTHERMS, Samantha A., HONG, Xuezhi, "China's Health Reform Update" in *The Annual Review of Public Health*, March 2017.

LO SASSO, Filomena, SMALDONE, Angela (a cura di), *La promozione della salute in tutte le politiche e professioni*, Hillsborough (UK), Lulu Press, 2015.

LOPEZ, Donald S., *Prigionieri di Shangri-La. Il buddhismo tibetano e l'Occidente*, Roma, Ubaldini, 1999.

MUNRO, Neil *et al.*, "Use of guanxi and other strategies in dealing with the Chinese health care system", March 2013. Paper disponibile all'indirizzo https://ssrn.com/abstract=2240357 (ultima consultazione: 11/12/2018).

NIE, Jing-Bao *et al.*, "Rebuilding patient-physician trust in China, developing trust-oriented bioethics" in *Developing World Bioethics*, September 2017.

NIE, Jing-Bao *et al.*, "The vicious circle of patient–physician mistrust in China: health professionals' perspectives, institutional conflict of interest, and building trust through medical professionalism" in *Developing World Bioethics*, September 2017.

NUNDY, Madhurima, *Public Health Challenges in Contemporary China*, Berlin Heidelberg, Springer-Verlag, 2016.

OSIMO, Bruno, *Manuale del traduttore. Guida pratica con glossario*, Milano, Ulrico Hoepli Editore, 2011 (III edizione).

PESARO, Nicoletta (a cura di), *The Ways of Translation: Constraints and Liberties of Translating Chinese*, Venezia, Cafoscarina, 2013.

SCARPA, Federica, *La traduzione specializzata. Lingue speciali e mediazione linguistica*, Milano, Hoepli, 2001 (I edizione).

SERIANNI, Luca, *Italiani scritti*, Bologna, il Mulino, 2012 (III edizione).

TAN, Xiaodong, LIU, Xiangxiang, SHAO, Haiyan, "Healthy China 2030: a vision for health care" in *Value in health regional issue*, May 2017.

TANG, Shenglan *et al.*, "Tackling the challenges to health equity in China" in *Lancet*, November 2008.

WONG, Dongfeng, SHEN, Dan, "Factors Influencing the Process of Translating" in *Meta: Translators' Journal*, March 1999.

YAN, Yunxiang, "The ethics and politics of patient-physician mistrust in contemporary China" in *Developing World Bioethics*, July 2017.

YANG, Jingqing, *The power relationship between doctors, patients and the Party-state under the impact of red packets in the Chinese health-care system*, (Tesi di Dottorato di ricerca in Filosofia), School of Social Sciences and International Studies Faculty of Arts and Social Sciences, University of New South Wales, 2008.

YANG, Jingqing, *Informal Payments and Regulations in China's Healthcare System – Red Packets and Institutional Reform*, Singapore, Springer Nature, 2017.

YIP, Winnie, HSIAO, William C., "The Chinese Health System at a Crossroad" in *Health Affairs*, March 2008.

YIP, Winnie, HSIAO, William C., "What Drove the Cycles of Chinese Health System Reforms?" in *Health Systems & Reforms*, February 2015.

ZHU, Wei *et al.*, "Corruption or professional dignity: An ethical examination of the phenomenon of "red envelopes" (monetary gifts) in medical practice in China" in *Developing World Bioethics*, May 2017.

ZOU, Xiang, CHENG, Yu, NIE, Jing-Bao, "The social practice of medical *guanxi* (personal connections) and patient-physician trust in China: an anthropological and ethical study" in *Developing World Bioethics*, September 2017.

Ringraziamenti

Alla mia relatrice – la professoressa Nicoletta Pesaro – e al mio relatore – il professor Daniele Brombal – per la disponibilità, la competenza e la professionalità.

Alla mia famiglia: sempre sorprendente e meravigliosa; incontenibile in tutte le gioie; granitica e coesa in qualunque difficoltà.

Ai miei genitori. Per il costante supporto, per la forza inesauribile, per la rara intelligenza, per l'incomparabile amore. A loro va tutto il mio amore, la mia gratitudine e tutta la mia stima.

Alla dott.ssa Giorgia Nason. Per le critiche spietate e per il gentile (ed efficace) conforto; per la capacità rara di ascoltare e capire; per la sua competenza. E per le note!

A Paolo. Per tutto ciò che è stato e che sarà, per una vita insieme, per il nostro dolce naufragare in questo mare.

Alla dott.ssa Martina Magi, la mia migliore amica. Per il suo aiuto nel capire quei fastidiosissimi aspetti e termini legali.

Alla dott.ssa. Yang Jing. Per la revisione dell'abstract in lingua cinese.

A tutti voi: amici, coinquilini, compagni di Università, di viaggi e di avventure.

Grazie.