

9 Turismo della salute: definizione, driver e opportunità di business per l'Italia

di Federico Lega e Alexander Maximilian Hiedemann

9.1 Inquadramento concettuale e obiettivi

La scadenza a dicembre 2013 dell'obbligo di adottare la direttiva cosiddetta di «mobilità dei pazienti a livello europeo» (2011/24/UE) ha riaccessi i riflettori sul fenomeno della crescente internazionalizzazione della sanità. Negli ultimi anni, diversi cambiamenti a livello economico, sociale e politico hanno portato i governi e le singole strutture sanitarie e ospedaliere a confrontarsi con un contesto sempre più interessato da dinamiche di livello transnazionale e, in alcuni casi, globale (Lunt et al., 2011). Tale cambiamento è legato, da un lato, all'avvento della globalizzazione che ha incrementato i movimenti di beni, servizi, persone e capitali tra i Paesi, e, dall'altro, dall'evoluzione continua del settore dell'ICT, che ha agevolato questi scambi grazie a nuove tecnologie in ambito di comunicazione e scambio di informazioni (Jenkins, 2004). In questo contesto, gli ospedali, il settore dell'ospitalità e gli stessi governi hanno iniziato a sperimentare l'offerta non solo di vacanze benessere («turismo del benessere»), ma di pacchetti vantaggiosi in termini di costo, di trattamenti medici altamente specializzati in Paesi emergenti. Grazie al coinvolgimento di professionisti, medici e pazienti internazionali si sviluppa così una nuova nicchia di mercato, che, all'interno del mercato del turismo della salute, si affianca alle forme tipiche di turismo del benessere e prende il nome di «medical tourism», a cui di seguito faremo riferimento con il termine turismo sanitario (Horowitz et al., 2007).

Oggi, le sinergie tra globalizzazione, informatizzazione e crescita di interesse per i servizi *low-cost* (o, più correttamente, dovremmo dire *low price*) in ambito di salute, ha portato a una forte espansione di questo mercato. I Paesi emergenti, per esempio India e Thailandia, e dell'Est Europa (per esempio, Ungheria e Polonia) hanno saputo meglio rispondere alle nuove esigenze e alla crescente domanda attraverso politiche governative e investimenti da privati in ospedali e staff-medico di eccellenza, e sono oggi leader di questo mercato in crescita a doppia cifra e il cui valore stimato è triplicato, negli ultimi anni, dai 30

miliardi di dollari del 2002 agli oltre 100 miliardi del 2010 (Keckley, 2009). Ne è derivato un cambiamento radicale, per ragioni sanitarie, dei flussi dei turisti, che, anziché far riferimento a strutture interne al proprio Paese o, come in passato, alle eccellenze di Europa e Stati Uniti, tendono a spostarsi verso Paesi spesso remoti, determinando la crescita di un mercato internazionale della sanità (Lunt *et al.*, 2011). Contrariamente a quanto accaduto per il turismo sanitario, i flussi di turismo del benessere non hanno subito radicali trasformazioni e, ancora oggi, i mercati di riferimento sono Europa e Stati Uniti, con un valore stimato per l'Europa superiore ai 100 miliardi di euro e un impatto economico sul territorio di oltre 300 miliardi di euro (Mc Groarty, 2014). Volgendo l'attenzione al caso italiano, dove vi sono competenze diffuse ed eccellenze mondiali nel campo delle prestazioni specialistiche, tecnologie e capacità produttiva sottoutilizzata negli ospedali, assume particolare interesse investigare quali siano le opportunità di internazionalizzazione che si aprono per il SSN e le singole aziende sanitarie, anche e soprattutto alla luce delle implicazioni possibili derivanti dall'applicazione della direttiva 2011/24/UE, che regola la mobilità internazionale a livello europeo. Considerando poi che il turismo sanitario potrebbe diventare un interessante polmone finanziario del SSN e delle singole aziende, oltre ad essere stimolo e occasione per sviluppi professionali e tecnologici. Nel presente contributo, dopo un'attenta analisi dei potenziali e dei trend della mobilità sanitaria a livello internazionale ed europeo, il lavoro si propone di esaminare le dimensioni di intervento a cui l'Italia potrebbe guardare per cogliere le opportunità legate al crescente turismo sanitario, sia privato (*out-of-pocket*) che regolato tramite accordi istituzionali.

9.2 Definizione e rilevanza del turismo della salute

Al fine di una corretta analisi del potenziale legato al crescente mercato del turismo sanitario, è fondamentale comprenderne le componenti e gli attori coinvolti. Ciò è fondamentale perché, nonostante il crescente interesse rispetto al tema della mobilità sanitaria e alle opportunità collegate, non esiste a oggi una definizione condivisa del fenomeno. Per maggior chiarezza espositiva, si ritiene opportuno operare due distinzioni fondamentali. La prima ha come oggetto il motivo conduttore della scelta di recarsi al di fuori della propria area di origine e porta a distinguere il mercato in due sub-categorie, turismo medico e turismo del benessere. Nonostante queste due sub-categorie abbiano alcuni elementi in comune e spesso complementari, turismo sanitario e turismo del benessere si distinguono nettamente, per oggetto e *stakeholders* coinvolti, all'interno del mercato del turismo della salute (Voigt *et al.*, 2010). Tra le motivazioni che alimentano le scelte di turismo sanitario, assumono rilevanza sia diversi fattori interni alla struttura ospitante che fattori esterni legati alle caratteristiche del Pa-

ese di destinazione. Tra i principali fattori si possono ricordare (Ehrbeck et al., 2008; Wagner et al., 2011; Keckley e Underwood, 2008):

- ▶ la ricerca di trattamenti e terapie, di alta specialità e non, quando i costi sono inferiori, soprattutto se di oltre il 50% rispetto al Paese di origine;
- ▶ la presenza di strutture all'avanguardia e staff medico specializzato per problemi rari e di elevata innovazione, con accesso difficile o limitato nei Paesi di origine;
- ▶ la ricerca di più brevi liste di attesa;
- ▶ la presenza e il riferimento a strutture accreditate da enti riconosciuti, quali JCI e ISO, come «marchio di qualità»;
- ▶ la ricerca di trattamenti e terapie espressamente vietate o non reperibili sul territorio di origine;
- ▶ l'acquisto di pacchetti di offerta integrati, che permettono di beneficiare della permanenza in località turistiche in forma anonima e tutelare la propria privacy;
- ▶ l'offerta di trattamenti e terapie presso strutture convenzionate con la propria compagnia assicurativa o Paese di origine;
- ▶ la reputazione del sistema paese, la facilità di accesso, la tranquillità del soggiorno, la possibilità di beneficiare di attività collegate di turismo del benessere o di turismo in senso lato.

Mentre il turismo sanitario si caratterizza, quindi, per la pratica di lasciare intenzionalmente il proprio Paese di origine, recandosi in una località estera vicina o lontana con lo scopo di ottenere prestazioni di tipo medico-specialistico, spesso non disponibili a causa di difficoltà di accesso o eccessivamente onerose nel proprio Paese di origine, il turismo del benessere racchiude la parte di domanda legata a vacanze dedicate al benessere all'interno di centri spa, attività sportive o di riabilitazione e attività mirate al ripristino dell'equilibrio psico-fisico in una meta estera (Gill e Singh, 2011). Ne deriva che, nel caso di turismo sanitario puro – in cui l'esigenza principale è reperire trattamenti specifici adeguati alle proprie esigenze in termini di miglioramento o ripristino della salute, risparmio economico, riservatezza, accessibilità e qualità (Carrera e Bridges, 2006) – si ha un rapporto prevalentemente bi-laterale paziente-struttura sanitaria ospitante. Nel caso di turismo del benessere, invece, l'elemento turistico assume un ruolo maggiore, se non preponderante, nel processo decisionale dei pazienti potenziali (Horowitz e Rosensweig, 2008): gli attori coinvolti sono pazienti, strutture ospedaliere e settore dell'ospitalità del territorio in cui quest'ultimi beneficiano di effetti diretti, indiretti e indotti legati all'afflusso sul territorio da parte dei turisti medici e di loro eventuali accompagnatori.

La seconda distinzione ha come oggetto la modalità di finanziamento per il pagamento delle terapie di accesso ai pazienti, ovvero privata (*out-of-pocket* e/o

copertura assicurativa privata) o pubblica (a carico del Paese di origine del paziente). Mentre il turismo del benessere si caratterizza per un finanziamento prevalentemente a carattere privato, il turismo medico rende necessaria tale distinzione per comprendere meglio un fenomeno recente, che, a seguito dell'entrata in vigore della direttiva 2011/24/UE, ha preso forma in Europa, ovvero la creazione di un'«area Shengen della salute», in cui sono i Paesi di origine dei pazienti a prendersi carico, nei limiti previsti delle spese mediche sostenute dai propri cittadini all'interno di un altro Paese membro (si veda il Box 9.1.). In affiancamento alla direttiva, è stato, inoltre, sviluppato il programma UE «Salute per la crescita 2014-2020»¹, finalizzato a favorire la condivisione di risorse e competenze e la creazione di una sanità senza frontiere tra gli Stati membri dell'UE.

Box 9.1 La Direttiva 2011/24/UE

L'adozione della direttiva è obbligatoria per tutti i 28 Stati Membri della UE a partire dal 4 dicembre 2013 ed è il risultato di un'evoluzione storica che ha portato alla deroga parziale, da parte degli Stati membri, al principio di territorialità in materia di sanità previsto dall'art. 49 del Trattato di Costituzione della Comunità Europea. La 2011/24/UE affianca i regolamenti 883/2004 e 987/09 e ha come obiettivo la determinazione di uno scenario giuridico per i diritti di libera scelta del luogo di cura e modalità di accesso ai rimborsi. Le situazioni protette sono: temporaneo soggiorno o residenza all'estero, residenza all'estero per motivi di lavoro o diversi dal lavoro, trasferimenti all'estero per cure. Sono esclusi dai diritti di accesso alle cure sanitarie prestate in altri Stati membri: (i) l'assistenza alle persone non autosufficienti (servizi di *long term care*), (ii) l'assegnazione e accesso ai trapianti d'organo, (iii) i programmi pubblici di vaccinazione contro le malattie contagiose. Vi è poi l'obbligo di autorizzazione preventiva nei casi di ricovero di almeno una notte, di utilizzo di apparecchiature mediche altamente specializzate e costose o di rischi correlati alla qualità o alla sicurezza dell'assistenza prestata all'estero. Per le altre cure vige l'obbligo per il Paese di cura di prestare assistenza sanitaria conformemente alla legislazione in vigore e nel rispetto dei propri standard di qualità e sicurezza, e per il Paese di provenienza l'obbligo di rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera e di accesso alle informazioni sui diritti del paziente. Con riferimento ai rimborsi, questi hanno il limite pari al costo corrispondente della prestazione erogata nel Paese di provenienza in base ai tariffari vigenti, e senza superare l'ammontare effettivo dell'assistenza sanitaria ricevuta. Infine, a garanzia del contatto tra Paesi membri, vi è l'obbligo di istituzione di Punti di contatto nazionali (*National contact point*), organizzati per facilitare lo scambio di informazioni. I Punti di contatto dovranno cooperare tra di loro e con la Commissione Europea, nonché con le organizzazioni dei pazienti, i prestatori di assistenza sanitaria, ed i terzi paganti (mutue, assicurazioni, ecc.). I Punti di contatto svolgeranno anche un ruolo chiave nella creazione delle reti di riferimento europee, attraverso la loro mappatura, identificazione e messa in collegamento per favorire tra le strutture che le compongono lo scambio di competenze, professionisti, tecnologie e processi di specializzazione per favorire economie di scala e *know-how*, nonché sinergie nelle attività di ricerca.

¹ Piano UE approvato dalla Commissione Europea nel 2011, della durata di 7 anni e finanziato per 446 milioni di euro, a favore di una riforma dei sistemi sanitari europei che tenga conto dei cambiamenti demografici e sociali e permetta ai paesi europei di: (i) aumentare la sostenibilità e l'innovazione dei servizi di assistenza sanitaria, (ii) migliorare la salute pubblica, (iii) ridurre le minacce sanitarie internazionali (per esempio, epidemie), (iv) contribuire alla condivisione di risorse e competenze tra Paesi. (Commissione Europea, 2011)

A oggi, la parte preponderante della spesa legata al turismo medico si compone di spesa *out-of-pocket* a carico dei pazienti, ma, dato il crescente interesse da parte di imprese e Paesi rispetto a tale mercato, ci si attende una crescita rilevante a livello internazionale della parte di spese coperte da assicurazioni private e, in Europa, della spesa a carico dei Paesi membri.

Sulla base delle distinzioni sopra riportate, è possibile comprendere e interpretare meglio i dati in merito a direzione dei flussi, valore e volumi di pazienti coinvolti nel turismo sanitario, sopperendo all'assenza di definizione univoca a livello accademico del fenomeno. In letteratura, numeri, dati e fatti riportati contengono stime spesso controverse e difficilmente interpretabili del fenomeno e ciò ha determinato incertezza sulle effettive dinamiche di sviluppo del mercato e difficoltà nel comprendere quale sia l'effettivo potenziale di attrazione di pazienti internazionali anche per Paesi con riconosciute eccellenze e tecnologie come l'Italia. Inoltre, nonostante diversi Paesi abbiano investigato il potenziale economico e i costi per il servizio pubblico legati al turismo medico, sussistono ancora oggi problematiche legate alla carenza di dati certi sui flussi di pazienti recatisi all'estero per ricevere cure mediche e alle risorse ricavate dall'attrazione di turismo medico (Lunt *et al.*, 2011). Basti osservare che, se nel 2008 il numero di pazienti, a livello globale, era stimato da McKinsey a 60.000-80.000 unità (Ehrbeck *et al.*, 2008), altri studi, come quello di Deloitte, stimavano, per lo stesso anno, flussi in uscita dal solo mercato statunitense pari a 750.000 unità, con un fatturato globale stimato tra i 60 e gli 80 miliardi di dollari e in crescita del 20% su base annua (Keckley e Underwood, 2008; Keckley e Eselius, 2009). La discrepanza tra le due stime è dovuta a due diversi focus di analisi. Infatti, diversamente dallo studio di Deloitte, che analizza il fenomeno del turismo sanitario nel suo complesso, lo studio di McKinsey considera unicamente coloro che, per volontà esplicita, si recano all'estero per un periodo di cure con ricovero superiore alle 24 ore, alla ricerca di prestazioni sanitarie. In questa prospettiva sono considerati solo i flussi di turismo sanitario puro, escludendo sia i pazienti stranieri che hanno usufruito di cure in regime di day-hospital e day-surgery, sia coloro che si sono recati presso strutture di un altro Paese per fini riconducibili al turismo del benessere. In ogni caso, vi è convergenza di opinioni sul fatto che il trend del turismo della salute sia previsto in forte aumento e alimentato sia da pazienti di Paesi in cui, così come negli Stati Uniti, i costi delle prestazioni sono significativamente superiori a quelli di altri Paesi sviluppati e i servizi sanitari universalistici finanziati attraverso la fiscalità generale sono ridotti o inesistenti, sia da Paesi, come l'Inghilterra, in cui l'assistenza pubblica copre la gran parte delle spese mediche sostenute dai propri cittadini sul territorio, ma non di rado con un portafoglio di servizi limitato per scelta politico-istituzionale, difficoltà di accesso, tempi di attesa rilevanti e ritardi nell'adozione di terapie innovative.

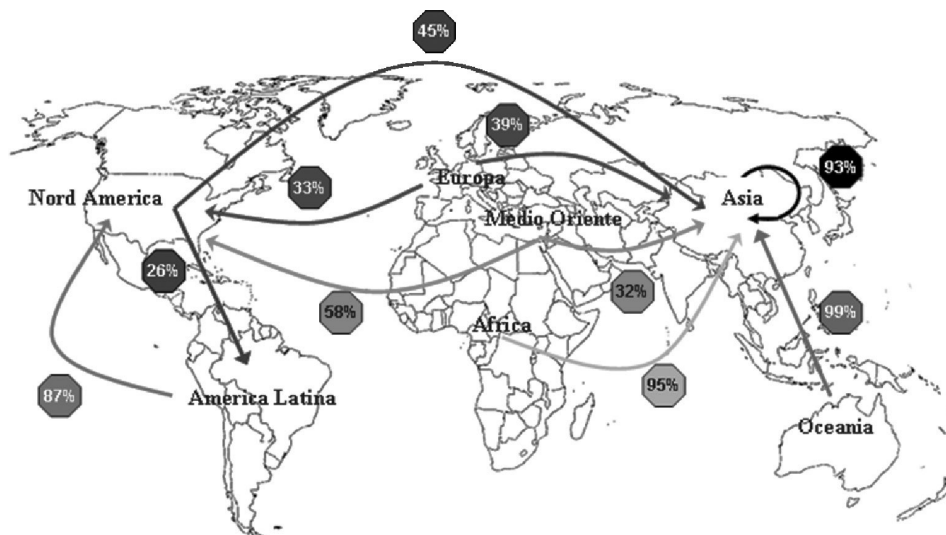
A livello globale, JFC (2013) ha stimato un valore complessivo del turismo sanitario pari a 250 miliardi di euro, di cui 176,6 miliardi derivanti da attività ri-collegabili alla sfera del turismo del benessere (di cui, però, dall'analisi del mercato italiano solo il 27% risulta generato dall'estero²) e 68,9 miliardi prodotti dal turismo sanitario pubblico e privato.

9.3 Storia ed evoluzione del turismo della salute

9.3.1 Flussi internazionali di turismo della salute

Fino alla fine degli anni Novanta, la domanda di servizi per la salute ha visto i centri di eccellenza medici e termali in Europa come epicentro dei flussi (limitati) di pazienti alla ricerca delle migliori cure e di un'elevata qualificazione dei medici, oltre che di tecnologie all'avanguardia. In quegli anni, si è assistito a un cambiamento radicale della direzione dei flussi di turismo della salute, e di turismo medico in particolare, con un incremento rilevante di domanda in aree che non erano mai state oggetto di attenzione da parte di pazienti, ma che hanno iniziato a offrire prestazioni a costi ridotti e, grazie a investimenti rilevanti in strutture all'avanguardia e capitale umano di eccellenza, qualità pari o superiore a quella del Paese di provenienza dei turisti. Osservando lo sviluppo nel tempo dei flussi di turismo sanitario, si evince come, in passato, il flusso di turisti era prevalentemente SUD→NORD, ovvero dai Paesi in via di sviluppo verso i Paesi industrializzati, quali Europa e Stati Uniti, mentre nell'ultimo decennio si sono sviluppati flussi rivolti a direzioni diverse. Il turismo sanitario, oggi, è in fase di sviluppo a seguito della globalizzazione, per la più facile mobilità determinata dal venir meno delle frontiere, dal consolidamento di capillari reti di trasporto low cost e per un più facile accesso a informazioni in ambito medico. Inoltre, sta emergendo una domanda sempre più specializzata ed «educata/competente» alla quale i servizi sanitari del proprio paese non paiono dare risposta adeguata. In questa prospettiva il bene «salute» si configura in misura crescente come un prodotto di consumo globale in cui il paziente, agendo in veste di cliente, è libero di cercare trattamenti medici al di fuori del proprio territorio di origine. Di conseguenza, il mercato del turismo medico è divenuto non solo bidirezionale, ovvero SUD↔NORD (Gill e Singh, 2011), ma si osserva un trend recente, caratterizzato dal rafforzamento di flussi complementari SUD→SUD e NORD→NORD, che determinano un ulteriore e importante cambiamento nella composizione e configurazione del turismo sanitario (si veda la Figura 9.1).

² È opportuno sottolineare che, mentre il turismo medico è per intero rivolto all'estero, distinguendosi così dal fenomeno della mobilità sanitaria interregionale non oggetto di analisi, il turismo del benessere si consuma, in buona parte, all'interno dei confini nazionali

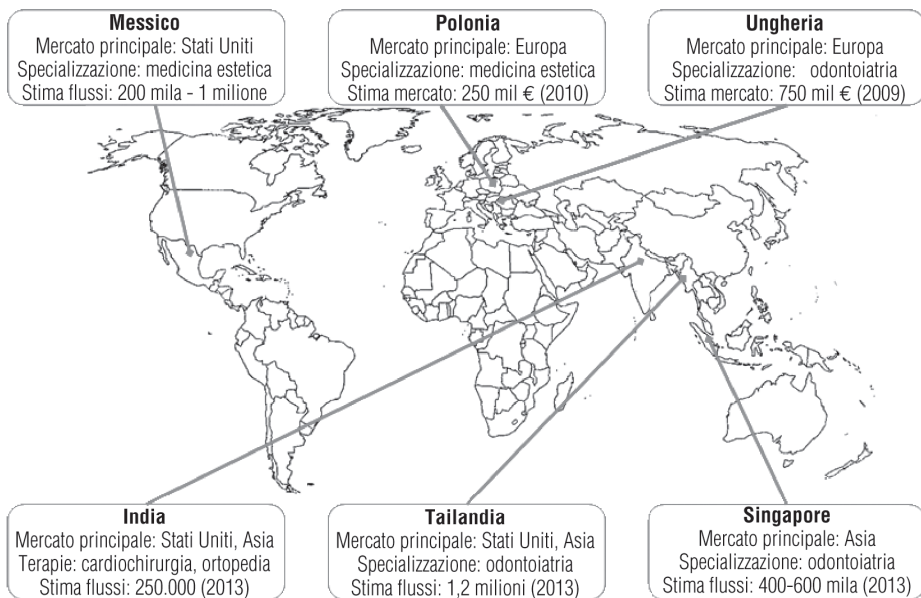
Figura 9.1 **Turismo sanitario, origine e destinazione**

Fonte: elaborazione personale dati da Ehrbeck et al., 2008, p. 5

Lo sviluppo di flussi di pazienti in diverse direzioni si collega anche alla crescente segmentazione del mercato, che ha portato al sorgere di centri di eccellenza per diverse specialità e in diversi Paesi (si veda la Figura 9.2). India, Malesia, Singapore e Tailandia sono tra le destinazioni di turismo sanitario più attrattive in cui tali flussi stanno avendo un impatto economico rilevante e in continuo aumento. Sulla base di studi recenti si rileva come la sola Tailandia sia stata meta di 1,2 milioni di turisti medici nel 2006, Singapore abbia accolto nello stesso anno 410.000 pazienti provenienti da tutto il mondo, mentre India e Malesia, rispettivamente nel 2005 e 2006, siano stati meta di 450.000 e 300.000 pazienti stranieri (Keckley, 2009). Il bacino di provenienza preponderante è quello statunitense, dove si rileva come, nel 2005, circa 500.000 americani si siano recati all'estero per ricevere cure mediche. Nel 2013 tale numero è salito a 900.000 e, entro il 2017, ci si attende che i flussi in uscita dal solo mercato statunitense raggiungano i 15 milioni di pazienti annui (Keckley, 2009).

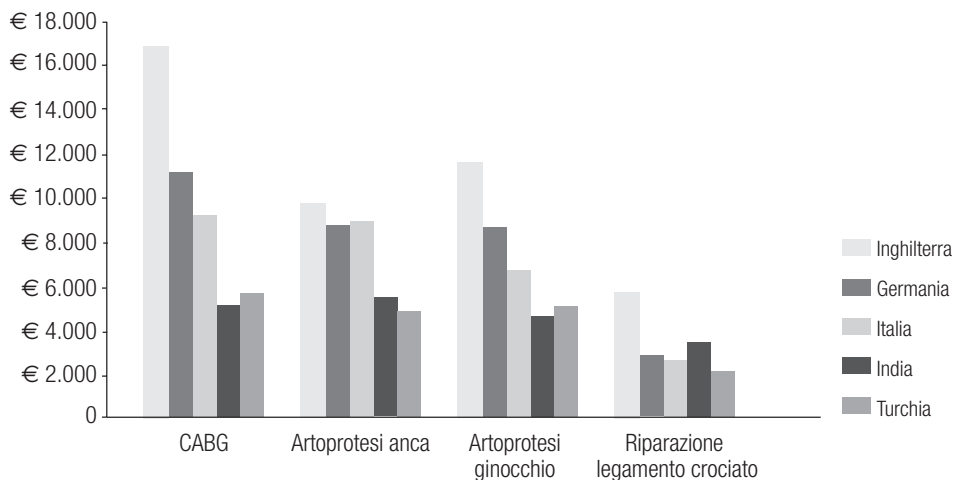
Uno studio della OECD, che ha preso in esame la domanda internazionale di cure mediche e la direzione dei flussi di turismo medico, riporta come i trattamenti maggiormente richiesti sono: chirurgia estetica, cardiocirurgia, chirurgia ortopedica, ortodonzia e riproduzione assistita con mete predominanti Messico, Singapore, Tailandia e India, a eccezione di ortopedia e ortodonzia in cui compaiono rispettivamente Germania e Paesi dell'Est Europa (Lunt *et al.*, 2011). Va sottolineato che le strutture attrattive nei Paesi emergenti non solo hanno un vantaggio importante in termini di costi (si veda la Figura 9.3), ma sono ospeda-

Figura 9.2 **Destinazioni principali di turismo sanitario**



Fonte: elaborazione personale dati

Figura 9.3 **Comparazione costi trattamenti medici tra Paesi***



* Relativamente agli Stati Uniti, i costi non sono stati riportati in tabella, in quanto nettamente fuori scala. Essi, infatti, risultano, in dollari: CABG, 100.000\$ (circa 74.000 €); Artropotesi anca, 50.000\$ (circa 37.000 €); Artropotesi ginocchio, 45.000\$ (circa 33.280 €); Riparazione legamento crociato, 15.000\$ (circa 11.090 €) (Thakkar, 2010; medicaltourism.com; treatmentabroad.com)

Fonte: elaborazione dati da tariffari SSN di Italia, Inghilterra, Germania e Belgio, e dati da analisi tariffari ospedali privati India e Turchia

li (spesso privati) di primissimo livello progettati e configurati con un *business model* specifico per attrarre pazienti dall'estero, accreditati a livello internazionale (JCI o ISO 2001), che vantano medici provenienti dalle migliori università e ospedali inglesi e statunitensi e hanno accordi con agenzie di turismo sanitario (MedRetreat, PlanetHospital, IndUShealth, HealthTourism, Treatmentabroad, Hospital Scout, PlacidWay) e non-profit (Healthcare Tourism International). Inoltre, nelle principali mete di turismo sanitario si registra un coinvolgimento dei governi nello sviluppo delle infrastrutture e delle politiche atte a sostenere lo sviluppo di tale tipologia di turismo, che spesso assume rilevanza e priorità nell'agenda locale (come in India, Thailandia, Singapore, Emirati Arabi, dove spesso sono previste agevolazioni ai visti e permessi di soggiorni per motivi di salute, nonché pacchetti integrati cure-turismo, ecc.)

9.3.2 Turismo della salute a livello Europeo ed impatto della direttiva 2011/24/UE

La leadership dei Paesi *first-mover* che hanno sviluppato già da anni politiche e strategie nazionali e a livello di singola impresa atte ad attrarre turisti medici pare certamente destinata a proseguire, ma non mancano esempi di Paesi avanzati che si sono avvicinati recentemente all'industria del turismo sanitario o che, essendo già da tempo meta di flussi legati al turismo del benessere, stanno investigando il potenziale connesso alla sinergia tra i due tipi di turismo. A dimostrazione dell'internazionalizzazione del fenomeno del turismo della salute e della continua evoluzione che tale industria sta affrontando, si registra come i flussi bidirezionali tra Paesi stiano portando alla creazione di un sistema in cui i Paesi avanzati, grazie a strategie ad hoc su target specifici di bacini di utenza e terapie, non sono più solo importatori passivi, ma anche importatori attivi e/o esportatori di servizi medici o legati al benessere. Focalizzando l'attenzione su ciò che sta accadendo in Europa, si osserva come si stia delineando un mercato inter-regionale di turismo medico e del benessere, distinto dai flussi inter-continentali tra Stati Uniti, Europa e Asia e suddiviso in tre segmenti principali: (A) sanità transfrontaliera finanziata dai Paesi membri dell'UE, (B) turismo sanitario *out-of-pocket* o finanziato da compagnie assicurative, (C) turismo del benessere.

A. In merito alla *sanità transfrontaliera* si registra come, a fronte di un PIL Europeo pari nel 2009 a 12.000 miliardi di euro, in cui la spesa per la sanità pubblica rappresentava il 7,6%, ovvero circa 900 miliardi di euro, la sanità transfrontaliera rappresentava solo l'1% del totale, ovvero 9-10 miliardi di euro (Gerl *et al.*, 2009). A fronte della direttiva 2011/24/UE e sulla base di precedenti previsioni della Commissione Europea – in cui si stima che, in futuro, circa 780.000 persone in più rispetto al 2009 si recheranno ogni anno in un Paese UE per

sottoporsi a trattamenti medici –, e partendo dalla constatazione che, ad oggi, il 90% dei cittadini europei si cura all'interno del proprio Paese, ma il 53% degli stessi sarebbe propenso a recarsi in un altro Paese dell'UE (Gerl *et al.*, 2009), si può ipotizzare una rapida crescita di tale segmento di mercato in affiancamento al già importante mercato legato al turismo del benessere. Molto dipenderà, comunque, da come verrà concretamente recepita la direttiva europea nei diversi Paesi.

In questa prospettiva, uno studio condotto appositamente per questo contributo³ ha dato come risultato che tutti gli stati europei che hanno già adottato la direttiva si sono attenuti quasi letteralmente al suo testo, che di per sé rimane molto generico e ambiguo, dato che sono individuati solo dei principi generali che, nel momento della sua applicazione, possono essere specificati e reinterpretati dai diversi Paesi. Se vi sono differenze nei testi applicativi, questi riguardano l'adattamento della direttiva al vocabolario e all'assetto del sistema sanitario nazionale, con l'identificazione delle strutture o entità specifiche adibite ai vari compiti: per esempio, in Italia le ASL e in Finlandia *The Social Insurance Institution*, o il sistema assicurativo come in Germania. Alcune limitate differenze concernono le specifiche per il rimborso, come nel caso della Germania, dove le assicurazioni possono trattenere il 5% per i costi amministrativi. Quindi, pur mancando ancora molti dati, l'impressione generale che si ricava dall'analisi è che gli stati non si siano impegnati a fondo nel promuovere la realizzazione della legge relativa alla mobilità transfrontaliera. Al contrario, sembra aver prevalso un atteggiamento di isomorfismo normativo, per cercare di soddisfare i requisiti della Commissione Europea, lasciando però molto sul generico gli aspetti più delicati, quali, per esempio:

- ▶ l'identificazione precisa delle «tempistiche ragionevoli», in mancanza delle quali si può ricorrere alle cure all'estero;
- ▶ precisazioni sull'indicazione relativa al fatto che la copertura data dal Paese di origine è limitata «alle spese che si sarebbero sostenute nello stato di origine», considerato che, laddove manchi un sistema tariffario nazionale cui far riferimento, non vi è un possibile ancoraggio certo per il rimborso/compensazione tra Paesi, stante che la medicina si basa ancora in larga parte sull'esperienza e competenza del singolo professionista e che, quindi, ogni medico può richiedere esami o terapie diverse determinando costi molto diversi anche nello stesso Paese di origine.

La maggiore enfasi in fase di adozione della direttiva è stata posta sui vincoli, probabilmente perché ogni Stato ha pensato prima di proteggersi dalla mobilità

³ Sono state analizzate le leggi attuative dei seguenti Paesi europei: Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Spagna, Italia, Islanda, Ungheria, Malta, Slovenia.

passiva che potrebbe coinvolgere i suoi cittadini, piuttosto che incentivare quella attiva di provenienza internazionale. Tutto sembra volto a limitare la mobilità ponendo requisiti molto stringenti e processi lunghi per ottenere l'autorizzazione alle cure all'estero ed essendo il tempo un elemento chiave in sanità è evidente come ciò determini un blocco sostanziale.

Nessuno Stato sembra essersi distinto per l'impegno a migliorare la direttiva durante il processo di elaborazione. Tuttavia, rimane da osservare che molte leggi di adozione non sono ancora disponibili e vi è ancora molta confusione e ritardo, nonostante i due anni dati a disposizione per la conversione in legge nazionale, a riprova del fatto che gli Stati stanno attuando una resistenza passiva al suo sviluppo, presumibilmente in quanto preoccupati delle conseguenze più che stimolati dalle opportunità.

B. Per quanto riguarda il *turismo sanitario out-of-pocket* o coperto da assicurazioni private, a oggi è difficile darne una stima esatta. Sulla base di dati elaborati da compagnie assicurative in Germania, si desume che le mete prescelte in Europa da possessori di assicurazioni private siano Repubblica Ceca (27%), Polonia (20%), Italia (17%) e Ungheria (12%) ma, data la difficoltà nella raccolta di informazioni certe, non è a oggi possibile fornire una stima esatta del turismo sanitario privato. Si rileva, tuttavia, che i trattamenti maggiormente richiesti riguardano disturbi cronici, riabilitazione, interventi cardiovascolari, all'apparato respiratorio o di ortodonzia (Wagner *et al.*, 2011). Vi è comunque la sensazione che diversi sistemi sanitari assicurativi – per esempio, quello tedesco, quello russo, quello olandese –, che soffrono di costi elevati per le prestazioni erogate sul proprio territorio o di carenza di offerta ad alta specializzazione/innovazione e che servono popolazioni con crescente disponibilità economica e volontà di muoversi per ricercare soluzioni di qualità alla propria salute, possano in prospettiva diventare dei mercati rilevanti di esportazione di turismo sanitario cui guardare con attenzione.

C. Come già anticipato, il segmento di mercato in cui l'Europa trova un punto di forza è il turismo del benessere. Dai dati relativi al report «Global Wellness Tourism Economy» del 2014 si rileva, infatti, come, dopo gli Stati Uniti, l'Europa sia sede di quattro delle cinque maggiori destinazioni internazionali per turismo del benessere: Francia (6,9 milioni di visitatori), Austria (5,7 milioni di visitatori), Germania (5,6 milioni di visitatori), Svizzera (5,1 milioni di visitatori). Questo mercato generato da flussi di turisti provenienti da altri Paesi rappresenta il 23% (23,5 miliardi di euro circa) del totale del mercato del benessere nella regione europea, che, nel suo complesso, ha un valore stimato, per il 2012 di 115 miliardi di euro, rappresentando il 36% del valore complessivo del mercato, secondo solo al Nord America, che ne rappresenta il 41% (McGroarty, 2014).

Entrando nello specifico delle strategie adottate dai singoli Paesi e rivolgendo l'attenzione all'Est Europa, si rileva come Paesi, quali Polonia e Ungheria, si stiano maggiormente specializzando in ambito di turismo sanitario, in particolare su trattamenti di ortodonzia e day-surgery, con un focus sul target di pazienti provenienti da Paesi limitrofi. Ciò è legato al fatto che, soprattutto per trattamenti di ortodonzia, per cui i vantaggi assoluti in termini di costo sono ridotti, alla luce dei costi di viaggio, la distanza dal Paese di origine è inversamente proporzionale al beneficio nel recarsi all'estero per sottoporsi a trattamenti medici (Turner 2008; Gerl *et al.* 2009). Recarsi in Paesi remoti per questi trattamenti risulta conveniente solo nel caso in cui ci si debba recare nel Paese per altri motivi e, quindi, quello medico risulti complementare. Nell'Est Europa, oltre alla Polonia, che solo nel 2010 ha accolto 120.000 pazienti per un valore di 250 milioni di euro, il Paese riconosciuto come eccellenza nell'industria del turismo della salute è l'Ungheria (con la Romania in rilevante crescita), dove si concentra il 40% del turismo dentale in Europa (Auren, 2013). Nel solo 2009, l'Ungheria ha registrato, in totale, 1,8 milioni di visitatori, provenienti prevalentemente da Germania e Austria, recatisi nel Paese per motivi legati al turismo sanitario o del benessere. Tali flussi hanno rappresentato il 4,5% del totale dei visitatori del 2009, creando un valore pari al 12% (circa 710 milioni di dollari) del totale del valore generato dai turisti nel Paese. Si conferma, quindi, l'elevato potenziale economico legato al turismo sanitario e l'incidenza maggiore della spesa da parte dei pazienti recatisi nel Paese. L'Ungheria non è solo Paese importatore di turismo della salute, ma anche esportatore, con 412.000 pazienti recatisi all'estero nel 2009 alla ricerca di cure (KSH, 2010). Nonostante la bilancia del turismo sanitario internazionale sia a favore di Polonia e Ungheria, si conferma come il turismo sanitario sia caratterizzato da flussi bidirezionali tra Paesi e come in Europa tale fenomeno assuma carattere prevalentemente inter-regionale.

Spostandosi verso ovest, si osserva come vi siano altri Paesi in Europa che, negli ultimi anni, hanno guardato con attenzione a questo mercato in crescita, tra cui Inghilterra, Germania e Spagna. Questi Paesi sono scelti dai pazienti alla ricerca di assistenza di qualità e trattamenti specialistici spesso non reperibili nel Paese di origine o, come già spiegato, alla ricerca di turismo del benessere. Nello specifico, l'Inghilterra ha sviluppato simultaneamente strategie di penetrazione del mercato, che mirano, da una parte, all'attrazione di cittadini europei e americani all'interno delle proprie strutture nazionali e, dall'altra, allo sviluppo di accordi bilaterali con Paesi storicamente vicini in termini di lingua e cultura, quali l'India e tutta l'area del *commonwealth*. Ciò ha portato sia a flussi crescenti di turisti medici verso l'Inghilterra, sia ad un risparmio annuo per il Servizio Sanitario Nazionale inglese (NHS), stimato tra i 120 e i 200 milioni di sterline attraverso l'invio dei propri cittadini a curarsi all'estero nei Paesi convenzionati (Lunt *et al.*, 2011). Sono, inoltre, sorti *clu-*

ster di eccellenza in città come Londra, dove è nato un hub del turismo sanitario per l'Europa in zona Harley Street, dove si sono concentrati oltre 1000 specialisti in tutte le aree della medicina all'interno di ospedali pubblici e privati, al cui interno sono rese disponibili unità per pazienti privati. Qui si concentrano flussi di turismo medico da Medio Oriente, India, Pakistan, Grecia, Turchia, Cipro e il 30% dei profitti di tali strutture deriva da pazienti stranieri (Piazolo e Zanca, 2011).

Diversamente, la Germania, attraverso *policy* ad hoc e campagne di informazione su riviste estere e piattaforme on-line, è stata in grado di sviluppare, nell'ultimo decennio, flussi di turismo medico in entrata dai Paesi limitrofi e portare a regime di profitto infrastrutture precedentemente sottoutilizzate dalla popolazione residente, dotate delle più moderne tecnologie. Questo, in parallelo con i flussi precedentemente introdotti relativi al turismo del benessere, ha portato allo sviluppo di centri di eccellenza in città quali Bonn (*Bonn Medical Partners*), Berlino (*Network for Better Medical Care*) o in Bavaria (in cui si ha un network di ospedali e centri di prevenzione specializzati in cardiologia, cardiocirurgia e ortopedia), dove, grazie a vantaggi di costo significativi rispetto ai competitor europei, sono attratti annualmente più di 70.000 pazienti internazionali (Juszczak, 2007; Gerl *et al.*, 2009).

Anche la Spagna, nell'ultimo decennio, ha vissuto un aumento di flussi di turismo medico ed è divenuto Paese di destinazione per coloro che sono alla ricerca di trapianti di organo, riproduzione assistita, ostetricia, programmi di vaccinazione, a cui associare medicina termale o attività ricollegabili al turismo del benessere. I flussi sono stimati superiori a 180.000 unità e il valore del mercato del turismo sanitario è stimato, per il 2011, a 1,7 miliardi di euro (Auren, 2013). Tra i poli di attrazione principali si possono citare Barcellona (*Barcelona International Medical Academy*, specializzata in chirurgia non invasiva), Navarra (*Hospital Universitario de Navarra*, specializzato in oncologia e che ospita ogni anno migliaia di pazienti da oltre cinquanta Paesi) e Alicante (dove sono presenti gruppi, quali *Hospiten* o *Red Asistencial Juaneda*, che offrono trattamenti specializzati, un servizio di accoglienza in oltre diciotto lingue e un'offerta integrata di turismo medico e del benessere).

Si deduce come, in futuro, il mercato del turismo sanitario sia destinato a divenire un fenomeno sempre più rilevante e globale, coinvolgendo diversi Paesi in qualità sia di destinazione che di provenienza dei pazienti. Tutti i Paesi industrializzati hanno di fronte una sfida molto complessa, quella di valorizzare le proprie eccellenze sul mercato internazionale e, contemporaneamente, trovare delle soluzioni locali per governare i flussi in uscita, che sottraggono risorse ai sistemi locali direttamente (come nel caso della mobilità transfrontaliera ex direttiva comunitaria) o indirettamente (per i ricavi mancati dai pagamenti *out-of-pocket* per spese sanitarie effettuate all'estero).

9.4 Italia e turismo della salute

9.4.1 Italia e turismo della salute: dati e posizione nel mercato

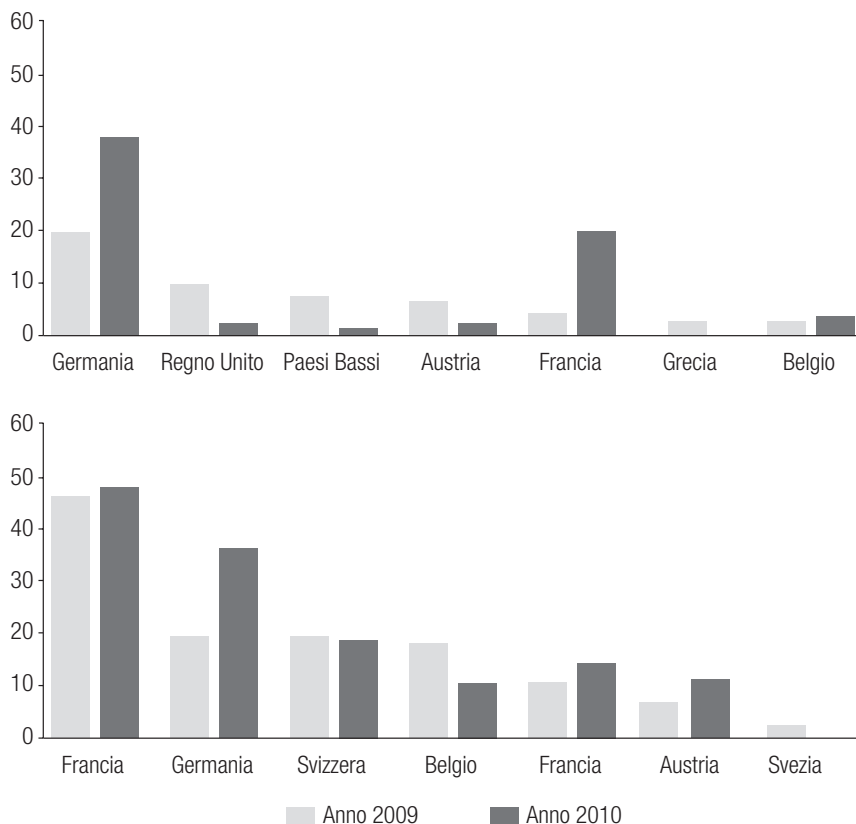
Nell'ultimo decennio, il settore legato al turismo è stato caratterizzato, a livello mondiale, da una rapida crescita, in cui la spesa per viaggi all'estero è più che raddoppiata. Il turismo in Italia, nel 2012, ha rappresentato un business da 72,2 miliardi di euro di cui 30,7 miliardi generati da turisti stranieri recatisi nel Belpaese per la possibilità di riposarsi (26%), godere delle bellezze naturali del luogo (24,8%) e della ricchezza del patrimonio artistico (9%), per interessi enogastronomici (6,6%) e per la facilità dei collegamenti (6,2%) o ancora per motivi legati al benessere (3,7%). Tali flussi si sono concentrati, per il 67%, in Lazio, Lombardia, Veneto, Toscana ed Emilia-Romagna, con presenze di turisti provenienti principalmente da Germania (20,3%) e Stati Uniti (11,2%) (Amato 2013, Unioncamere, 2013). Focalizzando l'attenzione sul turismo della salute si rileva come, nonostante si tratti di un fenomeno che, come altrove spiegato, ha subito una crescita rapida da oltre un ventennio anche in Europa, il ruolo dell'Italia è stato, a oggi, secondario e le politiche nazionali e locali devono ancora svilupparsi in modo significativo per puntare all'internazionalizzazione del territorio e valorizzare le eccellenze italiane, al fine di tenere il passo della crescita del settore e guadagnare quote di mercato rispetto ai tradizionali concorrenti europei. Con una precisazione: mentre il turismo del benessere verso l'Italia è stato caratterizzato da un trend crescente nell'ultimo decennio, il turismo sanitario è cresciuto in termini di presenze di pazienti internazionali, ma si è ridotto il ruolo del Paese in paragone ai concorrenti europei e globali (JFC, 2013; Unioncamere, 2013). Ciò è ricollegabile a un mancato coinvolgimento e a una ridotta partecipazione attiva dell'Italia nello sviluppo di una offerta adeguata alla nuova domanda internazionale che integri il terminalismo tradizionale con le eccellenze medico-chirurgiche italiane. Relativamente ai tre sub-mercati identificati precedentemente, – turismo medico transnazionale a carico del SSN, turismo medico *out-of-pocket* o a carico di compagnie assicurative, e turismo del benessere, la situazione dell'Italia presenta il seguente quadro.

Secondo i dati più recenti disponibili in materia di mobilità sanitaria, l'Italia registra un deficit nella bilancia commerciale sanitaria verso altri Stati Membri dell'UE pari a circa 69 milioni di euro per il 2009 e 76 milioni di euro per il 2010⁴ (si veda la Figura 9.4).

Al contrario, rispetto ai Paesi extra UE destinatari di accordi bilaterali di sicu-

⁴ È opportuno sottolineare come, a causa di slittamenti temporali nella notifica di crediti e debiti, tali dati si riferiscano in gran parte a rimborsi e incassi di competenza di anni precedenti (Ministero della Salute, 2011)

Figura 9.4 **Incassi e rimborsi Italia 2009-2010**



Fonte: Ministero della Salute (2011), Relazione sullo stato sanitario del Paese 2009-2010

rezza sociale⁵ per il biennio 2009-2010 grazie a rimborsi effettuati per 5.633.684,21 euro e incassi per 22.251.133,17 euro (Ministero della Salute, 2011), si registra un fatturato attivo di circa 16 milioni di euro che, però, non è sufficiente a bilanciare il deficit rispetto all'Europa. Va inoltre osservato come, contrariamente a quanto registrato per gli italiani recatisi all'estero, i cittadini di altri Paesi europei alla ricerca dell'alta specialità siano una quota bassa rispetto al totale. Dai dati relativi al periodo 2009-2011, si rileva che i cittadini di altri Paesi membri recatisi in Italia alla ricerca dell'alta specialità rappresentano il 3,2% del totale contro un 56,8% di italiani recatisi all'estero per cure di alta specialità. A oggi, l'attrattiva dell'Italia per motivi legati al turismo sanitario risulta, quindi, bassa e il 91,9% dei crediti verso altri Paesi UE sono legati ad assistiti recatisi in Italia per turi-

⁵ Ci si riferisce a Argentina, Australia, Bosnia-Erzegovina, Brasile, Croazia, Macedonia, Principato di Monaco, San Marino, Serbia, Tunisia (Ministero della Salute, 2011).

simo (Di Loreto e Checconi, 2013). Si tratta, quindi, di volumi e importi ancora limitati. Ciononostante, si osserva una progressiva crescita del fenomeno della mobilità sanitaria. In particolare, con riferimento ai dati riguardanti il turismo medico, si stima che il numero degli italiani recatisi all'estero negli ultimi anni sia cresciuto rapidamente, passando da circa 70.000 pazienti nel 2009 a oltre 184.000 nel 2012, per un valore stimato superiore a 537 milioni di euro annui (JFC, 2013). I Paesi beneficiari di tali flussi, la cui entità si prevedeva essere di 200.000 unità nel 2013 per un valore di 584 milioni di euro, sono in prevalenza (circa 40%) destinazioni conosciute per i vantaggi rispetto alle cure odontoiatriche, ovvero Croazia, Ungheria e Romania. Seguono Stati Uniti, Belgio e Inghilterra e altri Paesi dell'area europea (JFC, 2013). Rispetto ai flussi in entrata verso l'Italia, si stima che gli stranieri curati in strutture italiane nel 2009 siano stati 60.000, posizionando il Paese tra le nazioni scarsamente coinvolte dal fenomeno crescente a livello europeo e internazionale. Tuttavia, alcune stime basate sul confronto con altri Paesi attestano che il turismo sanitario possa portare in Italia un valore prudenziale stimato pari a 207 milioni di euro di fatturato annuo con un indotto pari a 3,5 miliardi di euro (ADNKronos Salute, 2010; Boresi, 2010).

Infine, prendendo in analisi il turismo del benessere, i flussi in entrata nel Paese per motivi legati al turismo del benessere sono stati pari a 1,5 milioni collocando l'Italia come ottava meta in Europa per presenze estere, con un valore atteso per il 2017 pari a 1,2 miliardi di euro (Euromonitor International, 2013; McGroarty, 2014).

9.4.2 Opportunità (e necessità) di sviluppo del turismo sanitario in Italia

Nel quadro di una crescita del turismo sanitario già in atto e di un'attesa più significativa nel prossimo futuro, sebbene ancora limitata, almeno in parte, dalla ritardata applicazione delle direttiva comunitaria in materia di mobilità sanitaria, l'Italia presenta diverse condizioni di sistema per ambire a diventare un *player* importante nel mercato.

L'Italia dispone di personale qualificato e tecnologie all'avanguardia, può offrire diversi trattamenti di alta specialità a costi inferiori di oltre il 50% rispetto a concorrenti degli Stati Uniti e, comunque, a prezzi molto competitivi all'interno del mercato europeo, dispone di strutture con reputazione internazionale, in alcuni casi anche riconosciute dalla JCI e ISO, a garanzia della qualità dei trattamenti e dell'organizzazione interna. Inoltre, il turismo sanitario può essere facilmente collegato al turismo generale, non mancando le attrazioni turistiche di interesse culturale, artistico e le località montane e marittime dove eccellere nel turismo del benessere.

A fronte di queste condizioni facilitanti sono, però, presenti diversi punti di debolezza, quali: le barriere linguistiche, elemento cruciale nel rapporto medico-paziente, legate alla carenza di personale e materiale di supporto multilingue; la

carenza di un'offerta integrata di pacchetti fondati sulla sinergia tra settore medico e strutture ricettive; una percezione culturale e politica sfavorevole allo sviluppo del turismo sanitario, in quanto visto come a detrimento dell'attenzione alla sanità pubblica, la collegata carenza del coinvolgimento diretto di attori governativi e di politiche nazionali o territoriali rivolte allo sviluppo dell'industria del turismo della salute e, in particolare, del turismo sanitario; la scarsa integrazione tra enti e scarsa diffusione di forme di reti ospedaliere capaci di fare sistema nel presentarsi all'estero, un'immagine estera della sanità compromessa da scandali di malasania e ridotto utilizzo di strategie di *branding* internazionali.

Tuttavia, pur con vincoli e limiti sopra richiamati, le opportunità sembrano essere predominanti e rafforzate, oltre che dalle solide condizioni di partenza del sistema sanitario già richiamate, anche dall'emergere di un quadro ambientale ricco di positività, quali:

- ▶ un crescente interesse, a livello globale, verso il tema del turismo medico da parte dei governi, che percepiscono questo mercato come un'opportunità di risparmio di risorse pubbliche e di crescita economica, e da parte di investitori privati, che vi intravedono opportunità di business;
- ▶ la possibilità di competere con i leader mondiali, forti del loro vantaggio in termini di costo, grazie a un *targeting* di mercato rivolto a pazienti-turisti attenti ad aspetti quali vicinanza geografica, vicinanza culturale, qualità dei trattamenti e tutela legale e, in concomitanza, facendo leva sull'attrazione dei flussi crescenti dai Paesi con un legame storico all'Italia, tra cui l'America Latina;
- ▶ le opportunità di convenzioni e accordi bilaterali con altri Paesi, multinazionali e assicurazioni private, soprattutto negli Stati Uniti, interessate alle possibilità di risparmio, ma che prediligono strutture di eccellenza in Paesi avanzati per evitare problematiche legali e costi extra dovuti a casi di malasania;
- ▶ la possibilità di creazione di un network atto allo sviluppo di un'offerta integrata di trattamenti medici e benessere che porti a cogliere il potenziale derivante da questo mercato crescente con la determinazione di effetti diretti, indiretti e indotti sull'economia locale, grazie, da una lato, alle spese sostenute dai turisti della salute ed eventuali accompagnatori – l'accesso a trattamenti medici, pernottamento in hotel e resort di lusso, servizi di ristorazione e di trasporto, e consumi legati alle attività turistiche svolte nel periodo post-operatorio – e, dall'altro, alle maggiori entrate fiscali ottenute a livello centrale grazie al fatturato maggiore di soggetti o imprese che forniscono i servizi agli stessi;
- ▶ le opportunità legate alla direttiva 2011/24/UE nella fase di transizione in corso a livello europeo verso la creazione di un'«Area Shengen» della salute, e conseguente possibilità di accesso a flussi crescenti di turismo medico legati alla sanità transnazionale.

In questo quadro appare, quindi, molto importante la capacità del sistema sanitario italiano di affrontare per tempo e con la dovuta attenzione la partita del turismo sanitario, recuperando, inoltre, i margini già persi nell'area termale e riabilitativa rispetto ai Paesi dell'Est Europa, per non farsi trovare impreparato di fronte alla competizione che inevitabilmente aumenterà, in un mercato che cresce a tassi superiori al 20% annuo e con un valore stimato di oltre 100 miliardi di dollari per il 2012.

Peraltro, si è già accennato come lo sviluppo del mercato del turismo sanitario per l'Italia non sia solo collegato al cogliere opportunità emergenti, ma sia, per alcuni versi, percepibile come una necessità per sviluppare nuove aree di ricavo, che possono fungere da polmone finanziario per il sistema pubblico e privato, nonché produrre stimolo e sostenere i processi di innovazione e rinnovamento tecnologico.

L'analisi sottolinea, quindi, come in Italia sia necessaria una strategia di accesso e sviluppo del mercato del turismo della salute per coglierne le opportunità, facendo leva sui punti di forza e intervenendo con politiche mirate alla riduzione delle debolezze del sistema. È opportuno evidenziare come non servano risorse aggiuntive per l'attrazione di turismo medico e del benessere in Italia. Si tratta, piuttosto, di mappare le opportunità esterne, valorizzare le eccellenze italiane e promuovere un'offerta turistico-sanitaria integrata nel territorio che valorizzi il brand e l'immagine estera dell'Italia. I benefici al paziente-turista di un'offerta integrata derivano principalmente dalla determinazione di un percorso unificato semplice e trasparente che include trattamento medico, ospitalità presso strutture specializzate e offerta di attività di interesse culturale o turistico, senza che il paziente debba interfacciarsi con attori diversi o affrontare difficoltà burocratiche nell'organizzazione della propria permanenza. A tali benefici si aggiungono degli aspetti positivi per il sistema sanitario, ovvero un maggiore afflusso di stranieri ai centri termali e al settore dell'ospitalità, con conseguente apporto di risorse e ripristino dell'immagine di qualità della sanità in Italia e lo sviluppo di una offerta più ampia di pacchetti benessere che includano trattamenti medici di chirurgia non invasiva, diagnosi, visite specialistiche e degenza post-operatoria.

Un primo esempio, in questa prospettiva, può ricollegarsi al progetto pilota sviluppato a partire dal 2012 presso la Casa di cura San Camillo (Forte dei Marmi) per lo sviluppo di strategie di attrazione di turismo sanitario dall'estero, in particolare dalla Russia. La strategia della casa di cura si è sviluppata attorno a sette punti cardine: (1) rivisitazione della struttura delle stanze per la degenza, (2) sviluppo di reparti di medicina estetica per rispondere al meglio alla domanda di mercato, (3) sviluppo di un network e convenzioni con hotel, centri SPA e strutture turistiche locali, (4) convenzioni con assicurazioni russe quali la *Global Voyager Assistance*, (5) ricerca di personale infermieristico qualificato e fluente in russo, (6) garanzia che il personale di tutta la struttura parli inglese,

(7) creazione di un sito web in inglese e russo in cui è possibile accedere con facilità a prenotazioni on-line, tempi di attesa, oltre che a consulti medici on-line. Questo progetto, ancora in fase di consolidamento, intende quindi far leva sul potenziale di attrazione della casa di cura in relazione ad un territorio, quello della costiera versiliana, diventato ormai da qualche anno meta preferita del turismo russo, avendo anche come obiettivi il far fronte al ciclo negativo della stagionalità della domanda e il conseguire ricavi significativamente superiori a quelli medi, grazie, da un lato, a una concentrazione dei flussi di pazienti stranieri nei mesi estivi e, dall'altro, all'applicazione di tariffe maggiorate per i pazienti stranieri (Ballotta e Schael, 2012). Altri esempi sono rintracciabili in Veneto, dove sono nati progetti di attrazione di turismo medico e del benessere, tra i quali spiccano il progetto presentato nel 2010 al congresso europeo sul turismo sanitario (*European Medical Travel Conference*) svoltosi a Monastier e il progetto *Sviluppo del turismo sociale ed accessibile* promosso dalla Presidenza del Consiglio e adottato nel novembre del 2011, al fine di formare i tour operator, attrarre nuovi investimenti e promuovere la sinergia tra pubblico e privato (Breda, 2014). Tale evento ha rappresentato una piattaforma mondiale di discussione mirata a unire il mondo della sanità pubblica e privata con quello del turismo, e in tale sede si è manifestata l'ambizione del Veneto di divenire capitale del Turismo Sanitario europeo, puntando sul fatto che ogni anno sono già più di 20.000 le prestazioni effettuate presso strutture locali a turisti e facendo leva sulla forte attrattività turistica del territorio, in particolare dal punto di vista del termalismo. L'assessore alla Sanità, che dal 2010 presenzia a un tavolo di lavoro congiunto tra Assessorato alla Sanità e Assessorato al Turismo, ha delineato l'obiettivo, grazie a convenzioni con la cassa mutua americana *HTH Worldwide* e, in Germania, con le casse mutue *AOK* e la *Techniker Krankenkasse*, di incrementare le presenze di turisti sul territorio per ragioni sanitarie – complessivamente le stime degli assicurati con le casse tedesche assommano a una popolazione di oltre 16 milioni di cittadini tedeschi che potrebbero beneficiare delle strutture sanitarie e termali venete (Regione Veneto, 2010). Inoltre, scopo più generale della politica di internazionalizzazione della sanità veneta era attrarre pazienti ospedalieri con un focus sulle cure elettive, potendo intercettare parte degli 800.000 pensionati, che, nel periodo invernale, si spostano dal Nord Europa alla ricerca di luoghi più miti, ma anche parte degli oltre 77.000 britannici e 50.000 russi che si recano in Paesi come l'India per curarsi, o ancora puntando a mantenere sul territorio gli oltre 20.000 italiani che ogni anno si recano all'estero per accedere a servizi e trattamenti di riproduzione assistita o cure odontoiatriche (Boresi, 2010). Tra le Unità Locali Socio Sanitarie (ULSS) del Veneto maggiormente coinvolte in questo progetto, si rilevano la ULSS 9 di Treviso e la ULSS 10 del Veneto orientale. In particolare, grazie alle proprie strutture ospedaliere pubbliche e private, tra cui la Casa di Cura Giovanni XXIII e l'Oras (Ospedale riabilitativo di Alta Specializzazione), la

ULSS 9 ospita a Treviso pazienti da tutta Italia e dall'estero, tra cui il 20% è costituito da tedeschi, e a cui offre servizi integrati che comprendono terapie e trattamenti medici, assistenza medica 24 ore su 24, programmi personalizzati di riabilitazione, percorsi salute ed escursioni a tema sul territorio.

Infine, alcune stime dicono che la recente implementazione della piattaforma on-line *Venezia Starbene*, in cui è possibile prendere visione delle eccellenze del territorio e delle attrazioni turistiche locali, ha incentivato i flussi esteri di turismo della salute con oltre 1100 pazienti accolti nei primi due anni, per ricavi superiori agli 11 milioni di euro per il settore (Burnett, 2013)⁶.

Il potenziale di tali iniziative è supportato da un contesto positivo che, con oltre 61 milioni di presenze nel 2013, vede il Veneto quale prima regione in Italia e sesta in Europa per attrattività di turisti (Breda, 2014).

9.4.3 Strategie, driver di successo ed implicazioni: meglio accompagnati che soli

Alla luce dei dati discussi nei precedenti paragrafi, lo sviluppo del turismo sanitario (in affiancamento a quello del benessere, che si può dire che sia, per molti versi, già una realtà, per quanto migliorabile) in Italia sembra essere una concreta possibilità a cui guardare con rinnovato interesse, per governarne le dinamiche piuttosto che reattivamente subirle⁷.

Ma quali condizioni di contesto, quali scelte strategiche, quali azioni operative, sono o diventeranno fondamentali in questa prospettiva?

Se guardiamo il tema dal punto di osservazione degli operatori, delle aziende sanitarie pubbliche e private, la domanda chiave da porsi è, probabilmente, quella del posizionamento e del target di mercato internazionale cui rivolgere le proprie attenzioni.

In Italia, ci sono competenze e tecnologie per risolvere problemi di salute di ogni complessità e gravità:

- ▶ da quelli ad alta diffusione e volumi di produzione, caratterizzati per costi di erogazione del servizio contenuti;
- ▶ a quelli legati a competenze distintive, a problemi ad alta intensità tecnologica, rari o con volumi più ridotti, ad alto costo di impiego risorse.

⁶ Tutti i numeri (volumi e fatturati) richiamati negli esempi sopra discussi sono estrapolati da letteratura grigia e, in quanto tali, sono da considerarsi con relativa attendibilità, essendo le fonti non assoggettabili a verifica puntuale sulla correttezza del dato/informazione.

⁷ In termini di target, relativamente al mercato del turismo del benessere e turismo sanitario *cross-boarder*, l'attenzione italiana potrebbe rivolgersi principalmente ai Paesi dell'UE geograficamente vicini all'Italia. Mentre, relativamente al mercato del turismo sanitario globale, quello di riferimento si potrebbe allargare fino a comprendere Russia, Medio Oriente, Stati Uniti e Canada, oltre che pazienti di altri Paesi, come l'America Latina, alla ricerca dell'alta specialità e legati storicamente all'Italia.

Sebbene competere sul mercato internazionale rispetto alla prima tipologia di attività – quelle ad alta diffusione e volumi – sia complicato alla luce dei vantaggi (di costo in primis) che, indubbiamente, hanno i paesi emergenti, ed essendo (di frequente) la competenza professionale meno un fattore critico di successo per l'alta standardizzazione delle pratiche, anche in questi campi l'Italia potrebbe sviluppare un'offerta attraente organizzando i servizi attraverso strutture come *focused factories*, cioè centri specializzati e dedicati a uno o pochi problemi di salute gestibili in modalità *elective*, con tempi di recupero rapidi, a relativo basso costo di produzione. Per esempio, nel ramo dell'ortopedia (l'ortopedia dell'anca, del pollice valgo, ecc.), dell'oculistica, del maxillo facciale, ecc.

Viceversa, diverse strutture di eccellenza italiane potrebbero offrire a target internazionali prestazioni ad alto consumo di risorse, magari di nicchia, per sfruttare il vantaggio di costo, piuttosto che prestazioni fondate su competenze distintive, tecnologie innovative, pratiche differenziali (la chirurgia della colonna vertebrale, la chirurgia robotica, le pratiche in ambito oncologico, ecc.), e non necessariamente, quindi, con vantaggi di costo (come per diversi ambiti quali le prestazioni per l'albinismo, per le malattie dermatologiche in generale, in ambito urologico, ecc.).

Definire il target (cliente-mercato) a cui guardare è la prima scelta fondamentale, dato che, dalla combinazione target-prodotto, ne conseguono le implicazioni operative per costruire un «modello di business» (portafoglio offerta, aspetti periferici del servizio, comunicazione, qualità delle risorse umane, ecc.) capace di attrarre e rispondere alle attese.

Questa scelta nel contesto italiano non è neutrale rispetto al sentimento politico-sociale cui si accompagna, essendo non di rado percepita l'attività a pagamento come un detrimento all'attività di sanità pubblica, un'implicita privatizzazione delle strutture pubbliche, se non, addirittura, una minaccia alla stessa idea di un servizio sanitario pubblico. Probabilmente, in questo quadro risulta più percorribile, nell'immediato, la strada del turismo sanitario sulle eccellenze distintive, rispetto a prestazioni di media e bassa complessità, per le quali in Italia vi sono criticità di tempi di attesa ed accessibilità diffusa e che esporrebbero il fianco maggiormente ai critici.

In realtà, in ogni caso, come si è già anticipato, vi sono diversi motivi validi per cui guardare con interesse al turismo sanitario, tra cui, certamente, quello di costruire un polmone finanziario, i cui incassi vadano a sostenere gli investimenti per l'attività istituzionale, ma anche quello di fornire nuovi stimoli professionali e opportunità di carriera e di visibilità ai medici, nonché il produrre un indotto economico positivo sulle economie locali per il collegamento con il turismo tradizionale, o, più semplicemente, per i consumi locali derivanti dalla permanenza del turista sanitario (e della sua famiglia/accompagnatori).

Sempre dalla prospettiva aziendale, ricollocata la scelta di potenziare l'attenzione al turismo sanitario dentro la cornice della strategia aziendale, occorre poi focalizzare l'attenzione su diversi elementi, tra cui si ricordano, in particolare, i seguenti:

- ▶ affermare una cultura aziendale orientata a ragionare per «business models», cioè per formule di progettazione ed erogazione del servizio che, studiando il target, identifichino le azioni operative per attrarlo: i contenuti del servizio, gli aspetti periferici ma fondamentali (per esempio, gli strumenti di *e-health* per assicurare la portabilità di esami e documenti, le modalità di comunicazione, l'apertura di filiali/punti di informazione all'estero, le competenze di relazione, linguistiche, di *diversity management* del personale, la logistica, i trasporti, il pacchetto integrato con il turismo locale, ecc.);
- ▶ evitare di sviluppare il turismo sanitario nella scia della libera professione, costruendo *ex novo* le regole di collaborazione tra aziende e professionisti che siano più equilibrate nel modo di ripartire i ricavi, più orientate a una programmazione condivisa del mix di attività, capaci di sostenere il turismo sanitario come una linea di prodotto aziendale e non il semplice portato dell'imprenditorialità/reputazione dei professionisti;
- ▶ dove opportuno, dedicare risorse e strutture specifiche allo sviluppo della linea di prodotto «turismo sanitario», così come accade in molti ospedali esteri, dove vi sono uffici specifici per i pazienti internazionali;
- ▶ avviare relazioni inter-aziendali, al fine di cogliere sinergie possibili tra aziende nel proporsi ai mercati internazionali.

Accanto a queste dimensioni di intervento, si colloca l'avvio di relazioni più strette e intense con le istituzioni di riferimento. Ministero e Regioni sono attori chiave nell'eventuale processo di focalizzazione sul turismo sanitario delle aziende, in quanto:

- ▶ possono contribuire a rompere le barriere culturali e politiche che frenano la visione e l'azione aziendale a riguardo;
- ▶ devono permettere alle aziende un minimo di spazio di investimento per potersi dotare delle risorse (personale formato culturalmente e linguisticamente, tecnologie specifiche, ecc.) e delle condizioni (logistica interna, trasporto, società di servizio, ecc.) necessarie per sostenere il processo di sviluppo del turismo sanitario. Considerando, per esempio, tale investimento come un capitolo speciale di spesa che si ripaga direttamente con i ricavi generati, e, quindi, al di fuori dei vincoli posti oggi sulle spese aziendali.
- ▶ devono creare delle *task force* per promuovere le eccellenze italiane, sostenere l'apertura di punti di contatto esteri e la piena funzionalità del punto unico di contatto nazionale, facilitare la stipula di accordi con terzi paganti esteri (dai sistemi pubblici alle mutue ed assicurazioni), favorire le sinergie tra aziende sanitarie italiane e le alleanze con quelle estere.

Infine, non meno importante è che tali *task force* si dedichino anche alla costruzione delle reti tra sanità e turismo tradizionale.

Sulla base dell'esperienza di Paesi leader dell'industria del turismo medico, si desume, infatti, l'importanza di creare un network che coinvolga attori attinenti alle due industrie della salute e del turismo, che devono operare in sinergia per l'attrazione di pazienti internazionali. Solo attraverso un'attenta analisi dell'ecosistema del turismo medico e la creazione di forti legami tra gli attori coinvolti è possibile ottimizzare la catena del valore, strutturare un'offerta competitiva in termini di costo e pacchetto di contenuti e beneficiare del vantaggio competitivo che ne deriva.

9.5 Conclusioni

L'industria del turismo della salute è a tutti gli effetti considerabile un mercato emergente, ancorché ancora di nicchia per la dimensione assoluta, ma in crescita a doppia cifra su base annuale. La sua evoluzione è frutto: (i) di cambiamenti tecnologici che, attraverso la globalizzazione e l'avvento dell'ICT, hanno portato a una maggiore efficienza nei trasporti e nella comunicazione; (ii) della nascita di nuovi bisogni, come l'esigenza di risparmio in termini di costo e tempo o la volontà di accedere a trattamenti medici e cure per il benessere di qualità superiore o non offerti dal servizio sanitario del proprio Paese; (iii) di mutamenti economico-sociali, come lo sviluppo dell'industria del turismo e la conseguente riduzione delle barriere culturali e linguistiche, che hanno elevato il prodotto «turismo della salute» a potenziale opportunità di business.

L'Europa è ancora oggi meta prediletta di flussi di turismo del benessere, ma ha perso la passata posizione di leadership all'interno del mercato del turismo sanitario a causa di problematiche, quali l'allungamento delle liste di attesa e l'aumento dei costi dei trattamenti, oltre che alla lungimiranza di imprese e governi di Paesi emergenti, che, a partire dalla fine degli anni Novanta, hanno saputo rispondere meglio a una domanda crescente e spesso latente di servizi low-cost di alta qualità che includano entrambi gli elementi caratterizzanti del mercato: il trattamento medico specialistico e l'aspetto ludico della vacanza.

A oggi, in Italia sono ancora poche le cliniche specializzate che accolgono pazienti internazionali venuti nel Belpaese alla ricerca di alta specialità. La principale opportunità è legata, da un lato, al rafforzamento della propria posizione all'interno della fascia di mercato collegata al benessere e, dall'altro, alla apertura della finestra di *policy* connessa all'applicazione della direttiva comunitaria 2011/24/UE, che ha portato all'attenzione degli Stati membri il turismo sanitario e, in particolare, la *cross-boarding healthcare*. A oggi, non è possibile individuare gli effetti di questa direttiva e molto ancora deve essere fatto per arrivare alla sua operatività. Il turismo della salute può comunque rappresentare una risposta alla necessità del sistema sanitario e turistico italiano di individuare strategie di sviluppo e fonti di reddito nuove. Ciò attraverso una politica di sistema capa-

ce di stimolare una domanda di turismo sanitario caratterizzata da soggiorni mediamente più lunghi da parte dei pazienti, presenza di familiari al seguito, prenotazioni non soggette a fattori di stagionalità, attrazione di persone con elevato potenziale di acquisto e aumento di investimenti diretti esteri e flussi di turismo generici derivanti da una rinnovata immagine del Paese. Inoltre, grazie alla collaborazione tra attori dell'industria della salute e del turismo, il turismo della salute rappresenta una leva per lo sviluppo di industrie *knowledge-based* e uno stimolo alla competitività del territorio, oltre che, nello specifico della direttiva 2011/24/UE, alla creazione di centri per l'alta specialità in Europa secondo logiche di offerta fondate sulla creazione di reti ospedaliere sul modello *hub and spoke* (Lega, 2003) e l'introduzione di logiche di «pendolo» delle équipes specialistiche tra i diversi nodi della rete (Lega *et al.*, 2010).

In conclusione, occorre sottolineare che la strada per lo sviluppo del turismo sanitario in Italia appare interessante e percorribile senza investimenti di assoluta rilevanza e, soprattutto, con costi che si dovrebbero ripagare ampiamente con l'attività stessa. Non è quindi necessario apportare significative nuove risorse, ma, come più volte menzionato, mappare le opportunità esterne, valorizzare i punti di forza, integrare l'offerta del territorio e promuovere all'estero in modo unitario il prodotto e il brand «Italia», andando all'estero sempre, quando possibile insieme, aziende ed istituzioni all'unisono, perché accompagnati, in questo caso, sembra certamente essere preferibile al muoversi da soli.

Bibliografia

- ADNKronos Salute (2010), «La Regione Veneto si lancia sul turismo sanitario», [online] *Cure Primarie Ulss21 Legnago*, 12.01.2010.
- Amato (2013), «Turismo, nel 2012 bilancia in attivo per 11,5 miliardi», [online] *LaRepubblica*, 17.04.2013.
- Anessi Pessina, E., e Cantù E. (2011), «Il modello di analisi, l'impostazione del Rapporto e i principali risultati», in E. Cantù (A cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2011*. Milano, EGEA, pp.3-18.
- Ansoff, H.L. (1957), «Strategies for diversification», *Harvard Business Review*, 25(5): 113-125.
- Auren (2013), *Turismo de Salud en Espana*, Fundacion EOI, Madrid.
- Ballotta P., Schael T. (2012), «Strategie di attrazione per il turismo sanitario in Italia», XVII Convegno Nazionale AIES, Roma.
- Bensa, G., Carbone, C., e Lega, F. (2008), «Le reti ospedaliere dei SSR: un'analisi comparativa», in E. Anessi Pessina, e E. Cantù (A cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008*. Milano, EGEA, pp. 181-202.
- Boresi D. (2010), «20 mila turisti da "guarire"», *Il Gazzettino nordest* (06.05.2010), p. 17.

- Breda A. (2014), «Accessible Tourism», Veneto Region Brussels Office.
- Burnett J., (2013), «Un nuovo motore di sviluppo – Il turismo sanitario», *Salute & famiglia senza età*, n. 58, pp. 12-15.
- Carrera, P.M., e Bridges, J.F.P. (2006), «Globalization and Healthcare: Understanding Health and Medical Tourism», *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 6(4): 447-454.
- Commissione Europea (2011), *Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio sulla istituzione del programma “Salute per la crescita”, terzo programma pluriennale d’azione dell’UE in materia di salute per il periodo 2014-2020*. 2011/0339 (COD). Bruxelles: Commissione Europea.
- Di Loreto, P., Checconi, O. (2013), «Direttiva 24/2011/UE – Applicazione dei diritti dei pazienti relativi all’assistenza sanitaria transfrontaliera», [online] *Progetto Mattone Internazionale*.
- Ehrbeck, T., Guevara, C., e Mango, P. (2008), «Mapping the market for medical travel», *The McKinsey Quarterly*, May 2008.
- Euromonitor International (2013), *Health and Wellness Tourism in Italy*, [online] Euromonitor International – Travel and Tourism.
- Gerl, R., Boscher, L., Mainil, T., Kunhardt, H. (2009), *European Competence Centres for Health & Medical Tourism*, Medical Tourism Magazine.
- Gill, H., e Singh, N. (2011), «Exploring the Factors that Affect the Choice of Destination for Medical Tourism», *Journal of Service Science and Management*, 4(3): 315-324.
- Horowitz, M.D., e Rosensweig, J.A. (2008), «Medical Tourism vs. Traditional International Medical Travel: A Tale of Two Models», *IMTJ – International Medical Travel Journal*, 3: 30-33.
- Horowitz, M.D., Rosensweig, J.A., e Jones, C.A. (2007), «Medical Tourism: Globalization of the Healthcare Marketplace», *Medscape General Medicine*, 9(4), 33.
- Jenkins, R. (2004), «Globalization, production, employment and poverty: debates and evidence», *Journal of International Development*, 16(1): 1-12.
- JFC Ferruzzi Massimo Turismo&Management (2013), *Mode, tendenze e previsioni del turismo medico e del benessere degli italiani*, Faenza: Osservatorio Italiano del turismo del benessere.
- Juszczak, J. (2007), *Internationale Patienten in deutschen Kliniken: Ansätze zur Vermarktung von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland*, Wirtschaftswissenschaften Sankt Augustin, Vol. 8, Bonn-Rhein-Sieg.
- Keckley, P.H. (2009), *Medical tourism: Update and implications*, Washington: Deloitte Center for Health Solutions.
- Keckley, P.H., Eselius, L. L. (2009), *2009 Survey of Health Care Consumers: Key Findings, Strategic Implications*, Washington: Deloitte Center for Health Solutions.
- Keckley, P.H., e Underwood, H.R. (2008), *Medical Tourism: Consumers in search of Value*, Washington: Deloitte Center for Health Solutions.

- KSH International Tourism Demand (2010), *Statistical Reflections – Q1*, Hungarian Central Statistical Office, (4)12.
- Lega, F., Mauri, M., e Prenestini, A. (2010), *L'ospedale tra presente e futuro. Analisi, diagnosi e linee di cambiamento per il sistema ospedaliero italiano*, Milano: EGEA.
- Lega, F. (2003), *Gruppi e reti aziendali in sanità*, Strategia e gestione. Milano: EGEA.
- Lunt, N., Smith, R., Exworthy, M., Green, S.T., Horsfall, D., e Mannion, R. (2011), *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications, A Scoping Review*. OECD, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs.
- McGroarty (2014), «Europe Ranks No. 1 for Wellness Tourism Trips: Generates 203 Million Annually», [online] *Global Spa & Wellness Summit*.
- Ministero della Salute (2011), *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010*, Ministero della Salute, Roma.
- OECD (2013), *OECD Health Data 2013*. [online] OECD Publishing.
- Piazolo, M., Zanca, N.A. (2011), «Medical Tourism – A case study for the USA and India, Germany and Hungary», *Acta Polytechnica Hungarica*, (8)1: 137-160.
- Porter, M.E. (2004), *Competitive Strategy – Techniques for analyzing industry competitors*, New York: Free Press.
- Prenestini A., Carbone C., Giusepi I., Lega F., Flor L., e Garbelli C. (2011), «Logiche e modelli organizzativi per le reti ospedaliere: analisi di due casi aziendali», in E. Cantù (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2011*. Milano, EGEA, pp. 435-465.
- Regione Veneto (2010), *Il Veneto si candida a capitale europea del turismo sanitario*. Comunicato Stampa n. 759 del 05/05/2010.
- Turner, L. (2008), «Cross-border dental care: “dental tourism” and patient mobility», *British Dental Journal*, (204)10: 553-554.
- Unioncamere (2013), «I prodotti turistici ed i comportamenti della domanda», in: Cocco, A. C., Di Raco, E. (A cura di) *Impresa Turismo 2013*, Unioncamere – Camere di Commercio d'Italia, pp. 51-172.
- Voigt C., Laing J., Wray M., Brown G., Howat G., Weiler B., e Trembath R. (2010), *Health tourism in Australia: Supply, Demand and Opportunities*. Queensland: CRC for Sustainable Tourism Pty Ltd.
- Wagner C., Dobrick K., Verheyen F. (2011), *EU Cross-Border Health Care Survey 2010*. WINEG Wissen 02. Hamburg: Techniker Krankenkasse.