

Salute e sanità a Cuba (I parte)

2013-02-04 10:02:32 Redazione SI



Sara Barsanti e gli Studenti della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

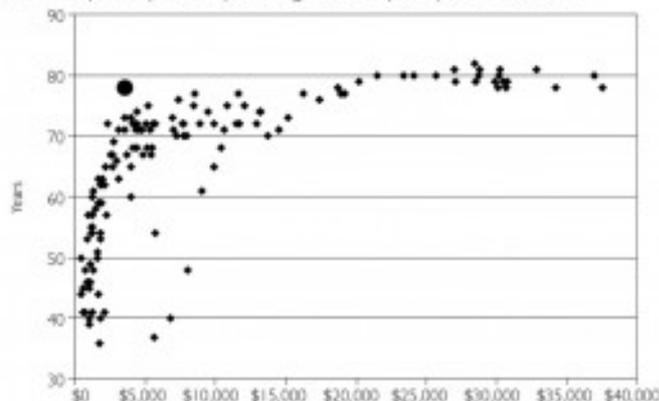
Questo è il primo di due post dedicati al sistema sanitario cubano, frutto del viaggio di studio di un gruppo di studenti di medicina della Scuola Superiore S. Anna di Pisa. Lo stato di salute della popolazione e l'organizzazione del sistema sanitario.

C'è una tendenziale relazione tra stato dell'economia di un paese e salute della sua popolazione. Non è il caso di Cuba, che presenta un PIL pari a quello di paesi del terzo mondo e indicatori di salute (speranza di vita alla nascita e mortalità infantile) pari ai paesi sviluppati, anzi in alcuni casi anche migliori, come risulta dalle Figure 1 e 2 (Cuba è rappresentata dal cerchio più grande)[1].

Figura 1. Relazione tra PIL pro capite e speranza di vita alla nascita, 139 paesi. WHO 2006

Figura 1 Relazione tra PIL pro capite e speranza di vita alla nascita, 139 paesi. WHO 2006

FIGURE 1A. Life expectancy at birth plotted against GDP per capita, 139 countries

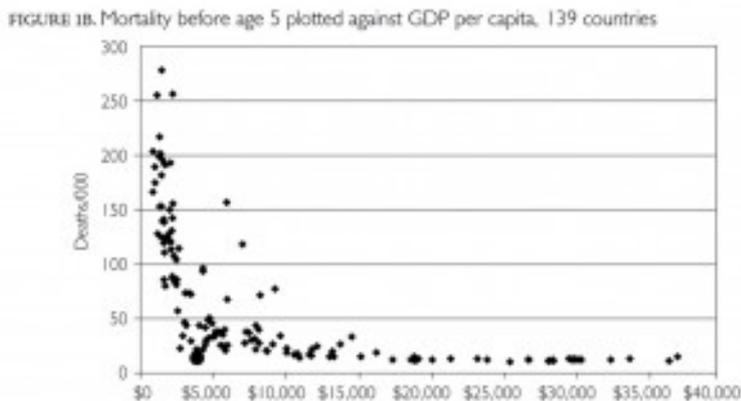


Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Figura 2. Relazione tra PIL pro capite e mortalità dei bambini al di sotto dei 5

anni, 139 paesi. WHO 2006

Figura 2. Relazione tra PIL pro capite e mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni, 139 paesi. WHO 2006



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Il “paradosso” del sistema sanitario cubano sfugge spesso alla letteratura internazionale[2]. Se le risorse economiche sono scarse ma i risultati sono eccellenti, quali sono i punti cardine del sistema sanitari cubano? Quali sono i punti forza di questo sistema e quali possono essere esportati in altri sistemi sanitari?

Il viaggio che hanno compiuto gli studenti di medicina del 4-5 e 6 anno della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa nasce con l'obiettivo di esplorare – attraverso due settimane di permanenza a L'Havana – il sistema sanitario cubano e di capire i suoi elementi fondanti. Da tale importante, per certi versi unica, esperienza nasce il presente articolo, che per motivi di lunghezza è stato suddiviso in due parti.

Nella prima parte, qui, saranno descritte la struttura generale e la storia del sistema sanitario.

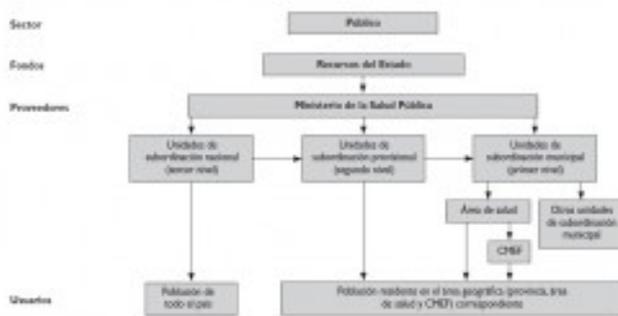
Nella seconda parte, che sarà oggetto di un prossimo post, si parlerà di formazione dei professionisti e di cure primarie.

Il sistema sanitario cubano nel suo complesso

Il sistema sanitario cubano è un sistema sanitario pubblico governato e coordinato dal Ministero di Salute Pubblica (MINSAP). Il sistema consta di 3 livelli amministrativi (nazionale, provinciale e municipale) e 4 livelli di servizio (nazionale, provinciale e municipale e di settore). La figura seguente mostra lo schema di riferimento del sistema cubano (*ndr CMEF: consultorio del medico e infermiera famiglia*)[3].

Figura 3. Schema rappresentativo del sistema sanitario cubano

Figura 3 Schema rappresentativo del sistema sanitario cubano



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Il sistema sanitario cubano si fonda sul principio per cui la salute è un diritto sociale inalienabile e tutti i cubani hanno diritto all'assistenza sanitaria completa senza distinzioni. I servizi sono finanziati quasi interamente tramite risorse pubbliche. Il Ministero della Salute è l'organismo regolatore del sistema, concentra e distribuisce le risorse destinate ai servizi sanitari e opera a tutti i livelli.

L'assistenza di primo livello dovrebbe coprire circa l'80% dei problemi di salute della popolazione e i suoi servizi sono forniti principalmente nei consultori dei medici e infermieri di famiglia (il termine "di famiglia" vale sia per i medici che per gli infermieri!) e nei poliambulatori specialistici (chiamati policlinici). Questi servizi di base dipendono dai municipi.

I servizi di secondo livello - ospedali provinciali – coprono circa il 15% dei problemi di salute.

Nel terzo livello – ospedali specializzati o istituti eccellenza – vengono gestiti circa il 5% dei problemi di salute o le complicanze legate a determinate malattie.

Complessivamente, quindi, l'assistenza si sviluppa attraverso una rete di circa 220 ospedali, 15 istituti di ricerca, 500 policlinici e una copertura diffusa in tutta l'isola di personale sanitario, per un totale di circa 600.000 lavoratori (9% della popolazione in età lavorativa), di cui circa 30.000 medici di famiglia. I medici sono passati da 5,2 medici ogni 1000 abitanti nel 1995 a circa 6,7 nel 2009; nello stesso periodo gli infermieri sono passati da 7 ogni 1000 abitanti a 9,5.

La storia

Prima della rivoluzione cubana del 1959, il sistema sanitario cubano era basato su ospedali gratuiti statali, cliniche mutualistiche e ambulatori privati; gli ospedali gratuiti erano presenti solo in un terzo dei municipi ed erano di scarsa qualità. Esisteva un solo ospedale universitario, un'unica scuola di medicina e le prestazioni erano erogate per la maggior parte privatamente da medici residenti per i 2/3 a L'Havana. Solo il 10-20% circa della popolazione rurale poteva fruire di una qualche forma di assistenza medica. L'aspettativa di vita era inferiore ai 60 anni. La

mortalità infantile era del 70 per mille nati vivi e la mortalità materna era 120 per 100 mila nati vivi. L'analfabetismo arrivava nelle zone rurali al 40%; solo l'11,2% delle famiglie dei lavoratori agricoli beveva latte e solo il 2% mangiavano uova.

Dopo la rivoluzione la metà dei 6.000 medici al momento presenti sull'isola espatriò. A Cuba rimasero solo 16 professori di medicina. Il Ministero della Salute iniziò quindi un programma di nazionalizzazione e regionalizzazione dei servizi sanitari: furono realizzati 50 nuovi ospedali rurali e 160 policlinici in aree urbane, fu iniziato un programma di vaccinazione dei bambini e fu istituito nuovo personale. Vennero, inoltre, assunti 750 medici e studenti di medicina per trascorrere un periodo della loro carriera professionale nelle campagne, sulle montagne e nelle comunità costiere. L'obiettivo del *servicio médico rural* era quello di garantire "la prevenzione delle malattie e di rivitalizzare i servizi sanitari per i più bisognosi, perché poveri o in precarie condizioni di salute o perché residenti lontano dai centri urbani". Il mandato affidato a questi medici dal nuovo governo (che definiva la salute e l'educazione come una propria responsabilità sociale e un diritto individuale dei cittadini) era quello di creare un *unico servizio nazionale di assistenza sanitaria*, e fornire prestazioni sanitarie gratuite e accessibili a tutta la popolazione cubana. Intanto con l'embargo gli USA proibirono l'importazione di medicine e alimenti. Negli anni '70 il modello di cure primarie basato sulle cliniche di comunità (o policlinici, centri polifunzionali di zona) fu potenziato e si accolse l'educazione alla salute, la prevenzione e il monitoraggio ambientale. Furono istituiti quattro programmi nazionali di assistenza multidisciplinare mirati alla tutela della salute materno-infantile (PAMI), al controllo delle malattie infettive, alla prevenzione e cura delle malattie croniche e alla tutela degli anziani.

Nel 1986 venne introdotto il Programma del Medico di Famiglia, che mise a disposizione dei pazienti un team costituito da medico e infermiera e garanti, a partire dai primi anni '90, l'assistenza primaria al 95% delle famiglie cubane direttamente nel proprio quartiere di residenza. Erano attive 21 scuole mediche in tutto il territorio nazionale. Il sistema sanitario cubano cominciò a essere preso dall'OMS, dall'Unicef e da altre agenzie internazionali come esempio per un servizio sanitario nei Paesi in via di sviluppo. Ottimi risultati sono stati ottenuti grazie a ripetute campagne vaccinali, grazie alle quali per alcune malattie non si verificano casi da diversi anni: Poliomielite, 1962; Tetano neonatale, 1972; Difterite, 1979; Meningoencefalite post-parotidite, 1989; Sindrome rosolia congenita, 1989; Morbillo, 1993; Pertosse, 1994; Rosolia e parotite, 1995; Febbre Gialla, 2005. Nella **Tabella 1** alcuni principali dati di salute in confronto con alcuni paesi internazionali.

Tabella 1. Indicatori di salute a confronto, anno 2010

Tabella 1. Indicatori di salute a confronto, anno 2010

Paesi	Speranza di vita alla nascita M/F	Tasso di mortalità infantile (per 1000 nati vivi)	Tasso di mortalità materna (per 100.000 nati vivi)
Cuba	76/80	5	45
America latina	70/75	23	160
Italia	78/84	3	3
UE 15	77/83	4	6
UE 25	75/81	4	7
USA	75/80	7	11

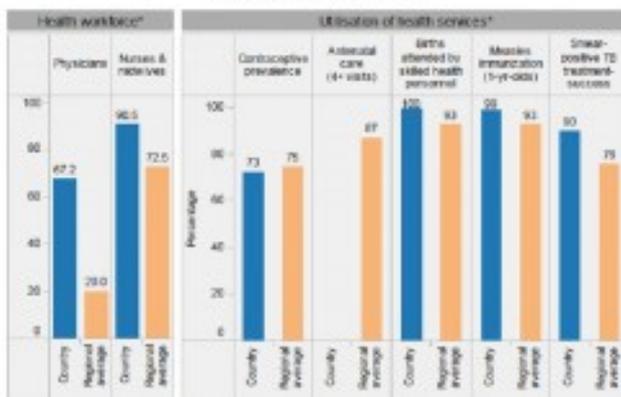
Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Il sistema sanitario oggi

Attualmente il profilo di salute di Cuba è molto simile a quello di un paese sviluppato, dove la prima causa di morte è legata alle malattie cardiovascolari e ai tumori. La Figura 4 mostra la diffusione dei medici e infermieri nella popolazione nel 2010 e l'utilizzo nella popolazione di alcuni servizi sanitari e di prevenzione di Cuba a confronto con la media dei paesi della regione centro-americana[4].

Figura 4. Presenza di personale sanitario e dati di utilizzo dei servizi, Cuba (barra blu) a confronto con la media regionale del Centro America. Anno 2005

Figura 4. Presenza di personale sanitario e dati di utilizzo dei servizi, Cuba (barra blu) a confronto con la media regionale del Centro America. Anno 2005



Cuba's health profile, WHO <http://www.who.int/countries/cuba/>

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

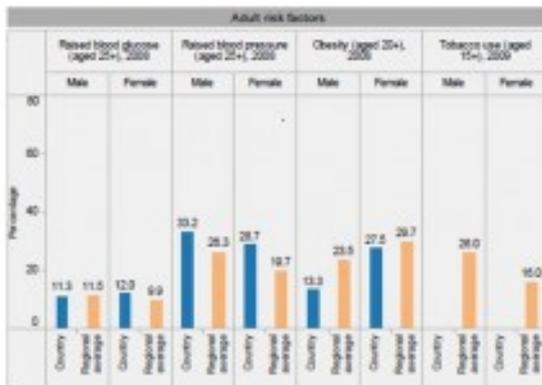
Il “Piano di Salute Nazionale verso il 2015” del 2006 riconosce nell'invecchiamento della popolazione una sfida per i prossimi decenni e prevede un riorientamento dei servizi, in particolare di quelli erogati a livello dei policlinici di comunità, “*from cure to care*”. Ad oggi Cuba conta 11 milioni di abitanti: la popolazione al di sotto dei 15 anni rappresenta il 18,4% del totale, la popolazione al sopra i 65 anni l'8,6%. **Dati molto lontani da quelli dei paesi industrializzati, dove la percentuale di anziani supera il 20%, ma sufficienti per parlare di transizione demografica e di**

conseguenza di transizione epidemiologica, con una prevalenza di malattie croniche piuttosto che infettive quali cause di morte.

Nella **Figura 5** alcuni dati sui principali fattori di rischio per la salute degli adulti, a confronto con la media dei paesi della regione delle Americhe[5].

Figura 5. Fattori di rischio per gli adulti, Cuba a confronto con la media regionale del Centro America. Anno 2005

Figura 5. Fattori di rischio per gli adulti, Cuba a confronto con la media regionale del Centro America. Anno 2005



Cuban health profile, WHO <http://www.who.int/countries/cuba/en/>

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Ad oggi Cuba ha raggiunto tutti gli obiettivi di salute del nuovo millennio, tranne l'obiettivo riguardante la mortalità materna.

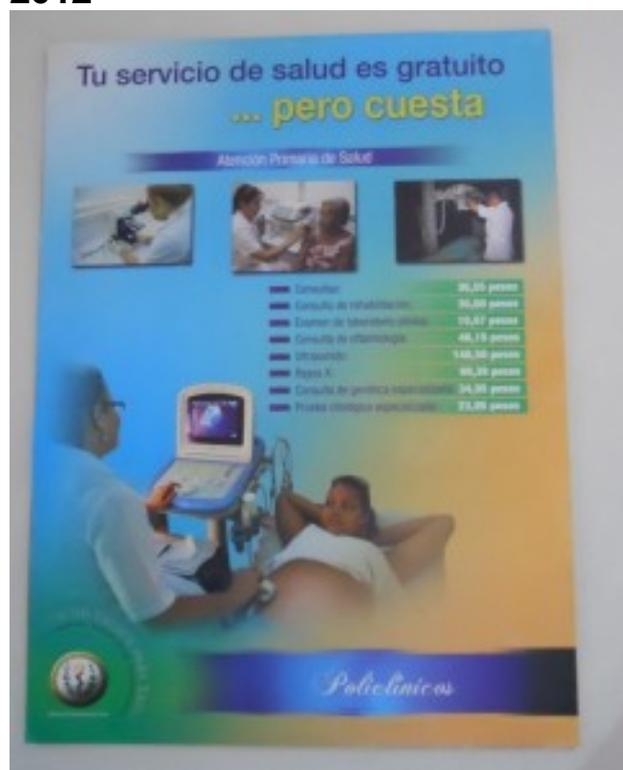
La sanità cubana di fronte alla crisi

Nel 2011 il governo ha annunciato un drastico ridimensionamento della pubblica amministrazione, con la necessità di diminuire i posti di lavoro nel pubblico di circa 500mila. Alla luce di queste prospettive e del dibattito che ne è scaturito, per il sistema sanitario cubano di oggi vi sono rischi e opportunità. Molti tra gli studiosi, ma anche tra gli stessi cubani (medici e non), affermano il rischio di una caduta di qualità delle cure e dell'assistenza sanitaria cubana visto l'ormai sempre più frequente invio di medici cubani con alcuni paesi esteri. **Molti tra i migliori medici cubani, infatti, sono mandati dal governo a lavorare in altri paesi dell'America latina:** con il programma *Barrio Adentro*, letteralmente "nel quartiere", a partire dal 2002 il governo venezuelano vuole garantire cure mediche di base per tutti, anche per le fasce di popolazione più miserevoli, adottando il modello cubano. Cuba, nella fase iniziale di *Barrio Adentro*, ha inviato circa 18.000 medici in Venezuela; da parte sua Chavez invia forniture di petrolio. **Nel 2008 i medici cubani che lavoravano in paesi esteri erano circa 37.000, sparsi in più di 70 paesi.** I medici che decidono di lavorare all'estero ricevono compensi maggiorati.

Quando guadagna invece un medico cubano che rimane a Cuba? Tutti i medici sono dipendenti del governo e mediamente un medico di famiglia guadagna 20

dollari al mese e ha a disposizione benefit come la casa e generi di prima necessità. È chiaro che un medico non può certo arrivare livelli di benessere che siamo abituati a pensare nei paesi sviluppati. La sanità assorbe il 8.7% del PIL nazionale, ma se negli ultimi anni le risorse dedicate alla salute sono aumentate considerevolmente, il governo oggi sta cercando di promuovere una maggior appropriatezza nell'uso delle risorse attraverso, tra l'altro, campagne informative alla popolazione e riduzione della spesa. Nella **Figura 6** si osserva la foto di un cartello esposto in tutti gli ospedali in cui si fa notare al cittadino che *"il tuo sistema sanitario è gratuito... però costa"*: una visita dal medico di famiglia costa 25 pesos, un esame di laboratorio circa 20 pesos. Però risulta molto difficile recuperare margini di efficienza in un modello governato a livello statale e fortemente centralizzato[6].

Figura 6. Cartelli informativi sui costi per il governo di alcuni servizi, Cuba 2012



[Cliccare sull'immagine per ingrandirla](#)

Nonostante la professionalità dei medici, riconosciuta in molti paesi, soprattutto quelli dell'America Latina, avendo visitato i maggiori ospedali di L'Havana abbiamo potuto constatare l'arretratezza dei macchinari e attrezzature mediche e diagnostiche. Ma è proprio la professionalità dei medici e la forte attenzione al pubblico, che fa sì che siano effettuate prestazioni di alta qualità clinica, comparabile alla nostra. Ancora i macchinari, data la scarsa quantità, sono tenuti in funzione tutto il giorno, in modo da sfruttare al massimo la loro resa e produttività.

Se da una parte poi la popolazione e i professionisti sono orgogliosi del sistema nazionale di salute e ne sottolineano i punti di forza, non sfuggono però commenti più aperti sulla qualità. Prendendo in considerazione i tempi di attesa ad esempio, se alcuni professionisti infatti ci hanno più volte detto che non esistono liste di attesa per prestazioni diagnostiche o specialistiche, altri invece hanno evidenziato che le liste di attesa possono arrivare anche a tre mesi.

Sara Barsanti, *Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa*. Alice Accorroni, Federico Barbera , Francesca Baroncelli, Lorenzo Caciagli, Daniele Canarutto, Filippo Carlo Maria Corponi, Marco Cotrufo, Valentina Da Prat, Alberico Del Torto , Lorenzo Giannini, Alessandro Grosso, Daniele Lorenzini, Alessandro Mengozzi, Davide Maria Mocellin , Lorenzo Nesti, Margherita Notarnicola, Filippo Quattrone, Andrea Sechi, Paola Sindaco, Leonardo Tozzi: *studenti di medicina della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa*.

Si ringraziano: Javier Rosada, Alberto Tulipani e Gabriella Laino per il loro supporto durante la visita a Cuba e Andrea Grillo, Asl 6 di Livorno, per il suo contributo al paragrafo sulla storia del sistema sanitario cubano

Risorsa

[Cuba: health profile](#) [PDF: 305 Kb]. WHO, 2010

Bibliografia

1. Evans RG. Thomas McKeown meet fidel Castro: Physicians, population health and the Cuban paradox. *Healthcare Policy* 2008; 3 (4): 21-32.
2. Spiegel JM. Commentary: daring to learn from a good example and break the "Cuba taboo". *International journal of epidemiology* 2006; 35: 825-6.
3. Dominguez-Alonso e, Zacca E. Sistema de salud de Cuba, *Salud Publica de Mexico* 2011; 53(2): 168-176
4. [Cuban health profile](#). WHO
5. [Cuban health profile](#). WHO
6. Champion EW et al. A different model – Medical care in Cuba. *The New England Journal of Medicine* 2013; 368;4;297-9.

Salute e sanità a Cuba (parte II)

2013-02-11 10:02:02 Redazione SI



Sara Barsanti e gli Studenti della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Questo è il secondo di due post dedicati al sistema sanitario cubano, frutto del viaggio di studio di un gruppo di studenti di medicina della Scuola Superiore S. Anna di Pisa. La formazione dei medici cubani. L'Equipe Basica de Salud e il Gruppo Basico de Trabajo. La parola magica: *dispensarizacion*.

Il sistema formativo dei medici cubani

A Cuba la formazione universitaria, è pubblica, gratuita e rivolta senza discriminazioni a tutti coloro che, nei limiti imposti dalla pianificazione statale, abbiano volontà e capacità di affrontarla. A Cuba ci sono attualmente 26 facoltà di medicina, diffuse in tutte le province. Le facoltà di medicina rispondono ai Ministeri della Sanità e dell'Educazione. **Il percorso di studi di base dura 6 anni di cui i primi 3 rivolti alle materie di base, 2 alle materie cliniche, l'ultimo dedicato alla diretta messa in pratica degli insegnamenti ricevuti.** Il fine del percorso universitario è la formazione del medico di medicina generale integrata che costituisce la prima specializzazione per tutti i medici cubani. Negli ultimi anni la didattica medica si è radicalmente trasformata: le materie di base (anatomia, istologia, embriologia, fisiologia) non sono affrontate più singolarmente, ma accorpate in unico corso chiamato morfofisiologia che prevede un'esposizione trasversale, organo per organo, dei diversi ambiti di studio. **Quello che più ci ha sorpreso vedendo la lista degli esami dei primi anni di medicina, sono gli esami con il maggior numero di crediti formativi: al primo anno "promozione della salute" e al secondo anno "prevenzione della salute". Al terzo anno ancora si prosegue con salute pubblica e medicina comunitaria.**

Mi domando se in Italia saremo in grado di preparare 4 esami distinti di quasi 10 crediti ciascuno su tali tematiche... E sarebbe ancora inimmaginabile avere come insegnamento obbligatorio nelle scuole la

promozione della salute. Insegnamento obbligatorio nelle scuole cubane.

Per gli studenti alle lezioni si affiancano un certo numero di ore dedicate all'**educazione fisica**, secondo l'idea che il medico per primo debba mettere in pratica quelle pratiche di prevenzione di cui è tenuto a farsi promotore e alla **lingua inglese** sono dedicati 6 esami, uno ogni anno. Le materie cliniche non prevedono solo la frequenza degli studenti nei reparti ospedalieri, ma anche nei centri di assistenza primaria, quali policlinici e medici di base secondo l'idea dei "policlinici universitari" al fine di permettere ai futuri medici di confrontarsi con le patologie di comune riscontro nella popolazione oltre ai casi acuti e selezionati tipici degli ospedali. L'affiancamento alle attività sanitarie è previsto a partire dal primo anno di facoltà. *Impensabile in Italia*. **Alla formazione clinica si affianca la formazione alla ricerca** che prevede l'approfondimento di argomenti legati alle problematiche emerse nella popolazione presso la quale ha svolto assistenza. Questo tipo di formazione diffusa ha sicuramente il grande vantaggio di creare personale medico con grandi capacità pratiche e immediatamente in grado di entrare nel sistema sanitario; un limite di tale approccio potrebbe essere costituito da un eccessivo allontanamento dei medici in formazione dai professionisti ospedalieri.

Le cure primarie, medici e infermieri di famiglia

Cuba sembra aver sviluppato un modello proprio di assistenza sanitaria con caratteristiche originali e che sviluppa pienamente i principi e i valori di Alma Ata.

Questo forte orientamento alle cure primarie, sviluppato a partire dal 1986, è garantito dalla capillare presenza sul territorio di strutture di bassa e medio-bassa complessità. **Si tratta dei "consultori", strutture dove operano le Equipe Basica de Salud (EBS) e i policlinici, dove invece operano a supporto, medici specialisti per la gestione del paziente sul territorio.** In ogni consultorio lavora una Equipe Basica de Salud composta da un medico e un infermiere di famiglia; la EBS si occupa della gestione dell'assistenza primaria in un'area geografica ben delimitata, della quale periodicamente si studiano le caratteristiche geografiche, sociologiche, demografiche per individuare i principali fattori di rischio derivanti dal territorio. A ciascun cubano è assegnato un consultorio in base al criterio di residenza; è un diritto del cittadino chiedere di cambiare medico, rivolgendosi al direttore del policlinico (che funge da supervisore dei medici di famiglia). L'EBS e in generale l'area di salute in cui sono divisi i quartieri, sono stati pensati anche come modello "architettonico", si veda **Figura 1**, dove si mostra la mappa dei servizi sanitari nell'area di salute di Cayo Hueso, zona di Centro Havana[1].

Figura 1. Mappa informativa dei servizi di cure primarie nell'area di salute di Cayo Hueso, L'Havana 2004.

Figura 1. Mappa informativa dei servizi di cure primarie nell'area di salute di Cayo Hueso, L'Havana 2004.

Map of primary care and related facilities in a community—Cayo Hueso, Central Havana, City of Havana, Cuba



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Solitamente l'EBS vive nello stesso edificio in cui si trovano i locali dedicati alle visite e assistenza medica (l'ambulatorio medico con relativa sala di attesa, la sala medicazione e l'infermeria); oggi nelle città tale modello non è sempre attuato, ma comunque l'EBS nello stesso quartiere e sono parte integrante della comunità. **In generale un consultorio del medico e infermiera di famiglia serve una popolazione di circa 1000/1500 persone o 200 famiglie.** L'EBS si fa anche carico dell'inclusione della popolazione a rischio all'interno dei numerosi programmi di prevenzione codificati dal Ministero della salute attraverso campagne di sensibilizzazione sui temi del tabagismo, educazione sessuale, prevenzione del cancro della cervice uterina, buona alimentazione.

Figura 2. Cartelli informativi per la prevenzione dell'ipertensione arteriosa, Cuba 2012



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Quando l'EBS rileva un problema di salute che non è in grado di risolvere autonomamente perché necessita di mezzi diagnostici superiori o di consulenza

specialistica, il caso viene discusso con il Gruppo Basico de Trabajo (GBT). **Il Gruppo Basico de Trabajo segue circa 20/25 EBS ed è composta da uno specialista di medicina interna, un pediatra, una ginecologa e un'ostetrica, uno psicologo, un dentista, un assistente sociale, uno statistico, e un tecnico di igiene ed epidemiologia.** Il GBT è il mezzo di coordinamento tra il consultorio e il policlinico, attraverso un sistema di coordinamento e integrazione verticale tra i medici, dove comunque il medico di famiglia rimane l'unico responsabile del percorso di cura del paziente. Il GBA può gestire il problema autonomamente oppure definire un percorso diagnostico che può prevedere l'utilizzo di strumenti presenti nel policlinico, il ricorso a visite specialistiche che periodicamente sono calendarizzate al policlinico (specialisti che visitano ciascun policlinico un paio di volte al mese), il ricorso alla consulenza in ambiente ospedaliero oppure utilizzare altre strutture per il controllo della popolazione con fattori di rischio (come ad esempio gli *hogares materno-infantil* o per *hogar de ancianos*). Il consultorio spesso si fa carico anche della diffusione e attivazione di attività di promozione della salute con il supporto delle organizzazioni locali di quartiere, quali il *Comitato di Difesa della Rivoluzione* o la *Federazione di Donne Cubane*: lo scopo di tali attività è quello di creare o migliorare l'approccio alla salute attraverso una visione olistica che superi la visione puramente medica e coinvolga i determinanti sociali di salute.

La parola magica: *dispensarizacion*

Ogni cubano può recarsi al consultorio quando vuole; il consultorio è aperto tutti i giorni lavorativi compreso il sabato.

Elemento fondante del sistema di prevenzione, promozione e continuità assistenziale (e sanità di iniziativa!) è la *dispensarizacion*.

La *dispensarizacion* è un approccio imperniato sullo studio del rischio, basato sulle caratteristiche sociali e sanitarie di ciascun individuo, come singolo e come famiglia, che possono influenzare lo stato di salute e costituisce una valutazione dinamica, organizzata e continua dello stato di salute di una persona in una comunità definita. Si sviluppa attraverso 4 azioni principali:

1. la **registrazione**, in cui si raccolgono i dati socioeconomici di ciascun individuo e relativa famiglia (età, sesso, titolo di studio, professione, condizioni igieniche ...);
2. la **valutazione**, che comprende un esame integrale della salute con un approccio biologico, sociale e psicologico;
3. l'**intervento**, che comprende tutte le azioni necessarie per migliorare lo stato di salute e eliminare i rischi che possono peggiorare la condizione di salute o di malattia;
4. il **monitoraggio**, secondo cui ciascun individuo a seconda della valutazione di salute che riceve, deve essere seguito e monitorato in maniera continua e sistematica.

Il processo di valutazione classifica gli individui in 4 categorie:

1. **apparentemente sano**, con nessun condizione patologica e nessun rischio

di salute;

2. **a rischio**, ovvero persone con comportamenti che possono arrecare danno alla salute nel medio o lungo periodo, quali ad esempio fumo, poca attività fisica, consumo di alcol, comportamenti sessuali non sicuri, ma anche rischi di tipo sociale, quali basso livello di istruzione, rischio suicida,;
3. **malato**, ovvero individui con condizioni patologiche o disturbi fisici o sociali che non permettano uno svolgimento delle attività quotidiane, sono ricomprese in questa categoria alcune condizioni croniche ad esempio cardiopatia ischemica, diabete mellito, asma, epilessia...;
4. **con deficienza, disturbi o incapacità (non autosufficienti)**, ovvero individui con condizioni che influiscono in maniera temporale o definitiva sulle capacità motorie, funzionali, sensoriali o psichiche, come ad esempio individui con infermità croniche acute.

A seconda della categoria di appartenenza, l'EBS deve monitorare lo stato di salute con cadenze di visite che vanno da un minimo di 2 annuali per gli individui sani (di cui una in ambulatorio e una a casa) ad un massimo di 4 per gli individui malati o non autosufficienti. Tale sistema, che comunque non è sviluppato in maniera uniforme nel territorio, permette una visione della salute della popolazione e dei fattori di rischio e una sanità di iniziativa che probabilmente non ha eguali. Con l'esempio di Cuba si vuole quindi sottolineare come da una parte il nesso casuale tra ricchezza e salute possa essere messo in discussione e dall'altra come un sistema reale, non fittizio o potenziale, di cure primarie possa davvero essere la base di ottimi risultati di outcome di salute. Certamente Cuba non è esente dal punto di vista sanitario di forti limiti o spazi di miglioramento, ma deve essere presa da esempio per il ruolo che i medici e gli infermieri di famiglia svolgono nella comunità. Tutto questo a prescindere, secondo chi scrive, dalla sua storia rivoluzionaria.

Per concludere riportiamo il brano finale di un recente articolo su Cuba pubblicato dal *New England Journal of Medicine*: "Ogni visitatore si rende conto che Cuba è arretrata rispetto ai paesi sviluppati nelle infrastrutture di base come strade, case, acquedotti e fognature. Nonostante ciò i Cubani hanno cominciato ad affrontare gli stessi problemi di salute dei paesi sviluppati, con crescenti tassi di incidenza delle malattie coronariche e di obesità (11,7% dei cubani ha oggi più 65 anni di età). Il loro "unusual" sistema sanitario affronta questi problemi in un modo che deriva dalla peculiare storia dell'economia e della politica di Cuba, ma il sistema che hanno creato – con un medico per tutti, con il focus sulla prevenzione e una chiara attenzione per la salute comunitaria – può indicare la strada giusta anche agli altri paesi" [2].

Leggi anche: [Salute e sanità a Cuba \(I Parte\)](#)

Sara Barsanti, Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Alice Accorroni, Federico Barbera, Francesca Baroncelli, Lorenzo Caciagli, Daniele Canarutto, Filippo Carlo Maria Corponi, Marco Cotrufo, Valentina Da Prat,

Alberico Del Torto , Lorenzo Giannini, Alessandro Grosso, Daniele Lorenzini, Alessandro Mengozzi, Davide Maria Mocellin , Lorenzo Nesti, Margherita Notarnicola, Filippo Quattrone, Andrea Sechi, Paola Sindaco, Leonardo Tozzi: studenti di medicina della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Si ringraziano: Javier Rosada, Alberto Tulipani e Gabriella Laino per il loro supporto durante la visita a Cuba e Andrea Grillo, Asl 6 di Livorno, per il suo contributo al paragrafo sulla storia del sistema sanitario cubano

Bibliografia

1. Spiegel JM, Yassi A. Lessons from the Margins of Globalization: Appreciating the Cuban Health Paradox. *Journal of Public Health Policy* 2004; 25(1): 85-110
2. Champion EW, Morissey S. A different model – Medical Care in Cuba. *NEJM* 2013; 368-297-9