

## Salute in Italia: ancora un diritto per tutti? Un confronto col sistema sanitario cubano

*Novella Formisani, Simona Grassi, Indira Pineda Daudinot\**

HEALTH IN ITALY: STILL A RIGHT FOR EVERYONE? A COMPARISON WITH THE CUBAN HEALTHCARE SYSTEM

**ABSTRACT:** Italy is the world's eighth-largest country by nominal GDP, despite the high rate of youth unemployment and the growing number of people living in absolute poverty. According to Bloomberg, Italy still stands out in fourth place in the world for the quality of its National Health System, that was created as public funded, free and universal. Nevertheless, the Covid-19 pandemic has led to the immediate deflagration of the healthcare system. According to ISTAT, 10% of Italians has given up to be treated in the last year, while in the same period 32.8 million people have had necessary medical treatments cancelled or postponed. The profound contradictions behind the inequalities and social suffering in our country are the result of neoliberal policies that negatively affect our individual and collective health status, due to economic and material factors, as well as due an inexorable process of dismantling of the National Health System. The purpose of this article is to show the profound transformations that characterize the Italian healthcare system, in comparison with the Cuban healthcare model, a country where, despite the economic differences from the G8 countries, has been unanimously recognized as being in the vanguard for the quality of the healthcare and its ability to manage the Covid-19 pandemic.

**KEYWORDS:** Global health; healthcare system; Italy; Cuba; primary health care

**SOMMARIO:** 1. I Sistemi Sanitari e ordine globale: conquiste e arretramenti – 1.1. Premessa: Salute integrale e Determinanti di Salute – 1.2. La situazione mondiale: l'aspirazione delle disuguaglianze – 1.3. Cambiamenti climatici, deprezzazioni e guerre – 1.4. L'alba del neoliberalismo e il tramonto del diritto alla salute – 1.5. Il profitto al centro: accordi sulla proprietà intellettuale e monopolio delle aziende farmaceutiche – 1.6. Le conseguenze sui sistemi sanitari nazionali – 2. Il Servizio Sanitario Nazionale italiano in declino: privatizzazione, aziendalizzazione, regionalizzazione – 2.1. La spesa pubblica: tagliare troppo, spendere male – 2.2. Le nomine dirette: le mani sulla sanità – 2.3. Malasanità, medicina difensiva e garanzie residue – 3. Resistere alla liquidazione dei diritti: l'esempio di Cuba – 3.1. Indicatori di salute – 3.2. Il paradosso cubano – 3.3. Medicina di prossimità e medico di famiglia – 3.4. Medicina Preventiva – 3.5. Salute integrata ed epidemiologia – 3.6. Medicina ufficiale e tradizioni

---

\* *Novella Formisani: Medico Chirurgo specialista in Psichiatria, Napoli. Mail: [novellaf@hotmail.com](mailto:novellaf@hotmail.com); Simona Grassi: Medico Chirurgo specialista in Geriatria, Napoli. Mail: [simona.grassi86@gmail.com](mailto:simona.grassi86@gmail.com); Indira Pineda Daudinot: Sociologa Cubana, Consolato Generale della Repubblica Bolivariana del Venezuela, Napoli. [redportiamerica.cu@gmail.com](mailto:redportiamerica.cu@gmail.com). Contributo su invito.*

mediche locali – 3.7. I Goals del sistema sanitario cubano – 3.8. L'industria biotecnologica – 3.9. Cooperazione internazionale e formazione internazionalista – 4 Conclusioni: verso una sanità pubblica, universale, umanitaria.

## 1. I Sistemi Sanitari e ordine globale: conquiste e arretramenti

### 1.1. Premessa: Salute integrale e Determinanti di Salute

**F**in dalla sua fondazione in seno alle Nazioni Unite, nel 1948, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito la salute come «uno stato di completo benessere fisico, psichico, sociale» e non semplicemente come una condizione di «assenza di malattie e di infermità»<sup>1</sup>.

Da questa prospettiva la salute non può essere considerata un affare individuale, né un semplice prodotto di sistemi sanitari più o meno efficienti nel garantire cure. Essa deriva, piuttosto, dal rapporto fra individui su scala mondiale, si costruisce in un processo dinamico entro cui centrali sono le variabili politiche, economiche, sociali, culturali, ambientali a livello transnazionale, la loro stessa capacità di generare aspirazioni e desideri, di soddisfare bisogni in ciascun individuo e collettività, di regolare il rapporto dell'uomo con la natura, le relazioni fra esseri umani, le complessive condizioni di vita della popolazione.

La salute non è distribuita in maniera omogenea a livello globale, ma segue il profilo delle disuguaglianze sociali. Le fasce di popolazione più deboli, nella gerarchia sociale, da un lato corrono un rischio maggiore di essere esposte ad agenti nocivi, dall'altro dispongono di più scarsi strumenti per far fronte a qualsiasi vulnerabilità.

Il modello concettuale dei “determinanti sociali di salute”<sup>2</sup> spiega questa corrispondenza, organizzando le variabili che incidono sullo stato di benessere psico-fisico secondo un preciso ordine gerarchico di influenza. A partire da quei fattori non modificabili, come le caratteristiche biologiche, si vanno a stratificare caratteristiche “superiori” e rettificabili, quali gli stili di vita individuali, l'accesso a reti sociali e comunitarie, l'ambiente di vita e di lavoro, il contesto generale sul piano socio-economico, culturale, ambientale.

I fattori che impattano sulla distribuzione di salute nella popolazione sono raggruppabili in tre diverse macro-aree: la prima, del “Contesto Politico e Socio-Economico”, che va a determinare le modalità con cui una società distribuisce le risorse di cui dispone fra tutti i suoi membri; la seconda, della “Posizione Socio-Economica”, che mette a fuoco il posizionamento degli individui all'interno di gerarchie di potere, prestigio e accesso alle risorse in un dato contesto sociale; l'ultima, dei cosiddetti “Determinanti Intermedi”, che raggruppa fattori come le condizioni di lavoro, di accesso a un cibo sano e sufficiente, all'acqua potabile e a servizi igienici adeguati, al riscaldamento e a contesti domestici salubri. Ancora, gli stress sul piano fisico e psichico, gli stili di vita, la capacità di tessere relazioni sociali e la loro qualità. Qui si collocano anche i sistemi sanitari, che influiscono direttamente sulle disuguaglianze sociali,

<sup>1</sup> WHO, *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p.100)*, 1948.

<sup>2</sup> G. DAHLGREN, M. WHITEHEAD, *Politics and strategies to promote social equity in health*, Stockholm Institute of Futures Studies, 1991.

riducendole o esasperandole, attraverso la relativa facilità ed equità nell'accesso alla prevenzione sanitaria primaria e secondaria, alle cure e all'eventuale riabilitazione da uno stato di malattia<sup>3</sup>.

## 1.2. La situazione mondiale: l'esperazione delle diseguaglianze

Il Dipartimento degli Affari Economici e Sociali delle Nazioni Unite descrive una crescita delle diseguaglianze socio-economiche nel mondo, in relazione agli ultimi trent'anni. Il fenomeno interessa principalmente i Paesi ad alto e medio sviluppo, coinvolgendo più del 70% della popolazione globale, mentre all'aumentare delle disparità all'interno dei confini nazionali dei Paesi del Primo Mondo, fa da contraltare l'appiattimento delle diseguaglianze fra Paesi su scala globale<sup>4</sup>.

L'Italia si attesta all'ottavo posto nel mondo per Prodotto Interno Lordo nominale e non fa eccezione all'interno di questo scenario. Se la pandemia da Covid-19 e la conseguente recessione economica hanno travolto il Paese, colpendo duramente le fasce più deboli della popolazione, è pur vero che gli indicatori pre-pandemici fotografavano un quadro nazionale già profondamente polarizzato.

Alla fine del primo semestre 2019, il 20% più ricco degli italiani deteneva quasi il 70% della ricchezza nazionale. Il 10% più ricco possedeva oltre sei volte la ricchezza della metà più povera della popolazione, in una divaricazione progressiva delle diseguaglianze che, calcolata sul periodo 2000-19, vedeva crescere la quota di ricchezza reddituale e patrimoniale dei primi del 7,6% e decrescere quella dei secondi del 36,6%<sup>5</sup>.

I principali indicatori sociali confermano questo spaccato: il tasso di disoccupazione giovanile nell'ultimo trimestre 2019 si attestava al 29,7%, mentre a gennaio 2021 si arriva al 33,8%<sup>6</sup>. A fine 2020 più di 2 milioni di famiglie e 5,6 milioni di individui versavano in povertà assoluta, con una tendenza ancora una volta in ascesa: se nel 2019 questo fenomeno interessava il 6,4% delle famiglie italiane e il 7,7% della popolazione, oggi tocca il 7,7% delle famiglie ed il 9,4% della popolazione. 1,3 milioni sono i minori in povertà assoluta in Italia, pari al 13,5% del totale, mentre fra i cittadini stranieri residenti, questo stesso dato interessa il 29,3%<sup>7</sup>.

Questi dati dimostrano che le diseguaglianze socio-economiche esistenti oggi a livello globale non dipendono dalla ricchezza assoluta dei singoli Paesi, bensì dai criteri di distribuzione della ricchezza stessa fra le varie fasce di popolazione, ovvero dalle politiche economiche e sociali che sono perseguite, da ciascuno Stato, sul piano nazionale e internazionale. L'Italia non può sottovalutare il progressivo aggravarsi di tutte le precondizioni che annunciano il prossimo, ulteriore incrinarsi delle condizioni di salute della sua popolazione.

<sup>3</sup> COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH – WHO, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Discussion Paper (Final Draft), 2007.

<sup>4</sup> UN DESA – DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS OF THE UNITED NATIONS, *World Social Report*, 2020.

<sup>5</sup> OXFAM ITALIA, *Davos 2020: la terra delle diseguaglianze*, 2020.

<sup>6</sup> OCSE, *Rapporto Economico 2021*, 2021.

<sup>7</sup> ISTAT, *Rapporto 2020*, 2021.

### 1.3. Cambiamenti climatici, depredazioni e guerre

Esistono rischi che coinvolgono allo stesso modo l'intera popolazione mondiale, indipendentemente dal posizionamento dei singoli Stati sullo scacchiere geopolitico internazionale: secondo la rivista "The Lancet", i cambiamenti climatici saranno la principale minaccia per la salute del XXI secolo<sup>8</sup>.

L'exasperazione delle politiche estrattiviste da parte del Capitale globale, con il depauperamento di qualsiasi risorsa naturale, non è solo causa di un danno ecologico rischioso per la sopravvivenza di tutte le specie nel lungo periodo, ma ha un impatto negativo sulla salute collettiva nell'immediato, in termini di peggioramento progressivo della qualità dell'aria e dell'acqua, di contaminazione del suolo ed esposizione a inquinanti, di perdita della biodiversità e dell'impulso alla sempre più intensiva deforestazione. In crisi è inoltre il rapporto fra uomo e microrganismi: a partire dalla pandemia da Covid-19, si è ipotizzata l'apertura della cosiddetta "Era delle Pandemie"<sup>9</sup>.

La diseguale possibilità di accesso all'acqua, al cibo, a tutte le altre risorse indispensabili alla sopravvivenza, nei Paesi non industrializzati, inoltre, comporta il continuo acuirsi di conflitti per il loro accaparramento. E l'appropriazione di risorse minerarie ed energetiche nei Paesi del Sud globale da parte di quelli del Nord, quando non ha comportato e non comporta il deflagrare di guerre e aggressioni militari, ha storicamente condannato alla miseria milioni di uomini e donne, impulsando flussi migratori e crisi umanitarie che riverberano le proprie conseguenze a qualsiasi latitudine del globo<sup>10</sup>.

### 1.4. L'alba del neoliberismo e il tramonto del diritto alla salute

È all'interno di questo processo che, negli ultimi decenni, si sono profondamente trasformati i rapporti fra organismi sovranazionali. Le esigenze della Banca Mondiale, dell'Organizzazione Mondiale del Commercio, hanno via via eroso le competenze e la libertà d'azione e pianificazione della stessa Organizzazione Mondiale della Sanità. La legittimità politica e di azione di quest'ultima a oggi è irrimediabilmente compromessa: a incidere è soprattutto l'assottigliamento del budget economico messo a disposizione dai singoli Stati membri, condizione che crea una dipendenza sempre più marcata da quelli che contribuiscono in misura maggiore, con l'assoggettamento ai loro indirizzi politici e la diffusione di Conflitti d'Interessi<sup>11</sup>.

Si fanno strada, poi, nuovi attori internazionali: organizzazioni, fondazioni filantropiche e iniziative globali di partenariato pubblico-privato, orientano oggi le politiche sanitarie da mettere in campo, prediligendo i cosiddetti "programmi verticali" di lotta contro singole malattie, in piena contrapposizione ad un approccio universalistico, finalizzato al perseguimento di obiettivi di salute diffusi per l'intera popolazione globale. Si afferma così il principio di compatibilità economica dei costi delle malattie e la salute smette di essere considerata un diritto. La sanità è intesa come un insieme di beni commerciali

<sup>8</sup> N. WATTS et al., *The 2018 report of the Lancet Countdown on health and climate change: shaping the health of nations for centuries to come*, in *The Lancet*, 392, 2018, 10163.

<sup>9</sup> P. PIOT et al., *A global deal for our pandemic age. Report of the G20 High Level Independent Panel on Financing the Global Commons for Pandemic Preparedness and Response*, 2021.

<sup>10</sup> ROSA LUXEMBURG STIFTUNG BRUSSEL OFFICE, *The Struggle for Health. An emancipatory approach in the era of neoliberal globalization*, 2018.

<sup>11</sup> G. MACIOCCO, *Politica, Salute e Sistemi Sanitari. Le riforme dei Sistemi Sanitari nell'era della Globalizzazione*, 2010.

e i servizi sanitari non possono far altro che essere ristrutturati all'insegna della propria stessa sostenibilità<sup>12</sup>.

### 1.5. Il profitto al centro: accordi sulla proprietà intellettuale e monopolio delle aziende farmaceutiche

A regolare vecchi e nuovi accordi fra Paesi, ci pensa anche l'Organizzazione Mondiale del Commercio, mediante trattati internazionali che non hanno risparmiato il campo della salute pubblica: il *The Agreement on Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights* (TRIPs), ha sancito l'impossibilità di un accesso equo a tecnologie e innovazioni in campo farmaceutico, a vantaggio dei diritti di proprietà intellettuale di poche Multinazionali. Allo stesso modo il *Comprehensive Economic and Trade Agreement* (CETA), il *Transatlantic Trade and Investment Partnership* (TTIP), regolanti gli accordi commerciali di libero scambio dei Paesi dell'Unione Europea con Canada e USA, oltre che il *Trade in Services Agreement* (TiSA), in trattativa fra cinquanta Paesi fra cui 28 Stati membri dell'Unione Europea, hanno rappresentato uno dei tentativi più concreti di aprire al mercato internazionale anche i servizi sanitari e sociali.

Quella della proprietà intellettuale e dei brevetti su vaccini, farmaci, biotecnologie in senso lato, è una delle partite più importanti su cui si giocano oggi i profitti privati in campo sanitario. Vari soggetti privati influenzano più o meno direttamente studi e programmi di ricerca, andando a pervadere il campo delle università e degli istituti di ricerca pubblici, distorcendone le attività, l'insegnamento e gli studi, facendo leva su sovvenzioni economiche che il pubblico non garantisce più. Ancora, le attività di lobbying più o meno palesi nel finanziare a monte partiti e candidati alle elezioni per poi influenzarne l'azione politica a valle, non risparmiano né i singoli Paesi membri dell'Unione Europea, né gli organismi politici di quest'ultima, con la stima di una spesa di circa 40 milioni di euro annui, da parte dell'Industria del Farmaco, per fare pressioni ed esercitare controllo sulla Commissione Europea. Infine, il campo della formazione e dell'aggiornamento professionale obbligatorio per le varie figure impiegate nel comparto sanitario è pervaso dalla diretta sponsorizzazione di prodotti farmaceutici, così come quello delle pubblicazioni e delle riviste scientifiche. Il quadro è quello di un mosaico fittissimo in cui il Conflitto d'Interessi domina e piega la salute collettiva alle necessità di profitto di pochi soggetti privati<sup>13</sup>.

### 1.6. Le conseguenze sui sistemi sanitari nazionali

A fronte di queste profonde spinte trasformative sul piano internazionale e dalla direzione intrapresa dai grandi capitali internazionali, oltre che dagli attori che muovono le leve della finanza, dell'economia, della politica di tutti i Paesi del mondo, si è messo in moto un complesso e profondo processo di ristrutturazione di molti sistemi sanitari. Disegnati per rispondere a precisi bisogni di salute e assistenza di fase di popolazione ampie e popolari, oggi sono sottoposti a fortissime tensioni, non solo perché alle prese con la necessità di far fronte a bisogni di cure sempre più complessi, dovuti all'invecchiamento complessivo della popolazione e al conseguente emergere delle cosiddette "policronicità", al complessificarsi dei flussi migratori, ma soprattutto in ragione del tentativo di omologarli rapidamente per interessi economici transnazionali, come sta avvenendo in seno all'Unione Europea. La posta in gioco è

<sup>12</sup> J. AILLON, M. BESSONE, C. BODINI, *Un nuovo mo(n)do per fare salute*, 2019.

<sup>13</sup> *Ibidem*.

oggi la loro stessa tenuta, perché in discussione non è solo l'assetto organizzativo, la modalità di finanziamento, la strutturazione istituzionale dei servizi di sanità pubblica: essi sono chiamati a rispondere a ben altre domande, a ribaltare la stessa *mission* che ne sottende l'esistenza ed il funzionamento. È questo il caso dell'Italia.

## 2. Il Servizio Sanitario Nazionale italiano in declino: privatizzazione, aziendalizzazione, regionalizzazione

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano nasce nel 1978, con la promulgazione della Legge 833/78. La finalità immediata è quella di superare definitivamente un sistema di assistenza imperniato sulle Casse Mutue, regime di assicurazione organizzato per categorie che garantisce copertura sanitaria ai soli soggetti iscritti, con grande dispendio di denaro pubblico e una grave esclusione di fasce sociali ai margini o totalmente fuori dal sistema produttivo.

La stessa riforma sanitaria, tuttavia, ha un'ambizione di ben più ampio respiro: dare piena attuazione ai principi costituzionali per i quali «la salute è un fondamentale diritto dell'individuo» nonché «interesse della collettività» di cui lo Stato deve farsi pienamente carico, all'insegna dei principi di universalità e di eguaglianza, non più un interesse e un bene privato<sup>14</sup>.

Totalmente finanziato dalla fiscalità generale, governato dallo Stato, che garantisce i cosiddetti "Livelli Essenziali di Assistenza", stabilendo la soglia minima di servizi spettanti ai cittadini omogeneamente, amministrato a livello periferico dalle Province prima, dalle Regioni poi, responsabili di una corretta applicazione degli indirizzi centrali e dell'amministrazione della spesa sanitaria sul piano locale, il Servizio Sanitario Nazionale prende così forma, poggiando tuttavia su una struttura organizzativa estremamente fragile, soprattutto nelle sue articolazioni più periferiche.

### 2.1. La spesa pubblica: tagliare troppo, spendere male

Volendo individuare le contraddizioni che hanno mandato in cortocircuito immediato questo impianto ambizioso, a fronte del processo di omologazione ai fenomeni internazionali sopra descritti, la prima variabile da evidenziare è sicuramente quella della spesa pubblica.

"Efficientamento" è il termine con cui si maschera la necessità di rendere compatibile la tutela della salute con il contenimento dei costi, subordinando un diritto inalienabile alle esigenze economiche dello Stato. "Aziendalizzazione" e "Regionalizzazione" della sanità sono le parole d'ordine della prima, irreversibile riforma del Servizio Sanitario Nazionale, che ne tradisce profondamente la *mission* fin dai primi anni Novanta<sup>15</sup>. Da qui, la pretesa di amministrare la cosa pubblica alla stregua di un'impresa privata, equiparando la tutela della vita collettiva ad una voce di spesa da tagliare il più possibile.

Si fanno strada l'imposizione della partecipazione diretta alla spesa, sotto forma di ticket sanitari, nel tradimento del principio di gratuità dei servizi necessario ad abbattere le diseguaglianze di accesso; si formalizza una commistione fra pubblico e privato, attraverso la regolamentazione dell'esercizio della libera professione da parte dei dipendenti e la cessione di intere branche di servizi, primi fra tutti quelli di diagnostica e riabilitazione, a veri e propri soggetti privati, accreditati per poter supplire alle carenze

<sup>14</sup> CGIL FP, *Il Sistema Sanitario Nazionale dalle sue origini a oggi*, 2018.

<sup>15</sup> G. MACIOCCO, *op. cit.*, 2010.

dello Stato, ma scarsamente vigilati sul rispetto dei criteri stessi di accreditamento e di rinnovo delle convenzioni, sull'entità dei rimborsi e la qualità delle prestazioni garantite. In ultimo, con la Riforma del titolo V della Costituzione del 2001, si porta a compimento lo spostamento del baricentro amministrativo e gestionale verso i governi locali, con una cessione di sovranità, capacità di controllo e pianificazione da parte del Governo centrale e l'abbozzarsi di quelli che, a oggi, sono a tutti gli effetti venti diversi servizi sanitari regionali, disomogenei e iniqui nella garanzia di assistenza alla popolazione. Effetto collaterale di tale dispersione di competenze è l'ostacolo alla strutturazione dei cosiddetti Centri Unici di Spesa: non c'è possibilità di ottimizzare i rapporti di forza nelle contrattazioni coi privati per quanto concerne risorse e mezzi biomedicali, farmaceutici, biotecnologici, mentre trionfano discrezionalità sul piano locale, minore potere contrattuale, sprechi, inefficienze, infiltrazioni della criminalità organizzata, pressioni spropositate dell'industria e interessi clientelari.

Contraddittorio è poi un criterio di ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale fra Regioni che, ben lungi dal tenere in considerazione i reali bisogni di cure e di assistenza della cittadinanza e le evidenze epidemiologiche di ciascun territorio, premia sul piano economico i governi regionali già più virtuosi nell'amministrare la sanità locale. Al contrario, l'imposizione dei Piani di Rientro dal deficit di bilancio per le Regioni meno virtuose si traducono nel blocco degli acquisti e delle assunzioni, in tagli lineari ai servizi. Da qui l'apertura della strada al principio della libera concorrenza e a liberalizzazioni, con esternalizzazioni di servizi quali pulizie, refezione, manutenzione nelle strutture sanitarie pubbliche, come ricetta per scaricare sul costo del lavoro e sulla qualità dei servizi stessi il peso più grande dei tagli<sup>16</sup>.

Esiste poi il controsenso dei "Disease Related Group" (DRG), ovvero del criterio di rimborso del servizio pubblico da parte delle Regioni: ciascun ospedale, ciascuna azienda sanitaria, è incentivata a spendere più risorse per poter incassare più finanziamenti a posteriori, in una logica che disincentiva la prevenzione sanitaria e la lotta agli sprechi, spostando l'asse dell'assistenza sulle cure di patologie spesso evitabili e senza che in alcun caso sia esercitato un controllo sui criteri di selezione degli assistiti e delle cure erogate, né sull'appropriatezza delle diagnosi, sulla qualità delle prestazioni, sui risultati raggiunti. Alla luce di tutto ciò appare chiaro come, strutturalmente, il servizio pubblico sia orientato a spendere male le risorse di cui dispone. Viene da chiedersi se sia vero che al tempo stesso spenda troppo. Secondo il più recente rapporto OCSE non è così. I valori di spesa pro-capite, a parità di potere d'acquisto, attestano l'Italia all'ultimo posto in Europa, con una spesa pari a 2473 euro, a fronte di una media dei Paesi inclusi nell'OCSE di 2572 euro. Anche volendo rapportare la spesa sanitaria in percentuale sul Prodotto Interno Lordo il risultato cambia di poco. La percentuale complessiva di spesa nel nostro Paese è pari all'8,7%, poco al di sopra della media dei Paesi dell'OCSE, di cui solo il 6,4% è relativo all'incidenza della spesa sanitaria pubblica; Paesi come la Germania e la Francia, destinano ai loro servizi sanitari rispettivamente il 11,7% ed il 11,2%<sup>17</sup>.

## 2.2. Le nomine dirette: le mani sulla sanità

Seconda contraddizione strutturale del Servizio Sanitario Nazionale italiano è la sua dialettica con la politica istituzionale. Attraverso il sistema delle nomine dirette dei vertici e delle dirigenze sanitarie, che in un sistema di scatole cinesi fa capo al governo delle varie Regioni, si determinano logiche

<sup>16</sup> M. COTRUFO, *La sanità malata*, 2016.

<sup>17</sup> OCSE, *Health at a Glance: Europe 2020*, 2020.

partitocratiche che vincolano in stretti legami di dipendenza politica chi amministra la sanità pubblica con chi detiene il potere. Grandi assenti nell'attribuzione di queste nomine sono i bisogni di salute della popolazione. E ancora una volta non c'è possibilità di verifica e controllo sui risultati concreti di tutta la catena di comando dei sistemi sanitari regionali<sup>18</sup>.

Anche a livello centrale i controlli sulla qualità dei servizi e sulla garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza sono scarsi e inefficaci. Ed è su questi nodi che gli interessi di corporazioni professionali, società scientifiche, associazioni di categoria, sindacati, industria farmaceutica e biomedica da un lato, criminalità organizzata dall'altro, si insinuano fra le maglie della cosa pubblica, in un puzzle di micropoteri che, fra complicità affaristiche, logiche corporative, interessi di natura elettorale e clientelare, coinvolgono anche la politica istituzionale, spazzando via ancora una volta il diritto alle cure e all'assistenza.

### 2.3. Malasanità, medicina difensiva e garanzie residue

Il terzo cortocircuito va a impattare con violenza sull'opinione pubblica del nostro Paese e riguarda la percezione della qualità dei servizi e la cosiddetta malasanità. All'inizio degli anni Duemila il Servizio Sanitario Nazionale italiano è il secondo migliore al mondo dopo quello della Francia nel bilancio fra efficienza e qualità dei servizi garantiti<sup>19</sup>. Quindici anni più tardi è Bloomberg<sup>20</sup> ad attestare l'Italia al terzo posto fra i Paesi più evoluti al mondo per il rapporto fra costi sostenuti e durata della vita media. Ancora, nel 2017<sup>21</sup>, il nostro Paese è al primo posto nel mondo, mentre oggi si attesta al quarto<sup>22</sup>.

Anche per quanto concerne gli indicatori di salute della popolazione, l'Italia presenta dati invidiabili, nonostante la spesa sanitaria inferiore alla media: l'aspettativa di vita alla nascita è la quarta più alta fra tutti gli altri Paesi, le morti premature per cause prevenibili e la prevalenza di malattie croniche sono al di sotto della media e meno del 6% della popolazione valuta la propria salute come "non buona". È di rilievo l'incidenza positiva determinata dalla copertura a vocazione ancora universalistica da parte del Servizio Sanitario Nazionale, oltre che una tenuta sufficiente dei servizi di assistenza primaria e secondaria per le patologie croniche a più alto impatto sulla popolazione. Da sottolineare la forte dipendenza dalle donne, per il 63,5% dei casi, per l'assistenza informale a soggetti non autosufficienti e la più alta percentuale di medici di età pari o superiore ai 55 anni rispetto a tutti gli altri Paesi OCSE<sup>23</sup>.

Questa fotografia rende conto di un sistema che è ancora in grado di garantire alti standard di assistenza, soprattutto alla luce della "rendita" garantita dagli investimenti passati, ma che al tempo stesso sta attraversando un processo di disinvestimento complessivo che lo rende sempre più fragile alla prova di un aumento improvviso della pressione sulle strutture sanitarie, condizione che all'arrivo della pandemia da Covid-19 si è manifestata in tutta la sua pericolosità, portando alla vera e propria deflazione di un sistema ormai fortemente destrutturato sui territori, soprattutto nei servizi a bassa soglia di accesso.

<sup>18</sup> M. COTRUFO, *op. cit.*, 2016.

<sup>19</sup> WHO, *World Health Report 2000*, 2001.

<sup>20</sup> BLOOMBERG, *Most Efficient Health Care Around the World*, 2014.

<sup>21</sup> BLOOMBERG, *Global Health Index*, 2017.

<sup>22</sup> BLOOMBERG, *Global Health Index*, 2020.

<sup>23</sup> OCSE, *Health of a Glance Report*, 2019.



Nel frattempo, coi tagli alle risorse, con la contrazione e l'invecchiamento del personale e la precarizzazione complessiva del lavoro nel settore, con la scarsa manutenzione di mezzi e strutture, l'obsolescenza e la carenza di tecnologie, il rischio di incorrere in casi di malasana – o per meglio dire di "responsabilità sanitaria" – è sicuramente più elevato che in passato.

In questo trend anche gli operatori della sanità, investiti dall'obbligo di copertura assicurativa, hanno conosciuto uno scivolamento verso un'eccessiva responsabilizzazione sul piano legale, dovuta alla necessità di una gestione individuale del rischio clinico, soprattutto in ragione della scarsissima solvibilità delle aziende sanitarie e ospedaliere che spesso gestiscono in auto-assicurazione eventuali contenziosi legali con la propria utenza. Questa tensione ha fatto sì che nella relazione fra operatori e utenti si incrinasse un basilare rapporto fiduciario, a vantaggio di una torsione complessiva del sistema all'insegna della burocratizzazione e dell'eccesso di prescrizioni inutili, della tendenziale espulsività dal sistema. Questo fenomeno, che prende il nome di "Medicina Difensiva", svuota di senso capillarmente, in ogni corsia d'ospedale e ambulatorio pubblico, qualsiasi sforzo nel perseguimento della piena attuazione del diritto alla salute.

### 3. Resistere alla liquidazione dei diritti: l'esempio di Cuba

Se questa è la panoramica sull'Italia, risaltano le esperienze in cui, al contrario, resiste la difesa di una concezione di sistema sanitario totalmente pubblico ed universale, con la tutela della salute dell'individuo e della collettività come compito esclusivo dello Stato. Esempio è il caso di Cuba, la cui sanità è ormai largamente riconosciuta per essere di elevata qualità e per aver ottenuto brillanti risultati, nonostante si tratti di un Paese con una economia in crisi da più di sessant'anni, a causa del blocco economico imposto dagli USA, che ne ostacola il commercio e ne limita pesantemente lo sviluppo dei progetti sociali e scientifici. Rispetto all'Italia, le condizioni di vita e di salute risultano esser ancora un passo indietro e non vogliamo pertanto sviluppare un confronto teso a elogiare le caratteristiche del sistema cubano sminuendo il nostro. Pensiamo però che l'esempio cubano sia essenziale per tutti i Paesi del Sud del mondo, che hanno dovuto rinunciare all'ambizione di veder tutelato il proprio diritto alla salute, oltre al fatto che qualche elemento di spunto potremmo di certo trarlo anche noi.

#### 3.1. Indicatori di salute

Secondo l'Organizzazione Mondiale del Commercio, a Cuba l'aspettativa di vita è di 77,8 anni, sovrapponibile a quella degli USA (78,5 anni) e superiore alla media della regione americana; la mortalità neonatale è di 2/1000 nati vivi, molto inferiore rispetto a quella degli USA (4/1000 nati vivi); anche la mortalità infantile sotto i 5 anni è inferiore a Cuba che negli States (5/1000 rispetto a 6/1000)<sup>24 25</sup>. Ancora superiore è invece il dato della mortalità materna.

Gli indicatori di salute relativi all'Italia sono superiori a quelli cubani e statunitensi. Se consideriamo però la disparità di risorse impegnate sul fronte della salute sull'Isola, che ha un'economia da Paese povero, ci rendiamo conto del valore relativo che i dati riportati assumono. L'Italia investe, come

<sup>24</sup> F.V. RODRIGUEZ et al., *Child health in Cuba*, in *Archives of Disease in Childhood*, 93, 11, 2008 Nov, 991-993.

<sup>25</sup> WHO, *Tables of health statistics by country, WHO region and globally*, 2021. Dati relativi al periodo 2011-2019, <https://www.who.int/>

abbiamo visto, 2473 dollari pro capite nella sanità, pari al 8,7 % del PIL. Gli USA 10.600 dollari pro-capite, pari al 16% del PIL. Cuba invece investe 986 dollari pro capite, pari all'11% del PIL, e di questi quasi il 100% sono fondi pubblici<sup>26</sup>.

È necessario sottolineare che il costo del personale medico, compresi gli stipendi percepiti, sono ben diversi tra i tre Paesi. Ma il fatto che con una spesa pro-capite dieci volte maggiore, gli USA abbiano risultati simili, se non peggiori, non può non lasciare perplessi. In parte si può spiegare il fenomeno con l'ampissima sperequazione di denaro che si verifica quando entrano in gioco voci di spesa diverse, come le assicurazioni sanitarie e l'"out of pocket", ossia la partecipazione privata<sup>27</sup>, ma ancora tutto questo non rende ragione del fenomeno.

### 3.2. Il paradosso cubano

Potremmo parlare di "paradosso cubano", ma a ben guardare non c'è niente di inspiegabile. Basta osservare con attenzione e senza pregiudizi la società e l'organizzazione sanitaria dell'Isola per vederci molto più chiaro. Nel 1959 la mortalità di bambini sotto i cinque anni è di 100/1000, i medici che rimangono a Cuba dopo la rivoluzione sono meno di 3.000 e le zone rurali sono totalmente sprovviste di servizi<sup>28</sup>. Negli anni a seguire si inizia a formare una generazione di nuovi medici che, organizzati in brigate, partono in tutta l'isola per studiare e migliorare le qualità di vita delle persone. Nascono subito i "Policlinici", strutture territoriali capillarmente diffuse, e si imposta così un nuovo modello di sanità, con alcuni peculiari caratteri fondativi<sup>29 30</sup>:

- Carattere statale e sociale della medicina;
- Accesibilità e gratuità dei servizi;
- Orientamento preventivo;
- Partecipazione comunitaria e intersettoriale;
- Centralizzazione normativa e decentralizzazione esecutiva;
- Applicazione adeguata degli avanzamenti in campo scientifico e tecnologico;
- Collaborazione internazionale.

Da qui lo sviluppo di un sistema razionale, integrato, che prende in carico la persona inserita nella comunità e la segue nelle varie fasi della vita, con un elevato numero di specialisti, per cui il rapporto personale sanitario/persona risulta superiore alla maggioranza degli altri Stati (84/10.000, a fronte di 80/100.000 in Italia e 26/10.000 in USA)<sup>31</sup>.

<sup>26</sup> [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-\(che\)-per-capita-in-us\\$](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-(che)-per-capita-in-us$)

<sup>27</sup> I. PAPANICOLAS, *Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries*, in *Journal of American Medical Association (JAMA)*, 319, 2018, 1024-1039.

<sup>28</sup> C.W. KECK, G.A. REED, *The Curious Case of Cuba*, in *American Journal of Public Health*, 102, 2012, e13-e22.

<sup>29</sup> P. MUJICA PÉREZ, *El sistema de salud cubano*, in *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 2004, V8, n3

<sup>30</sup> M. MÁRQUEZ, *Health-workforce development in the Cuban health system*, in *The Lancet*, 374, 9701, 2009 Nov 7, 1574-1575.

<sup>31</sup> Cfr nota 25

### 3.3. Medicina di prossimità e medico di famiglia

Un ruolo di primo piano, nella sanità cubana, è affidato al “medico di famiglia”, figura che in genere abita molto vicino ai suoi assistiti e opera all’interno di un “Consultorio”, piccolo centro di cure primarie, prospiciente alla sua abitazione, dove è affiancato da un infermiere e, periodicamente, da alcuni specialisti<sup>32 33</sup>. Questa circostanza fa sì che ciascun cittadino cubano sia realmente seguito dal proprio medico, al quale è affidato un discreto numero di famiglie di cui conosce tutta la storia clinica, nonché il contesto di vita e di lavoro. Disponibile tutti i giorni, il medico fa vaccinazioni, avvia ai protocolli di prevenzione, invia ai vicini Policlinici gli assistiti che necessitano di cure più specifiche. Questo rafforza il vincolo di fiducia con l’assistito, che percepisce il medico come un reale punto di riferimento, perché è vicino, condivide il contesto ambientale e funge da ponte reale con i restanti servizi del sistema sanitario<sup>34</sup>. Il medico di famiglia visita tutti gli assistiti almeno una volta l’anno a domicilio. Alcuni hanno diritto ad un numero maggiore di consulti, a seconda del rischio attribuito loro per predisposizioni genetiche, patologie presenti o pregresse. I portatori di patologie croniche, ad esempio, devono essere visitati almeno ogni tre mesi.

Anche il Sistema Sanitario Nazionale italiano è imperniato su questa figura professionale, ma alcune peculiarità inficiano la possibilità di incidere altrettanto positivamente sulla salute della popolazione. I “Medici di Medicina Generale” italiani non sono dipendenti diretti del servizio pubblico, ma lavoratori convenzionati e tale peculiarità contrattuale non consente di standardizzare né di pianificare il loro lavoro in rapporto alla collettività. Il loro stipendio, inoltre, ha una quota proporzionale al numero di persone che si assistono, con una sorta di meccanismo premiale che guarda alla “quantità” piuttosto che alla “qualità” del lavoro svolto. Ancora, è del tutto discrezionale la frequenza con cui entrano in contatto coi propri assistiti, né sono queste figure a reclutare le persone in una data fascia di rischio per avviarle a protocolli di prevenzione statali. Di certo non hanno uno stretto rapporto con la comunità, perché non gli viene richiesto.

### 3.4. Medicina Preventiva

Il non poter disporre con facilità di farmaci specialistici e strumenti diagnostici ad alta tecnologia, ha spinto la sanità cubana a correre ai ripari, da un lato sviluppando un’industria farmaceutica statalizzata, dall’altro rafforzandosi nella prevenzione delle malattie, tutelando la qualità della vita degli abitanti dell’Isola ed evitando il più possibile il ricorso alle cure. Non è un caso se anche l’aspettativa di vita libera da malattie a Cuba superi quella degli USA con dei valori di 67.8 anni contro 66.1<sup>35</sup>. Attualmente sono attivi circa duecento piani di prevenzione e innumerevoli progetti di educazione sanitaria che si svolgono nelle scuole e nella comunità, col coinvolgimento delle facoltà universitarie e degli studenti di Medicina. Così si spiega anche l’investimento nella produzione di vaccini in proprio, con cui tutta la

<sup>32</sup> P. DE VOS, P. VAN DER STUYFT, *The right to health in Cuba*, in *The Lancet*, 374, November 7, 2009.

<sup>33</sup> F.V. RODRIGUEZ et al., *Child health in Cuba*, cit. 991-993.

<sup>34</sup> P. DE VOS, *Health report on Cuba. “No one left abandoned”: Cuba’s national health system since the 1959 revolution*, in *International Journal of Health Services*, 35, 2005, 189–207.

<sup>35</sup> WHO, *Tables of health statistics by country, WHO region and globally*, 2021, dati relativi al periodo 2011-2019, <https://www.who.int/>

popolazione pediatrica è tutelata dallo sviluppo delle patologie infettive gravi<sup>36</sup>. Un ampio sforzo è stato inoltre profuso nella difesa dalle emergenze pandemiche ed ambientali, per le quali sono redatti piani di prevenzione, particolarmente utili per fronteggiare i frequenti uragani. Gli stessi piani si sono rivelati essenziali allo scoppio della pandemia da Covid-19<sup>37</sup>. In Italia non altrettanto peso viene attribuito alla prevenzione: oltre alla mancata esistenza di piani pandemici e di evacuazione in caso di catastrofi, anche la prevenzione primaria e secondaria risultano carenti. Secondo i criteri della nuova griglia dei Livelli Essenziali di Assistenza, ben sette regioni su venti presentano una copertura inadeguata della popolazione (<60%)<sup>38</sup> in termini di misure e protocolli di prevenzione. Tali parametri comunque non contemplano affatto la prevenzione delle patologie cardiovascolari e metaboliche, nonostante la loro altissima prevalenza. Anzi, su abitudini e stili di vita non esistono programmi di intervento e di educazione sanitaria della popolazione, con uno scivolamento verso l'eccessiva responsabilizzazione individuale che esaspera le disuguaglianze fra chi ha da sé strumenti culturali e possibilità di accesso ai servizi di assistenza e chi non può contare sulle stesse opportunità<sup>39</sup>.

### 3.5. Salute integrata ed epidemiologia

A Cuba il concetto di salute non coincide, dunque, con la semplice assenza di malattia, ma con un totale benessere psicofisico che prevede anche il miglioramento della qualità dell'aria e dell'acqua, case sicure e vivibili, un lavoro in cui non si sia sottoposti a ricatti e sfruttamento<sup>40</sup>. Questa idea di salute integrale e comunitaria, che oggi suona originale, è stata realtà, negli anni Settanta, anche in Italia, quando la Medicina si è avvicinata molto alla vita delle persone comuni, con l'avvio di sperimentazioni diffuse in campo epidemiologico e di Medicina del Lavoro. A oggi, al contrario, in Italia i dati epidemiologici raccolti sono parziali e lacunosi, troppo spesso legati all'attivazione di isolati "programmi verticali" per singole patologie; non vi sono processi chiari di trasmissione dei dati dalla Medicina di Base agli organi preposti alla raccolta e all'analisi degli stessi, nonostante le possibilità concrete di far leva su alte tecnologie e sulla digitalizzazione. A Cuba, invece, questa trafila esiste e rispetta dei tempi molto rapidi: ogni due settimane i dati raccolti in ogni Consultorio sono portati al Policlinico di zona e inviati al Ministero della Salute Pubblica. Da qui la versatilità estrema del sistema, che può offrire in tempo reale soluzioni e interventi specifici in aree in cui si verificano eccessi di casi per specifiche malattie.

### 3.6. Medicina ufficiale e tradizioni mediche locali

Cuba promuove l'integrazione della medicina naturale e tradizionale locale nel sistema di salute, inserendola tra le strategie terapeutiche in maniera sicura e controllata e solo laddove il suo utilizzo sia non meno efficace degli ordinari farmaci. L'utilizzo di rimedi tradizionali offre numerosi vantaggi in termini

<sup>36</sup> A. LAGE, *Connecting immunology research to public health: Cuban biotechnology*, in *Nature*, 9, 2008, 109–12.

<sup>37</sup> T. BURKI, *Behind Cuba's successful pandemic response*, *Lancet Infect Dis*, 2021 Apr;21(4).

<sup>38</sup> FONDAZIONE GIMBE, *Quarto rapporto sulla sostenibilità del SSN*, 2019.

<sup>39</sup> L. FASSARI, *I dati sui Lea con il nuovo sistema di valutazione per prevenzione, assistenza distrettuale e ospedaliera. Solo 9 Regioni su 21 superano la sufficienza in tutte e tre le aree*, [http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=71386](http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=71386).

<sup>40</sup> AAVV, *Vivienda saludable, Medioambiente, Salud*, La Habana, 2016.

di risparmio economico e di limitazione di consumo di molecole chimiche, spesso di difficile reperimento. Inoltre con tali preparati sono molto più rari gli effetti avversi delle terapie<sup>41</sup>.

### 3.7. I Goals del sistema sanitario cubano

La letteratura scientifica internazionale riconosce i successi del modello sanitario cubano, offrendoci una larga panoramica delle sfide affrontate dall'Isola e dei successi ottenuti. Ad esempio, nel 1964 la Tuberculosis, sull'Isola, contava un'incidenza di 52,6/100,000 abitanti. Attraverso lo sviluppo di un programma di controllo nazionale che affina le potenzialità diagnostiche e di trattamento domiciliare monitorato, l'incidenza si è ridotta a 11,6/100.000 abitanti già nel 1979. Nel 2012, dopo l'introduzione di una campagna vaccinale e un ulteriore miglioramento delle strategie terapeutiche, i casi si sono ulteriormente ridotti a 6,1/100,000 abitanti, consentendo di mirare ad una eliminazione completa della malattia entro i successivi anni<sup>42</sup>.

Nel 2015 Cuba è divenuto il primo Paese al mondo ad eliminare la trasmissione materno-infantile di HIV e sifilide<sup>43</sup>. Il successo è stato possibile grazie alla solidità del sistema di cure già forte e sviluppato nel controllo periodico della gravidanza (il 97% delle donne cubane si sottopone almeno a quattro visite in corso di gestazione<sup>44</sup>) su cui è stato poi integrato il potenziamento della diagnosi di malattie sessualmente trasmissibili, con loro eventuale trattamento.

Un'altra battaglia essenziale combattuta e vinta da Cuba è stata quella contro la fame e la malnutrizione: oggi è tra i Paesi con minor tasso di fame e malnutrizione a livello globale (<5% calcolato con indice GHI, a fronte di una media latinoamericana di 8,46% e mondiale di 18,2%)<sup>45</sup>, oltre che l'unico Paese del Sud del mondo ad aver raggiunto tutti i "Millennial Goals", obiettivi individuati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per il miglioramento delle condizioni di vita e di salute<sup>46</sup>.

### 3.8. L'industria biotecnologica

Negli ultimi decenni l'Isola ha curato un forte investimento nel settore biotecnologico, con la creazione di una industria statalizzata di primo livello, in stretta correlazione con il sistema sanitario e con le necessità di salute delle persone. L'obiettivo è quello di limitare il più possibile le importazioni, per essere autosufficienti nel coprire la domanda nazionale, dando al tempo stesso concreta attuazione ai programmi nazionali di salute<sup>47</sup>. Al momento l'industria farmaceutica cubana copre l'85% dei bisogni

<sup>41</sup> MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE CUBA, *Programa para el Desarrollo y la Generalización de la Medicina Tradicional y Natural*, 2011.

<sup>42</sup> E. BELDARRAÍN-CHAPLE, *Impact of the 1970 Reforms to Cuba's National Tuberculosis Control Program*, in *MEDICC Review*, 17, July 2015.

<sup>43</sup> *Cuba: defeating AIDS and advancing global health* – editorial, in *The Lancet*, 386, 2015, 104.

<sup>44</sup> WHO, *Tables of health statistics by country, WHO region and globally*, 2021, dati relativi al periodo 2011-2019, <https://www.who.int/>

<sup>45</sup> AAVV, *Indice globale della Fame*, Rapporto CESVI 2021.

<sup>46</sup> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-%28mdgs%29>

<sup>47</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD & ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Biotechnología para la salud*, [https://www.paho.org/cub/index.php?option=com\\_content&view=article&id=213:informacion-general&Itemid=277#1.1](https://www.paho.org/cub/index.php?option=com_content&view=article&id=213:informacion-general&Itemid=277#1.1)

di farmaci dell'isola<sup>48</sup> e comprende molecole di difficile reperimento negli altri Paesi del Sud del mondo. Al tempo stesso si prefigge di essere competitiva sul piano globale in termini di qualità, volume di produzione, costi e novità e di collaborare con i Paesi in a basso reddito per lo sviluppo di prodotti biotecnologici<sup>49</sup>.

Non è un caso che Cuba abbia prodotto i suoi vaccini per affrontare la pandemia da Covid-19. La nazione è autrice degli unici tre vaccini del Latinoamerica, Abdala, Soberana 2 e Soberana Plus, un quarto di tutti quelli attualmente autorizzati alla commercializzazione a livello globale.

### 3.9. Cooperazione internazionale e formazione internazionalista

Nel settembre 2014 Margaret Chan, presidente della Organizzazione Mondiale della Sanità, dichiara: "Cuba è famosa in tutto il mondo per la sua capacità di formare eccellenti medici e infermieri. È inoltre famosa per la sua generosità e solidarietà con i Paesi in via di sviluppo". Dal 1960, anno della prima missione medica, il personale cubano ha portato servizio a 158 Paesi nel mondo<sup>50</sup>. Ad oggi il personale impegnato in missioni internazionali è composto da circa 50.000 operatori, di cui la metà medici<sup>51</sup>. Durante la pandemia da Covid-19 diversi Paesi, tra cui l'Italia, hanno richiesto aiuti medici all'Isola. Per la prima volta i medici cubani sono intervenuti anche in Europa occidentale. Una brigata di 52 medici e infermieri cubani – trenta dei quali avevano già affrontato l'epidemia di Ebola in Africa – è giunta a Marzo 2020 in Lombardia, duramente colpita dai contagi da Coronavirus. L'aiuto portato in Italia è stato gratuito e, come ha dichiarato il Ministro per le Relazioni Estere, Cuba si è accontentata della gratitudine dei cittadini e delle autorità locali e nazionali<sup>52</sup>.

Nel 1998, durante l'uragano Mitch che colpì l'America centale e i Caraibi con un terribile bilancio di 10.000 morti e dispersi e più di un milione di danneggiati, Cuba decise di creare la Scuola Latinoamericana di Medicina dell'Havana (ELAM), inaugurata l'anno successivo con l'obiettivo di formare lì i futuri medici del Terzo Mondo. A oggi l'obiettivo è stato raggiunto da 37.333 professionisti della salute di 141 paesi diversi, per un 96% di medici<sup>53</sup>.

### 4. Conclusioni: verso una sanità pubblica, universale, umanitaria

In conclusione, Cuba ci insegna che non c'è salute possibile senza un servizio sanitario pubblico, che abbia la forza di sganciarsi dalla sudditanza a derive economiche di stampo neoliberista. I principi dell'economia di mercato funzionano bene per generare ricchezza privata, non di certo per migliorare la salute ed il benessere sociale dei popoli. Quella dell'equità è una fondamentale questione già solo quando si tratta di preservare la vita e trovare sollievo dal dolore e dalla sofferenza della malattia. Ma diventa sostanziale quando in gioco ci sono istruzione, lavoro, casa, equa distribuzione della ricchezza,

<sup>48</sup> P. DE VOS, *Health report on Cuba. "No one left abandoned": Cuba's national health system since the 1959 revolution*, in *International Journal of Health Services*, 35, 2005, 189–207.

<sup>49</sup> A. LAGE, *Connecting immunology research to public health: Cuban biotechnology*, in *Nature*, 9, 2008, 109–12.

<sup>50</sup> J.M. KIRK, *Salud Pública Sin Fronteras*, 2016.

<sup>51</sup> C. WENHAM, S.K. KITTELSEN, *Cuba y seguridad sanitaria mundial: Cuba's role in global health security*, in *British Medical Journal Global Health*, 5, 2020, e002227.

<sup>52</sup> AAVV, *Ayuda de Cuba a Italia fue solidaria y gratuita, dice canciller*, in *Prensa Latina*, 2020, 18 luglio.

<sup>53</sup> AAVV, *El sueño de Fidel: Reciben su título 500 médicos extranjeros*, in *Cubadebate*, 24 julio 2019.

accesso al cibo, all'acqua, tutela dell'ambiente, rispetto della natura, tutte variabili necessarie per la tutela del benessere dei popoli del mondo.

*Focus on*

