

✘ 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 provincie. 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 "architetonico", 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.

 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 anzianos*). 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