A.I.O.P.
ASSOCIAZIONE ITALIANA
OSPEDALITÀ PRIVATA
SEDE REGIONE SICILIA

Palermo, 07 GENNAIO 2019

Prot. n. 03/2019

Ai Titolari delle case di cura

LORO SEDI

Oggetto: indagine turismo sanitario.

In riferimento a quanto in oggetto, Vi informiamo che l'Assessorato della Salute della Regione Siciliana partecipa, da anni, al "Programma Mattone Internazionale Salute (ProMIS)" al quale aderiscono tutte le regioni italiane, coordinato dalla Regione Veneto sotto la regia del Ministero della Salute.

Nell'ambito di tale Programma è stato costituito un Tavolo di lavoro riguardante la tematica del "Turismo Sanitario" al quale partecipano le Regioni Basilicata, Campania, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Veneto e la Provincia Autonoma di Trento.

Grazie agli approfondimenti portati avanti dal Tavolo è stato elaborato un documento dal titolo "*Framework su salute e turismo – il punto di vista interregionale*", pubblicato sul sito di ProMIS, che si allega. In tale documento, tra le azioni a breve termine, è prevista una mappatura delle buone pratiche avviate nei contesti regionali riguardanti sia il settore pubblico che quello privato.

Contestualmente la Regione siciliana sta avviando le interlocuzioni con il Dipartimento Regionale Turismo per attivare una collaborazione interdipartimentale finalizzata all'elaborazione di un percorso programmatico comune, che coinvolga le strutture sanitarie da un lato e le strutture turistiche e locali dall'altro.

Pertanto, come richiestoci dall'Assessorato salute, inviamo, in allegato, la nota prot. n. 93950/2018 unitamente al relativo questionario, che va restituito, debitamente compilato, entro il 15 gennaio 2019 al seguente indirizzo e-mail: francesca.terranova@regione.sicilia.it

Per eventuali chiarimenti potete contattare il serv. 3 del DASOE dott.ssa Lo Bue allo 0917079232 oppure al Cell.3346113178.

Cordiali saluti

Dott. Silvana Montalbano

Via Giuseppe La Farina, 3 - 90141 Palermo - Tel. (091) 625 95 11 PBX - Fax (091) 34 50 57
C. F. 97008350833 - www.aiopsicilia.it - segreteria@aiopsicilia.it

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana

ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico
Servizio 3 Progetti, Ricerca, Innovazione e Tecnica Sanitaria
UO 3.1 Ricerca, Innovazione e Internazionalizzazione

Prot/ 83950 Palermo, 20 DIC 2018

OGGETTO: Indagine conoscitiva per una mappatura delle iniziative regionali nell'ambito del turismo sanitario .

Associazione Italiana Ospedalità Privata - Regione Sicilia
Via La Farina, 3 - PALERMO
aiopreg@tin.it - segreteria@aiopsicilia.it

Il Programma Mattone Internazionale Salute (Pro.M.I.S), sotto la regia del Ministero della Salute e il coordinamento della Regione Veneto, supporta le Regioni nei loro processi di internazionalizzazione e svolge attività di stimolo e di incentivazione per fare emergere nuove proposte e iniziative su temi di interesse sovraregionale in ambito salute

Tra i temi di interesse attuale ProMIS ha individuato il Turismo Sanitario, quale settore che può contribuire allo sviluppo del tessuto economico di un territorio a forte vocazione turistica, supportando la costituzione di un gruppo di lavoro interregionale per l'approfondimento di tale tematica di cui la Regione Sicilia fa parte.

Dai lavori del tavolo è scaturito il documento dal titolo "Framework su salute e turismo – il punto di vista interregionale" consultabile al link (http://www.promisalute.it/servizi/notizie/notizie_fase02.aspx?ID=5691&categoriaVisualizzata=25) che tra le azioni a breve termine prevede la realizzazione di una mappatura delle buone pratiche/iniziative di turismo sanitario avviate nelle regioni italiane, lì dove i sistemi "Salute" e "Turismo" hanno dialogato attivamente. A tale scopo Pro.M.I.S. ha predisposto un questionario conoscitivo finalizzato a rendere accessibili e ripetibili le esperienze ed i successi, nonché ad analizzare gli "ostacoli" che si presentano allo sviluppo di tale settore.

Si precisa che il questionario propone un'iniziale scelta tra Turismo sanitario e Assistenza sanitaria al turista. Tale scelta va operata tenendo presente che il primo è riferibile alle situazioni in cui per scelta le persone si recano in uno stato differente da quello di propria affiliazione sanitaria per ricevere delle cure-trattamenti sanitari. Si tratterà quindi, quasi esclusivamente, di cure di tipo programmato, tra le quali possono anche essere considerati anche i trattamenti wellness finalizzati al mantenimento in buona salute e alla prevenzione delle malattie.

L'assistenza sanitaria al turista ricomprende, invece, quelle situazioni per cui turisti temporaneamente presenti in uno stato differente da quello di propria affiliazione sanitaria, vengono a trovarsi nella necessità di dovere accedere ai servizi sanitari/ricevere cure nelle località di vacanza o di temporanea presenza.

Ciò premesso, vi trasmettiamo il questionario elaborato da Pro.M.I.S. con l'invito a diramarlo tra i vostri Associati, precisando che questo Dipartimento sta coinvolgendo nell'indagine conoscitiva anche le Aziende Sanitarie siciliane mediante la Rete dei Referenti aziendali per la ricerca e l'Internazionalizzazione, al fine di avere un quadro conoscitivo completo delle esperienze maturate in Sicilia.

Contestualmente questo Dipartimento sta avviando gli opportuni contatti con il Dipartimento regionale del Turismo al fine di condividere un percorso programmatico che potrà prevedere, dopo un'approfondita analisi di contesto regionale cui contribuirà l'indagine conoscitiva in argomento, l'individuazione di aree pilota della Regione Siciliana dove attuare nuove esperienze di turismo sanitario così come avviene in altre regioni italiane.

Si allega il questionario con l'invito a restituirlo compilato all'indirizzo francesca.terranova@regione.sicilia.it entro il 15 gennaio 2018.

Il Dirigente Generale
(Dott.ssa Maria Letizia Di Liberti)

Il Dirigente del Servizio 3
(Dott.ssa Sonia Lo Bue)

Il Dirigente della UO 3.1
(Dott.ssa Francesca Terranova)

REGIONE SICILIANA * DIPARTIMENTO ATTIVITÀ SANITARIE E OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO * Ass.to Reg. della Salute

Framework su salute e turismo – il punto di vista interregionale

REGIONI/PP. AA. PARTECIPANTI: Basilicata, Campania, Friuli Venezia-Giulia, Lombardia, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Toscana, Veneto e PA di Trento

Indice

Introduzione 3

1. Lo scenario di riferimento 5

1.1 Il contesto europeo 5

1.2 Il contesto normativo 6

1.3 Tabella riassuntiva del contesto normativo 9

2. Turismo sanitario: definizioni 11

3. Mappatura dei flussi turistici a livello nazionale ed Internazionale 13

3.1 Il problema dei dati 13

3.2 Un trend in costante crescita in Europa 13

3.3 I flussi del turismo sanitario in Europa 14

3.4 I flussi del turismo sanitario in Italia 21

4. Indirizzi di sviluppo nel corto, medio e lungo termine nell'ottica di un "turismo per tutti": focus sul turismo accessibile ed "age-friendly" 23

4.1 Bisogni emergenti nei territori "age-friendly" 23

4.2 Possibili sviluppi 25

4.3 Azioni di breve termine 26

5. Raccomandazioni di supporto per proposte operative 28

6. Bibliografia 31

7. Sitografia 31

Introduzione

In generale, con il termine "turismo sanitario" si intende l'insieme delle attività di organizzazione di viaggio e di permanenza, generalmente in un paese estero, per ottenere delle specifiche prestazioni sanitarie, preventivamente definite, da parte di un centro medico o di un professionista sanitario di propria scelta.

Da quanto emerso durante il convegno organizzato, nel mese di settembre 2017 a Jesolo, nell'ambito del Programma Mattone Internazionale Salute-ProMIS, dal titolo "Politiche sanitarie, sociali e del turismo: quali possibili sinergie?", ogni anno nel mondo 7 milioni di persone si mettono in viaggio per motivi di salute, generando già oggi un volume d'affari di 100 miliardi di dollari, che diventeranno 200 nel 2019.

Secondo le stime dell'Osservatorio della Bocconi, che durante il convegno ha presentato i dati relativi ai flussi in entrata e in uscita, i ricavi generati dal turismo sanitario ammontano già a 12 miliardi di euro in Europa. Anche l'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico), al convegno di Jesolo, ha confermato il dato: "la salute è un settore importante dell'economia e il turismo medico sta crescendo rapidamente in tutta Europa".

Ma quali sono i fattori prevalenti che negli ultimi decenni hanno consentito una evoluzione così straordinaria della mobilità sanitaria anche in Europa?

1. La condivisione delle conoscenze del mondo globale grazie ad internet (che ha incrementato i movimenti di beni, servizi, persone e capitali tra i Paesi)
2. L'evoluzione continua nel settore dell'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione in sanità (ICT – Tecnologia dell'informazione e della comunicazione) e, infine,
3. La facilità di viaggiare a basso costo e verso destinazioni prima difficilmente raggiungibili.

Il Turismo Sanitario è, dunque, la risposta alla tendenza, in forte crescita, di recarsi in un altro Stato o in altra Regione per ricevere le cure di cui si ha bisogno. Anziché far riferimento a strutture interne al proprio territorio, flussi di persone tendono a spostarsi verso territori diversi da quello di residenza, determinando la crescita di un mercato della sanità.

La direttiva europea 2011/24/UE sull'assistenza sanitaria transfrontaliera, recepita nel nostro ordinamento con il decreto legislativo n. 38/2014, in questo senso, vuole essere uno strumento più attento a garantire la possibilità di accesso alle cure sanitarie ai cittadini europei in ogni paese dell'Unione.

Essa rappresenta, questo è quanto il Ministero della salute ha affermato al convegno, un'ulteriore opportunità di crescita per il sistema sanitario italiano e, nel contempo, uno straordinario veicolo per rafforzare i legami fra le imprese commerciali e il mondo sanitario dei paesi dell'Unione Europea. Al contempo però, a più di 2 anni dal suo recepimento, i dati che il Ministero ha riportato ci dicono che tale opportunità è sottoutilizzata sia dai cittadini italiani che Europei.

Ma come appare la situazione italiana? Di fatto oggi il saldo è negativo. Con soli 5 mila stranieri che scelgono di farsi curare da noi contro i 200 mila pazienti italiani che vanno oltre confine. Anche se a varcare le Alpi non sono tanto pazienti bisognosi di interventi chirurgici delicati o cure all'avanguardia, quanto persone alla ricerca del risparmio per cure dentarie, chirurgia estetica e ricostruttiva, trapianto dei capelli, terme.

In Italia si viene invece per prestazioni a più alto tasso di specializzazione (cosiddette di elezione): neurologia, cardiochirurgia, oncologia, chirurgia bariatrica e ortopedia in particolare. Prestazioni cliniche, dunque, programmabili nel tempo, e non riguardano quasi mai prestazioni sanitarie d'urgenza, se non quelle direttamente legate ai flussi turistici e ai viaggiatori.

A ricercare cliniche e ospedali italiani per ora sono soprattutto pazienti che provengono dai Paesi arabi, Svizzera, Russia e Albania e che spendono per cure ed interventi cifre variabili tra i 20 e i 70 mila euro.

Questo senza calcolare i ricavi generati dal corollario turistico, perché spesso chi accompagna il proprio familiare bisognoso di cure, ma a volte il paziente stesso, finisce poi per alloggiare in qualche bell'albergo, fare shopping e godersi arte e natura.
Il fenomeno dell'*health tourism* è promettente sia in termini di posizionamento globale dell'Italia, sia in termini di supporto alle Finanze Pubbliche.
Ora è necessaria un'azione coordinata e mirata per agevolare a livello di "sistema" queste forme innovative di attività. Quello che occorre è promuovere una regolamentazione normativa a sostegno del turismo sanitario sviluppando, in sinergia con chi si occupa di turismo, in un'ottica di attrazione turistica del territorio nazionale.
Di fatto, le bellezze offerte dalla nostra Italia con la montagna, la pianura e il mare coniugate con l'arte e la cultura sono elementi da valorizzare per migliorare la capacità attrattiva non solo dal punto di vista turistico ma anche sanitario.
Pertanto, considerato che l'OMS reputa il Sistema Sanitario Nazionale italiano come uno dei migliori al mondo per la qualità delle prestazioni mediche garantite, per la varietà di strutture pubbliche e private con reparti clinici di altissima specializzazione e per le numerose eccellenze riconosciute a livello mondiale, l'Italia può diventare una meta di eccellenza per il turismo sanitario internazionale, perché offre la doppia possibilità di guarire da una patologia e, nel contempo, trascorrere un periodo di relax in rinomate località di attrazione turistica.
Quali sono i 2 principali risultati del citato evento organizzato da ProMIS, frutto anche di un confronto con esperti del settore provenienti da altri Stati Membri presenti al convegno?
1) Affinché il turismo sanitario possa avere uno sviluppo concreto, è necessario che il mondo della sanità e del turismo condividano e sviluppino una programmazione comune che tenga conto di esigenze e caratteristiche proprie dei due settori in un'ottica sinergica e virtuosa. E' dunque essenziale che entrambi i settori mettano a sistema (o meglio: a servizio l'uno dell'altro) eccellenze ed esperienza mantenendo il focus sul cittadino e sull'evoluzione demografica.
2) Il sistema sanitario non deve essere più considerato come un sistema che genera costi bensì come un volano per l'economia. Prestazioni e servizi sanitari di qualità possono attrarre pazienti da oltre le Alpi e contribuire allo sviluppo del mercato turistico.

In questo contesto il ProMIS nella primavera del 2017 ha attivato un tavolo di lavoro sul Turismo sanitario e, al suo interno, svolge il ruolo di "trait d'union" tra alcune Regioni italiane (Basilicata, Campania, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Toscana, Veneto e della PA di Trento) con gli obiettivi di:

- Analizzare lo "stato dell'arte" del turismo sanitario nelle Regioni italiane
- Definire una strategia volta a valorizzare i servizi dei SSR ai turisti internazionali (non necessariamente collegati al concetto di assistenza sanitaria transfrontaliera) affinché siano un valore aggiunto per il tessuto economico territoriale
- Realizzare workshop, eventi internazionali e seminari per mettere a sistema esperienze e progettualità esistenti utili alla strutturazione della strategia da intraprendere
- Definire azioni/progetti congiunti per rinforzare l'attrattività dell'Italia, già conosciuta nel mondo per la sua bellezza ambientale e culturale
- Definire un piano di azione che promuova e valorizzi le prestazioni sanitarie erogate dal SSN italiano, accompagnandole in maniera integrata ai servizi turistici offerti da parte delle diverse realtà geografiche del nostro Paese.

Il presente documento si propone di fare il punto sul quadro normativo Europeo, giungere ad una definizione condivisa di turismo sanitario, dare una fotografia del flusso turistico a livello nazionale ed internazionale, delineare le traiettorie dei flussi turistici con un focus specifico sull'ageing (invecchiamento sano e attivo) per giungere a delineare delle raccomandazioni a supporto di proposte operative.

1. Lo scenario di riferimento

1.1 Il contesto europeo

La longevità è uno dei più grandi successi delle società moderne. Negli ultimi 20 anni, le persone in tutto il mondo hanno, in media, guadagnato 6 anni di speranza di vita. I bambini nati dopo il 2011 hanno uno su tre la possibilità di raggiungere il loro centesimo compleanno. La popolazione europea vive più a lungo che mai e si prevede che questo trend che continui a crescere a causa di sviluppi in campo medico senza precedenti e migliori standard di vita. Entro il 2020, un quarto degli europei avrà più di 60 anni di età. In combinazione con bassi tassi di natalità questo ha portato alla luce cambiamenti significativi della struttura della società europea, che ha inciso sulla nostra economia, la sicurezza sociale e sistemi sanitari, il mercato del lavoro e molte altre sfere della nostra vita.

L'invecchiamento della popolazione è una delle maggiori sfide sociali ed economiche che l'UE deve affrontare. Le proiezioni prevedono un numero crescente e la quota di persone anziane (di età compresa tra 65 e oltre), con un aumento particolarmente rapido del numero di persone molto anziane (ultra-ottantacinquenni).

Per gli anziani che rimangono in buona salute, alcuni decidono di continuare a lavorare o diventare attivi nel lavoro volontario, mentre altri possono unirsi a una varietà di gruppi sociali, tornare all'istruzione, sviluppare nuove competenze, o scegliere di utilizzare il loro tempo libero per viaggiare o altre attività. Come l'aspettativa di vita continua a salire, i vincoli, le percezioni e le esigenze di pensionamento stanno cambiando.

La popolazione over 65, come percentuale della popolazione di età compresa tra 15-64, è proiettata ad aumentare dal 26% nel 2010 al 53% nel 2060. In altre parole, ci saranno solo due persone in "età da lavoro" dia 15 a 64 per ogni persona di età compresa tra gli over 65 nel 2060, rispetto a quattro nel 2010. A causa del pensionamento di una forza lavoro che invecchia e di nuove risorse insufficienti, una carenza fino a 2 milioni di operatori sanitari nell'UE è prevista dal 2020.

Questo cambiamento demografico in Europa è considerato una sfida per molti settori politici: dalla politica familiare, attraverso l'istruzione, l'apprendimento permanente e la politica del mercato del lavoro, ai sistemi di protezione sociale, e pensioni, salute e assistenza, in particolare a lungo termine.

Un rapido invecchiamento demografico non è solo una grande sfida sociale (in termini di bilanci pubblici, manodopera, competitività e qualità della vita), ma anche una grande opportunità di nuovi posti di lavoro e di crescita, detta anche Silver Economy.

La Silver Economy può essere definita come l'insieme delle opportunità economiche derivanti dalla spesa pubblica e dai consumatori in relazione all'invecchiamento demografico e alle esigenze specifiche della popolazione over 50. L'invecchiamento della popolazione può essere suddiviso in 3 gruppi, ciascuno con il proprio modello di bisogno: attivo, fragile e dipendente. In questo modo la "Silver Economy" comprende una gran parte dell'economia generale dei consumatori, ma con notevoli differenze nelle priorità di spesa e modelli.

Questa è trainata sia dall'emergere di nuovi mercati dei consumatori sia dalla necessità di migliorare la sostenibilità della spesa pubblica legata all'invecchiamento.
Un mercato sviluppato di beni e servizi per un invecchiamento sano e attivo avrebbe un impatto significativo sull'efficienza dei sistemi sanitari e di assistenza sociale, aumentando potenzialmente la loro sostenibilità. L'introduzione su larga scala e sistematica di innovazione sociale e tecnologica (come la sanità elettronica, la teleassistenza, la cura integrata, la vita indipendente) hanno dimostrato la possibilità di aumentare sensibilmente l'efficienza dei sistemi sanitari e di assistenza a lungo termine a livello regionale e nazionale, oltre a generare risparmi di costi.
La Commissione europea sta già perseguendo iniziative politiche rilevanti per la Silver Economy ad esempio in merito a:

- potenziare nuovi mercati e traini economici, come la ristrutturazione di riserve edilizie, anche per la vita indipendente, e per il turismo di bassa stagione per anziani;
- garantire sistemi di assistenza a lungo termine accessibili, di alta qualità e sostenibili nonché promuovere investimenti sociali rivolti ai sistemi e ai servizi di protezione sociale;
- intraprendere azioni di innovazione su larga scala come il partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo (EIP-AHA)[1] e il programma congiunto the Active and Assisted Living Joint Programme[2];
- sviluppare nuove competenze imprenditoriali in relazione alle esigenze di una popolazione anziana, supportate dalla nuova Comunità di Conoscenza e di Innovazione sull'invecchiamento sano e attivo, sotto la guida dell'Istituto Europeo di Tecnologia;
- identificare l'invecchiamento sano e attivo come una delle priorità nelle "smart specialization";
- promuovere l'accessibilità, la qualità e la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari e di assistenza sociale;
- potenziare ricerca e innovazione in risposta al cambiamento demografico attraverso il programma H2020.

Inoltre, il Centro Comune di Ricerca della Commissione, attraverso le sue ricerche sulla sanità elettronica, la cura integrata e l'invecchiamento sano e attivo, contribuisce a informare i decisori politici e fornisce un sostegno diretto all'iniziativa EIP-AHA.

In questo contesto, al crescente fenomeno di invecchiamento della popolazione connesso alle malattie croniche, è legata la necessità dei potenziali pazienti di potersi muovere all'interno del territorio dell'Unione Europea al fine di scegliere l'offerta di trattamento più idonea. La libera mobilità dei cittadini europei è ora un principio fondamentale e il capo saldo stabilito inizialmente da diverse sentenze della Corte di giustizia europea e successivamente dalla direttiva "transfrontaliera" CE/2011/24.

1.2 Il contesto normativo

Secondo il principio di attribuzione delle competenze, l'Unione Europea può agire solo nei settori e secondo gli obiettivi stabiliti dai trattati.
Ai sensi dell'art. 35 della carta dei diritti dell'uomo dell'Unione europea e del TFUE, gli Stati membri sono responsabili dell'organizzazione della prestazione di servizi sanitari, mentre l'Unione potrebbe esercitare solo poteri di integrazione e coordinamento.

[1] http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing
[2] http://www.aal-europe.eu/

Coerentemente a queste disposizioni, le istituzioni dell'UE hanno sempre trattato anche la tutela della salute come parte del mercato unico.
La libertà di mobilità dei lavoratori implicava il diritto all'assistenza sanitaria anche negli altri paesi dell'UE. Il coordinamento con i sistemi di previdenza sociale è stato istituito, in primo luogo, con il Regolamento n. 1408/71, relativo all'applicazione di regimi di sicurezza sociale per i lavoratori subordinati e ai loro familiari, che si muovono all'interno della Comunità e, successivamente, con il Regolamento n. 803/04, che includeva il primo.
Precedentemente, con due pronunce, Kohl[3] e Decker[4], la Corte di Giustizia Europea ha creato un sistema parallelo di accesso al trattamento in altri Paesi dell'Unione. Successivamente, sono state pronunciate numerose sentenze che hanno visto l'applicazione del principio della libera circolazione dei servizi ad ogni tipo di servizio sanitario.
In questo modo si è sviluppato principalmente un vero e proprio sistema di accesso al trattamento transfrontaliero, basato sul diritto dei cittadini europei di scegliere i loro fornitori di cure mediche all'interno del mercato unico e sulla libertà dei creditori di svolgere la propria attività verso tutti i potenziali pazienti di quel mercato.
Oggi le persone assistite dal sistema sanitario di un paese dell'Unione europea possono ricevere cure, dalle competenti istituzioni sanitarie del proprio stato e in tutti gli altri paesi dell'Unione europea.
Considerando il modo in cui il sistema sanitario è responsabile delle spese, i costi del sistema di copertura dell'assistenza sanitaria in un altro stato dell'UE sono governati da due strumenti regolatori comunitari:

1) Pagamento diretto dal sistema sanitario appartenente al paese in cui l'assistenza sanitaria è fornita
2) Rimborso al paziente delle spese pagate dallo stesso ai prestatori di cure mediche

Il primo sistema, in applicazione dei Regolamenti Comunitari sulla sicurezza sociale n. 883 del 29 aprile 2004 e n. 987 del 16 settembre 2009, consente al paziente di ricevere un trattamento in un altro paese dell'UE, negli altri paesi SEE e in Svizzera, alle stesse condizioni di quelle dell'assistito dal sistema sanitario del paese di trattamento.

I servizi sanitari forniti da strutture sanitarie o da professionisti, pubblici o privati convenzionati, sono pagati direttamente dal proprio sistema sanitario (assistenza diretta); qualsiasi partecipazione a spese sanitarie (ticket) non è normalmente rimborsata. Questo sistema non è applicato ai servizi forniti dalle strutture sanitarie o da professionisti privati che non sono affiliati (o al di fuori delle convenzioni).

In estrema sintesi si possono definire due possibili percorsi: uno è riferito alla persona che si trova in soggiorno temporaneo all'estero e per necessità sopravvenute si rivolge alla struttura sanitaria, esibendo la Tessera Europea di Assicurazione Malattia TEAM (ovvero EHIC– European Health Insurance Card) che è un documento che attesta il diritto a ricevere l'assistenza sanitaria medicalmente necessaria o urgente in tutti i Paesi dell'Unione Europea, Svizzera, Norvegia, Islanda e Liechtenstein. L'altro è riferito ad una persona che si reca all'estero per ricevere cure di alta specializzazione non disponibili o non disponibili in tempo congruo con lo stato di salute della persona nel proprio Paese, in questo caso si deve richiedere una autorizzazione preventiva al proprio Paese di affiliazione sanitaria.
L'autorizzazione è subordinata a queste due condizioni:

1) La cura è adeguata e mira a garantire la tutela della salute della persona interessata

[3]Case C-158/96, Kohll v Union, [1998] ECR I-1931.
[4]Case C-120/95, Decker v Private Found of employees, [1998] ECR I-1831

2) La cura è parte dei servizi sanitari che possono essere forniti dal sistema sanitario di appartenenza, ma non possono essere praticati nel paese originario entro un periodo accettabile da un punto di vista medico, tenendo conto dello stato di salute e della probabile evoluzione della malattia.

Tale autorizzazione è concessa con l'emissione di un certificato denominato S2 (ex E112) da sottoporre alle istituzioni competenti o ai prestatori di cure mediche nel paese di trattamento.
Per consolidare tale orientamento, il 9 marzo 2014 è stata adottata la direttiva 2011/24/UE, sui diritti dei pazienti relativamente alle cure transfrontaliere che ha chiarito i termini delle possibilità per lo Stato Membro di porre eventuali giustificate limitazioni.
Questa definisce il diritto dei pazienti di ottenere il rimborso delle cure sanitarie ricevute in un altro Stato membro e disciplina, inoltre, il fenomeno delle cure transfrontaliere, in particolare la possibilità per i pazienti di spostarsi in altri paesi al fine di ricevere assistenza sanitaria.
L'idea alla base di questa legislazione è la cooperazione tra sistemi sanitari, ciascuno operante nel proprio sistema normativo, e non l'integrazione di essi in uno solo.
La direttiva stabilisce un sistema di regole per consentire e migliorare la circolazione dei pazienti sul mercato, prevedendo un autentico diritto al rimborso delle spese sostenute per le cure transfrontaliere, creando così un nuovo diritto alla salute europea.
La disposizione affianca le norme di sicurezza sociale e prevede ulteriori opportunità di beneficiare dell'assistenza sanitaria in altri paesi dell'UE, alle seguenti condizioni:

- il paziente anticipa i costi dell'assistenza sanitaria autorizzati nei casi previsti e successivamente richiede il rimborso al sistema sanitario del suo paese (assistenza indiretta)
- i trattamenti rimborsabili sono quelli forniti dal sistema sanitario, ad esclusione delle cure a lungo termine; inoltre, sono esclusi gli interventi ai fini del trapianto d'organo e, con le eccezioni di cui al Capitolo IV della Direttiva, gli interventi previsti dai programmi pubblici di vaccinazione contro le malattie contagiose, volti esclusivamente a proteggere la salute della popolazione nel territorio dello Stato membro e che sono soggetti a specifiche pianificazione e misure di attuazione
- il rimborso dei servizi sanitari è al massimo pari al costo che il sistema sanitario avrebbe sostenuto se il trattamento fosse stato fornito nello stato di appartenenza, senza eccedere il costo totale del trattamento. Gli Stati possono anche decidere di rimborsare l'intero costo del trattamento, se è superiore ai costi che il sistema sanitario avrebbe sostenuto se l'assistenza fosse stata fornita sul suo territorio e di rimborsare le spese di viaggio e di accompagnamento

L'art. n. 8 della direttiva consente agli Stati membri di avvalersi di un sistema di autorizzazione preventiva per l'assistenza sanitaria, che è soggetto alle esigenze di pianificazione quando tale assistenza comporta il ricovero del paziente per almeno una notte o richiede l'uso di attrezzature mediche altamente specializzate e costose. In particolare in Italia per quanto attiene all'assistenza sanitaria transfrontaliera si fa riferimento al Decreto del Ministro della salute 16 aprile 2018, n. 50; per le prestazioni fruibili si fa riferimento ai Livelli Essenziali di assistenza, così come aggiornati con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 (vedasi l'articolo 61, che definisce l'ambito di applicazione dell'assistenza transfrontaliera).

L'articolo n. 11 attua il principio del riconoscimento reciproco delle esigenze mediche tra gli Stati membri e autorizza la Commissione ad adottare misure concrete per agevolare tale riconoscimento.

Tali misure sono state per lo più affrontate dalla direttiva di esecuzione EU/2012/52, che ha istituito un elenco di elementi comuni da includere nelle prescrizioni mediche transfrontaliere.
Secondo l'articolo 12, la Commissione sostiene lo sviluppo di reti di riferimento europee (ERNs – European Reference Networks) di prestatori di cure sanitarie e centri di eccellenza (in particolare nel settore delle malattie rare) attraverso l'adozione dei criteri e delle condizioni che devono essere rispettate da queste reti e dagli istituti di credito che desiderano unirsi a loro, l'elaborazione dei criteri per la creazione e la valutazione di queste reti e la facilitazione dello scambio di informazioni e competenze in materia di reti.
La direttiva sulle cure transfrontaliere arricchisce i cittadini europei di un nuovo diritto alla salute che è il diritto di accedere al mercato dei servizi sanitari a scapito del loro servizio sanitario nazionale. In questo modo, ai cittadini viene offerta la possibilità di scegliere i vantaggi del mercato unico ed agli Stati membri la possibilità di ottimizzare le loro risorse in questo settore, con un'auspicabile riduzione dei costi e una migliore qualità e specializzazione delle cure.
La direttiva individua nel riconoscimento e nella protezione dei diritti del paziente la condizione essenziale perché essa sia efficace.

Con il Decreto Legislativo n. 38 del 14 marzo 2014, l'Italia ha recepito la Direttiva UE n. 24 del 2011 sull'applicazione dei diritti dei pazienti relativamente alle cure transfrontaliere, così come la Direttiva UE n. 52 del 2012, che tratte delle misure per facilitare l'identificazione delle prescrizioni mediche emesse in un altro stato Membro. Il governo ha così stabilito:

- I principi generali e i diritti connessi alle cure sanitarie transfrontaliere;
- Garanzie e mezzi di protezione dei pazienti di un altro Stato membro dell'Unione europea;
- Il punto di contatto nazionale per l'assistenza sanitaria transfrontaliera, allo scopo di agevolare lo scambio di informazioni tra i paesi e collaborare strettamente con i punti di contatto nazionali dell'altro paese dell'Unione europea e con la Commissione europea. Al fine di consentire al paziente di essere a conoscenza dei loro diritti in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera, i punti di contatto nazionali forniscono tutte le informazioni relative ai creditori di assistenza sanitaria, comprese le informazioni sul diritto di un creditore specifico per fornire servizi o qualsiasi restrizione sul suo esercizio. Fornisce inoltre informazioni sui diritti dei pazienti, sulle procedure di reclamo e sui sistemi di protezione, conformemente alla legislazione nazionale, nonché sugli aspetti giuridici.

1.3 Tabella riassuntiva del contesto normativo

Norma di riferimento	Contenuti
Carta dei diritti dell'uomo dell'UE – art. 35	Responsabilità degli Stati membri dell'organizzazione della prestazione di servizi sanitari. L'Unione esercita quindi solo poteri di integrazione e coordinamento.
Regolamento n. 1408/71 e successivo Regolamento n. 803/04	Applicazione di regimi di sicurezza sociale per i lavoratori subordinati e ai loro familiari, che si

	muovono all'interno della Comunità.
Sentenze della Corte di Giustizia Europea "Kohl e Decker" del 28 aprile 1998, cause C-120/95 e C-158/96	Applicazione del principio della libera circolazione dei servizi ad ogni tipo di servizio sanitario.
Regolamenti Comunitari sulla sicurezza sociale n. 883 del 29 aprile 2004 e n. 987 del 16 settembre 2009	Autorizzazione al paziente di ricevere un trattamento in un altro paese dell'UE, negli altri paesi SEE e in Svizzera, alle stesse condizioni di quelle dell'assistito dal sistema sanitario del paese di trattamento.
Direttiva EU 2011/24/UE sull'assistenza sanitaria transfrontaliera	Definizione di un sistema di regole per consentire e migliorare la circolazione dei pazienti sul mercato, prevedendo un autentico diritto al rimborso delle spese sostenute per le cure transfrontaliere, creando così un nuovo diritto alla salute europea.
Decreto Legislativo n. 38 del 14 marzo 2014	Recepimento italiano della Direttiva UE n. 24 del 2011 sull'applicazione dei diritti dei pazienti relativamente alle cure transfrontaliere.

2. Turismo sanitario: definizioni

Appare opportuno, nella ricerca di una definizione di turismo sanitario fare alcune premesse introduttive di contesto.
Si ritiene utile riferirsi ai soli flussi cross-border in quanto gli spostamenti per cure o le cure ricevute in situazioni di necessità e urgenza, nel proprio Paese, in una regione diversa da quella di residenza, rappresentano flussi che a livello di Servizi Sanitari Nazionali non modificano gli importi complessivi di spesa dello Stato Membro.
Considerato che una valida ed omogenea rappresentazione dei flussi di mobilità delle persone (spostamenti sia a livello nazionale che cross-border) la si può ricavare dai dati sui pernottamenti e sulle presenze turistiche, per dare delle definizioni che siano in qualche modo misurabili (almeno come ordini di grandezza), appare opportuno partire dal concetto di mobilità delle persone cercando di metterla in relazione con le cure e le prestazioni sanitarie ricevute in un Paese diverso da quello di propria residenza-affiliazione. Si può quindi introdurre come elemento di classificazione il "motivo dello spostamento", per il quale si potrà avere che la motivazione al recarsi in uno Stato estero è "la ricerca di cure" oppure di tipo prettamente "turistico" in cui ci si trova nella necessità di rivolgersi ai servizi sanitari locali per situazioni sopraggiunte e non prevedibili (urgenza, cura medicalmente necessaria) o per condizioni particolari (problematiche-patologie, cronicità, ecc.).

Sulla base delle premesse di cui sopra e rifacendosi alle definizioni del Pacchetto di lavoro n.8 del progetto europeo HoNCAB[5] ed alla terminologia della Direttiva UE 24/2011, si riportano principalmente tre definizioni di turismo sanitario:

L'**HEALTH TOURISM** (turismo sanitario) vuole ricomprendere tutte quelle situazioni riconducibili alle persone che scelgono di recarsi in uno stato differente da quello di propria affiliazione sanitaria per ricevere delle cure-trattamenti sanitari (si tratterà quasi esclusivamente di cure di tipo programmato). La motivazione allo spostamento della persona è una motivazione "sanitaria", ottenere una prestazione sanitaria in un Paese diverso da quello al cui servizio sanitario l'utente è affiliato (erogata da un'istituzione e/o professionista affiliati ad un SSN estero).

L'**HEALTHCARE to TOURIST** (assistenza sanitaria al turista) vuole ricomprendere tutte quelle situazioni riconducibili a persone che durante una loro temporanea "presenza turistica" (turismo vero e proprio, transito, situazioni lavorative occasionali quali presenze per congressi, riunioni ecc.), in uno stato differente da quello di propria affiliazione sanitaria, vengono a trovarsi nella necessità di dovere accedere ai servizi sanitari/ricevere cure nelle località di vacanza o di temporanea presenza [generalmente le necessità di accesso ai servizi sanitari sono sopraggiunte; si tratterà per lo più di accessi per cure urgenti e/o occasionali anche se in casi particolari (ad esempio dializzati) saranno di tipo programmato]. La motivazione allo spostamento della persona è una motivazione "turistica". La persona, quindi, sceglie di spostarsi in un altro Stato per "Turismo" (vacanza, trasferta, lavoro, ecc.) e l'accesso ai servizi sanitari all'estero è conseguenza di un'evenienza non prevista che si è verificata durante il soggiorno temporaneo all'estero.

Il **DIRECT CROSS-BORDER HEALTHCARE** (assistenza sanitaria transfrontaliera) vorrebbe ricomprendere i casi di mobilità ed assistenza sanitaria transfrontaliera in aree di confine relativa ai residenti in tali aree. Generalmente è riscontrabile in aree confinarie caratterizzate da un elevata mobilità cross-border dei

[5] http://honcab.eu/about-honcab/

residenti (nelle località di confine), a volte con messa in rete di strutture o servizi sanitari, esistenza di progetti di collaborazione, convenzioni, accordi, ecc..

A livello di sistema Paese, si ritiene utile sviluppare ulteriormente il livello di definizione, guardando al fenomeno del turismo in funzione di cosa l'utente ricerca:

- ✓ **MEDICAL TOURISM** (cure mediche) che coinvolge le persone che viaggiano esclusivamente per l'accesso ai servizi sanitari e associate alla cure delle malattie;
- ✓ **WELLNESS TOURISM** (trattamenti wellness) che promuove il benessere personale e permette alle persone di mantenere o migliorare la propria salute;
- ✓ **SPA TOURISM** (trattamenti erogati dalle Spa) che è posizionato nel mezzo, focalizzandosi sulla guarigione, la bellezza e il benessere del corpo, con l'obiettivo di prevenire le malattie e di mantenere un buono stato di salute.

Se guardiamo al fenomeno del turismo dal punto di vista di chi ne usufruisce, si possono aggiungere altre due definizioni:

- ✓ **WELL BEING TOURISM**: è riconosciuto come sub-concetto di turismo della salute. Oltre a prevenire le malattie e sostenere il benessere, l'obiettivo del "turismo del benessere" è quello di provare esperienze di piacere e di lusso (bagni, relax, trattamenti di bellezza, sauna ecc.;). Il turismo del benessere si differenzia dal turismo sanitario per quanto riguarda le motivazioni dei turisti. Nel turismo sanitario il principale motivo è quello di curare le malattie, mentre nel turismo del benessere il motivo principale è prevenire le malattie o mantenere la salute e il benessere.
- ✓ **INCLUSIVE TOURISM**: è un movimento globale per garantire l'inclusione sociale delle persone con disabilità garantendo loro la possibilità di viaggiare (cit. Dott. Scott Rain).

3. Mappatura dei flussi turistici a livello nazionale ed Internazionale

3.1 Il problema dei dati

I numeri relativi all'attività di turismo sanitario sono molto frammentati, divergenti e, spesso, obsoleti. Difficile infatti tracciare i flussi internazionali dei pazienti. A livello globale l'Associazione "Patients Beyond Borders" mostra stime che variano in un range tra i 45 e i 72 miliardi di dollari per una popolazione di turisti sanitari di circa 14 milioni. La "Medical Tourism Association" stima, invece, un mercato di circa 100 miliardi per un totale di 11 milioni di pazienti che si recano all'estero per effettuare delle cure. Uno studio della Deloitte[6] calcola che ogni anno nel mondo sette milioni di persone si mettono in viaggio per motivi di salute, generando un volume d'affari di 100 miliardi di dollari, che diventeranno 150 nel 2018. I ricavi generati dal turismo sanitario ammontano a 12 miliardi di euro in Europa, secondo le stime dell'Osservatorio OCPS-SDA Bocconi[7]. L'Italia ha oggi il 17% di quella quota, pari a 2 miliardi, che secondo gli osservatori internazionali[8] potrebbero arrivare a 4, implementando l'offerta di servizi sanitari e turistici offerti agli stranieri. Del resto recenti indagini[9] dicono che il 53% dei cittadini europei è disposto a farsi curare in altri Paesi Ue. Secondo l'European Travel Monitor (ETM), i viaggi legati alla cura della salute pesano per circa il 15% sui viaggi turistici complessivi. Se si tiene conto che i ricavi generati dai viaggi per turismo medico-sanitario nell'Unione Europea si aggirano, stando alle stime della ECCP Business Review, attorno ai 12 miliardi di Euro all'anno, si può dire che circa un terzo dei viaggi legati alla salute è orientato all'utilizzo di strutture mediche specializzate. Per l'Italia i dati sono ancora più instabili. Questa mancanza di statistiche (o sovrabbondanza destrutturata) è dovuta in parte alle difficoltà strutturali di rilevare il fenomeno, in parte perché è noto come il turismo sanitario, specialmente quello "inbound", abbia fino ad oggi destato scarsa attenzione.

3.2 Un trend in costante crescita in Europa

Numerosi fattori alimentano e sostengono il recente trend verso una crescita del turismo medico sanitario. In particolare questo fenomeno si lega a cambiamenti demografici e negli stili di vita della popolazione, specialmente nei paesi industrializzati. L'invecchiamento della popolazione e il maggior tempo che si può dedicare alla cura della propria salute sono fattori decisivi in questo processo. Inoltre, la sempre maggior diffusione di informazioni accessibili a tutti i pazienti e il ruolo sempre più attivo che questi giocano nella ricerca delle cure più adatte al proprio caso sono elementi determinanti per capire come le possibilità di viaggiare per la salute siano diventate sempre più frequenti. Oltre a questi fattori, si può spiegare la decisione individuale di viaggiare all'estero per ricevere cure mediche attraverso quattro elementi: a) Prezzo dei servizi; b) Qualità; c) Disponibilità; d) Tempestività. I differenziali di prezzo sono una delle motivazioni principali per spiegare la scelta dei pazienti di curarsi in un paese diverso da quello di origine. Tali differenziali possono in molti casi essere consistenti, soprattutto se si considera l'incremento dei prezzi di molti servizi sanitari privati nei paesi industrializzati e il sempre maggior numero di persone non assicurate negli USA, ossia il principale mercato di riferimento mondiale per il settore sanitario. La possibilità di viaggiare a prezzi contenuti (crescita delle compagnie aeree low-cost, crescente concorrenza sulle tratte internazionali), la diffusione delle tecnologie web (che consentono ai pazienti un accesso diretto

[6] https://www2.deloitte.com/us/en/pages/consumer-business/articles/travel-hospitality-industry-outlook.html
[7] http://www.sanita24.ilsole24ore.com/print?uuid=AEb38G9D&refresh_ce=1
[8] https://italiantasteforyou.com/cloud/userfile/2JbDm3OSRKa4hl3
[9] https://italiantasteforyou.com/cloud/userfile/2JbDm3OSRKa4hl3

alle informazioni sulla possibilità di curarsi all'estero) e la crescente tendenza ad offrire pacchetti-vacanze abbinate al trattamento medico specialistico (rendendo così più attraente e in alcuni casi conveniente la prospettiva del viaggio) sono fattori che incidono notevolmente sul trend di rapida espansione in questo segmento di domanda. Un'altra tipologia di turismo sanitario prevede la ricerca di una qualità superiore per le cure a cui sottoporsi, indipendentemente dai costi delle stesse. In molti casi si tratta di una opzione di cui godono soltanto alcune categorie di pazienti con medio-alta disponibilità a pagare. Per quanto riguarda l'indisponibilità dei servizi ricercati nel proprio paese di origine, si possono distinguere due diverse situazioni. La prima è legata alle debolezze e/o alla arretratezza del sistema sanitario e delle strutture in generale. Un'altra tipologia di motivazioni che vincolano la disponibilità di un determinato servizio sanitario in un Paese sono quelle di tipo legale ed etico. La possibilità di usufruire di un servizio tempestivamente è un altro dei fattori che incidono sulla scelta di recarsi all'estero per ricevere cure sanitarie. Uno studio della University of York del 2004 metteva in evidenza che circa l'87% dei pazienti britannici che si recava all'estero per cure mediche era spinto dalla lunghezza delle liste d'attesa nel proprio paese. Oltre a questi fattori, altre considerazioni possono acquisire importanza nelle scelte del paziente: tra queste, la valutazione di elementi non strettamente legati al servizio: ad esempio interesse naturalistico, o culturale per luoghi che si potranno visitare, magari associando al trattamento giorni di permanenza aggiuntivi. Inoltre in molti casi il paziente sceglie di curarsi in strutture estere per mantenere anonimato o riservatezza sulle proprie condizioni di salute o sugli interventi cui si sottopone. E' spesso il caso, ad esempio, di interventi di chirurgia plastica oppure di personaggi famosi/pubblici che vogliono sottrarsi all'attenzione dei media. Cresce l'evidenza di come i prezzi di cure e trattamenti sanitari in paesi come India, Tailandia, Sud Africa, Brasile ed Europa dell'Est siano sensibilmente inferiori rispetto a quelli di paesi a più alto reddito. Numerosi tour operator offrono "medical tours" nei paesi del centro Europa, specialmente in Ungheria, dove i prezzi dei servizi di odontoiatria sono in media del 30% inferiori a quelli praticati in Germania, in cui l'assicurazione statale copre soltanto il 10% del costo del servizio. Il costo degli interventi chirurgici in India, Tailandia o Sud Africa può arrivare ad essere un decimo di quello negli USA o nell'Europa Occidentale: un intervento di sostituzione della valvola cardiaca, che costerebbe 200.000 US $ negli USA, per esempio, può venire a costare attorno ai 10.000 US $ in India, includendo un volo andata e ritorno e un breve pacchetto vacanza. Molti paesi in via di sviluppo o emergenti esportano servizi sanitari attraverso il turismo medico sanitario: Cuba, per esempio, ha investito nell'attrazione di pazienti dai paesi dell'America Latina, Europa e Russia. Una delle scelte delle strutture sanitarie è stata quella di differenziare la propria offerta specializzandosi sul trattamento di alcune malattie della pelle e sullo sviluppo di nuove procedure e sostanze medicinali, come trattamenti per la retinite pigmentosa o la vitiligine.

Le stime più recenti indicano che il numero maggiore di viaggiatori per ragioni sanitarie si rivolge a strutture dell'Unione Europea e del Nord America.

3.3 I flussi del turismo sanitario in Europa

A causa di questa mancanza di dati diretti e affidabili sul turismo sanitario, lo studio "*Research for TRAN Committee - Healthtourism in the EU: a general investigation*"[10] ha combinato vari dati per ottenere cifre credibili sul numero di viaggi, pernottamenti ed entrate nell'ambito del turismo sanitario in UE. Secondo i calcoli effettuati nello studio, nel 2014, la dimensione totale del mercato europeo del turismo sanitario era pari a 56milioni di arrivi nazionali e 5,1 milioni di arrivi internazionali (da tutto il mondo), per un totale di 61,1 milioni di arrivi.

[10] http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2017/601985/IPOL_STU(2017)601985_EN.pdf

Il mercato totale del turismo sanitario comprende il 4,3% di tutti gli arrivi UE, il 5,8% degli arrivi nazionali e l'1,1% di arrivi internazionali, come indicato nella tabella di seguito.

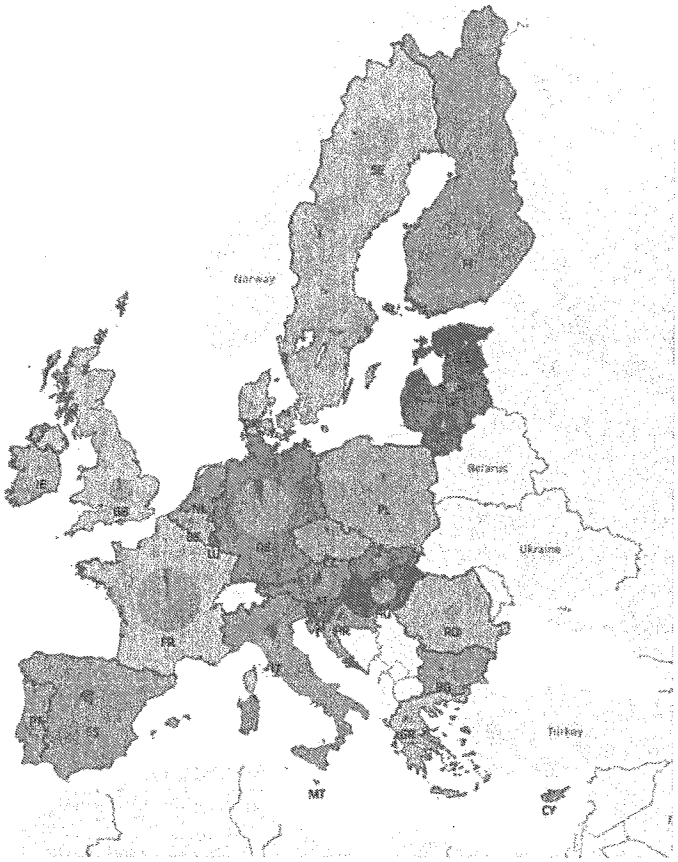
	All trips	Domestic	International
Total trips (million)	1,361	900	461
Health tourism trips (million)	61.1	56.0	5.1
Health tourism share of total trips (%)	4.3	5.8	1.1

Source: UNWTO (2016b) and our own calculations.

In termini di pernottamenti, il turismo sanitario nell'UE comprende 233,7 milioni di pernottamenti per i viaggi nazionali e 16,7 milioni per quelli internazionali, per un totale di 250,4 milioni. La durata media del soggiorno è di 4,1 notti, mentre per i viaggi internazionali è 8,5.
Sotto, nella mappa 1, è mostrato il turismo sanitario dell'UE dal punto di vista della destinazione, cioè tutti gli arrivi domestici e internazionali. La quota di arrivi del turismo sanitario internazionale (come percentuale di tutti gli arrivi per nazione, indicati con il colore blu) varia dallo 0,3% (Regno Unito) a quasi il 5,3% (Estonia). I grafici a torta, riportati nella mappa, indicano i rapporti tra turismo sanitario domestico ed internazionale per paese e mostrano chiaramente che nazioni come la Svezia, la Finlandia e la Francia hanno quote di turismo sanitario internazionale molto ridotte (1-3%), mentre l'Austria riceve una quota del 35% di turisti internazionali per motivi di salute e per piccoli paesi come il Lussemburgo e Malta, questa quota è pari a circa l'80%.

Map 1: Health-tourism arrivals in the EU28 in 2014

Health tourism destinations (arrivals)



Map based on Longitude (generated) and Latitude (generated) and Latitude (generated). Details are shown for Country and Countrycode. For pane Latitude (generated): Color shows sum of Share of health tourism (international arrivals). For pane Latitude (generated) (2): Color shows details about Domestic health tourism arrivals and International health tourism arrivals. Size shows sum of All health tourism (arrivals). The marks are labeled by Countrycode. Details are shown for Country, Countrycode, Domestic health tourism arrivals and International health tourism arrivals.

All health tourism (arrivals): 0; 10,000,000; 20,000,000; 30,000,000

Measure Names: Domestic health tourism arrivals; International health tourism arrivals

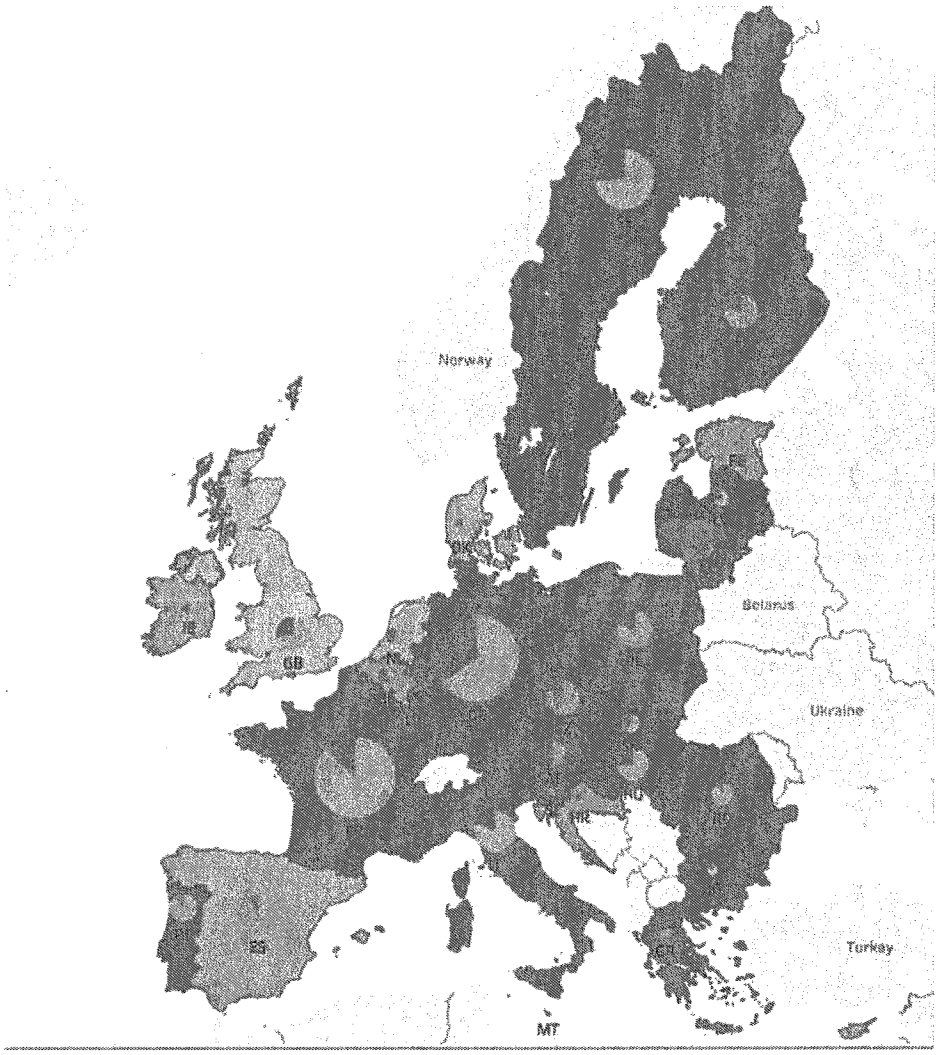
% int. health (arrivals): 0.00% – 6.00%

*http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2017/601985/IPOL_STU(2017)601985_EN.pdf

La mappa 2 mostra, invece, i dati sul turismo sanitario dalla prospettiva opposta, quindi relativa alle partenze. La quota di viaggi totali (domestici ed internazionali) per motivi sanitari (come la percentuale di tutte le partenze per paese, indicate con il blu) varia da circa l'1,3% (Regno Unito) al 14,3% (Lettonia). I grafici a torta indicano il rapporto tra partenze nazionali ed internazionali. Le quote di partenze internazionali vanno da valori inferiori al 12% in Romania, Spagna, Portogallo e Francia, a oltre il 60% in Belgio e Malta e il 95% in Lussemburgo. La dimensione dei grafici a torta rappresenta il numero totale di partenze (nazionali e internazionali) di ogni paese. Ancora una volta, come con gli arrivi, Germania, Francia e Svezia sono gli attori principali, che rappresentano il 58% del mercato del turismo sanitario in numero di partenze.

Map 2: Health-tourism departures in the EU28 in 2014

Health related markets (departures)



Map based on Longitude (generated) and Latitude (generated) and Latitude (generated). Details are shown for Country and Countrycode. For pane Latitude (generated): Color shows sum of Share of health tourism (departures). For pane Latitude (generated) (2): Color shows details about Domestic health tourism arrivals and International health tourism (departures). Size shows sum of All health tourism (departures). The marks are labeled by Countrycode. Details are shown for Country, Countrycode, Domestic health tourism arrivals and International health tourism (departures).

All health tourism (departures)	Measure Names	% health trips inhabit.
0	Domestic health tourism arrivals	0.00% – 15.00%
10,000,000	International health tourism (departures)	
20,000,000		
30,000,000		
35,000,000		

*http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2017/601985/IPOL_STU(2017)601985_EN.pdf

La distribuzione delle strutture è raffigurata nella mappa 3 in cui si mostra la misura in cui le strutture sanitarie offrono alloggio. Ogni punto sulla mappa rappresenta una singola sistemazione. I punti verdi indicano la presenza di meno di cinque strutture sanitarie, mentre i punti rossi di venti o più. La dimensione dei punti rappresenta il numero di stanze. Alte concentrazioni sono particolarmente visibili nei pressi delle grandi città, in Europa centrale, in Italia, nel Mediterraneo e in alcune aree costiere del Baltico.

Map 3: Characteristics of the supply of health-tourism facilities at EU28 accommodations in 2016

Heat map of health tourism hotel facilities

Map based on Longitude and Latitude. Color shows sum of Health related score. Size shows sum of Rooms.

Number of rooms: 0, 500, 1,000, 1,500, 2,000

Health facilities score: 0 – 20

Source: Author's own elaboration.

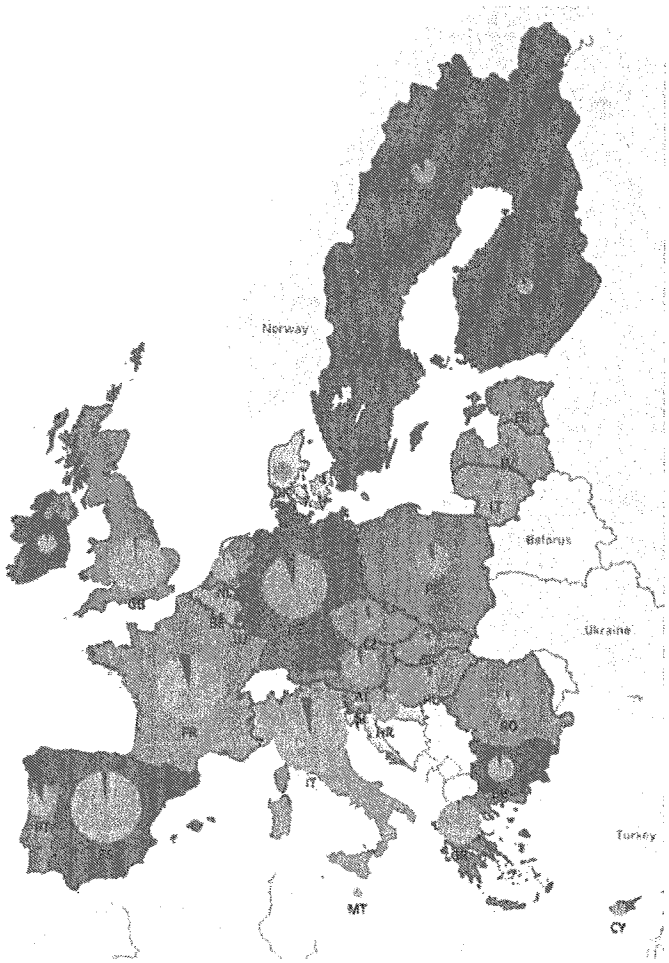
Note: Green dots represent accommodations with a low number of health-tourism facilities (less than five) and red dots with high numbers (twenty or higher). The size of the dots is representative of the number of rooms. All 450,000 accommodations analysed have been included.

*http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2017/601985/IPOL_STU(2017)601985_EN.pdf

Nella mappa 4, invece, si fornisce una rappresentazione degli alloggi destinati ai turisti che si spostano per motivi sanitari. Il punteggio medio per alloggio è indicato dall'intensità del blu. La Finlandia e la Bulgaria hanno un punteggio particolarmente alto, il che indica che le strutture in questi paesi offrono un livello relativamente alto di sistemazioni. I grafici a torta indicano il rapporto tra gli arrivi nazionali e internazionali per paese. La dimensione dei grafici a torta rappresenta il numero totale di camere disponibili per paese (basato sui dati di booking.com). Chiaramente, l'Italia, la Spagna, la Francia, la Germania e il Regno Unito hanno la maggior fornitura di alloggi nelle strutture sanitarie. In tutti i casi, la quota di arrivi del turismo sanitario è ridotta, il che è prevedibile, ma le quote più alte di turismo sanitario - come indicato dai grafici a torta - non sempre si riferiscono a quote elevate di strutture sanitarie - indicate dalla sfumatura blu. I casi più evidenti sono quelli della Francia, con una quota relativamente alta di arrivi turistici e una bassa percentuale di strutture e la Spagna, dove viene mostrato il contrario.

Map 4: Health tourism supply of accommodation health-related facilities in the EU28 in 2016

Health related supply (accomodation facilities)



Map based on Longitude (generated) and Latitude (generated) and Latitude (generated). Details are shown for Country and Countrycode. For pane Latitude (generated): Color shows sum of Average of Weighted health score. For pane Latitude (generated) (2): Color shows details about Share of non-health tourism (domestic plus international arrivals) and Share of health tourism (domestic plus international arrivals). Size shows sum of Total number of rooms. The marks are labeled by Countrycode. Details are shown for Country, Countrycode, Share of non-health tourism (domestic plus international arrivals) and Share of health tourism (domestic plus international arrivals).

Total number of rooms
15,090
500,000
1,000,000
1,500,000
2,067,328

Measure Names
Share of non-health tourism (domestic plus international arrivals)
Share of health tourism (domestic plus international arrivals)

Av. health facilities score
20.0 300.0

*http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2017/601985/IPOL_STU(2017)601985_EN.pdf

3.4 I flussi del turismo sanitario in Italia

In Italia, quello del turismo sanitario, è un trend crescente. Non si parla di turismo low cost nella sua accezione negativa, ma di un turismo con elevate capacità di spesa che arriva nel nostro Paese, come in altre nazioni, verso cliniche, ospedali, medici altamente specializzati. I paesi di provenienza dei turisti legati alla salute sono soprattutto Russia, Svizzera, Paesi arabi, ma arriveranno sempre più da altre nazioni mondiali grazie all'alta qualità della sanità italiana. Tante sono le strutture private e pubbliche che già operano con i turisti internazionali della salute: Humanitas, Ieo e San Raffaele di Milano, il Niguarda di Milano, il Rizzoli di Bologna e la Città della Salute di Torino. I pazienti stranieri che scelgono l'Italia sono attorno ai 5.000 ogni anno. I pazienti "globali" possono spendere fra i 20 mila e i 70 mila euro a intervento chirurgico o sanitario. Secondo Deloitte il solo turismo della salute dalla Russia in Italia vale 1,4 miliardi l'anno. Pertanto ospedali e cliniche si sono trovati a dover sviluppare nuovi business grazie ai nuovi clienti internazionali paganti, cercando di investire nelle stanze "superior", vere e proprie suite delle strutture sanitarie. I pazienti internazionali "altopaganti", oltre a visite specialistiche, checkup e operazioni chirurgiche possono alloggiare nelle lussuose stanze o far alloggiare in lussuosi hotel locali coniugi, parenti e accompagnatori e parallelamente alle cure, godere di tour artistici, enogastronomici e relax presso centri benessere o spiagge nei pressi della clinica dove questi sono ricoverati. Il trattamento a 5 stelle comprende anche un servizio di accompagnatore, servizio interprete, noleggio con conducente da e per gli aeroporti, da e per la clinica o l'ospedale, l'organizzazione del viaggio con assistenza e disbrigo delle pratiche, come la traduzione della cartella clinica secondo il paese di provenienza del paziente-turista, assicurazione. In questo senso sono molte anche le nuove professioni che abbracciano l'ambito sanitario e turistico-culturale, con la possibilità di creare ancora più nuove figure specializzate e nuove occupazioni con skill molto specifiche e riconosciute internazionalmente.

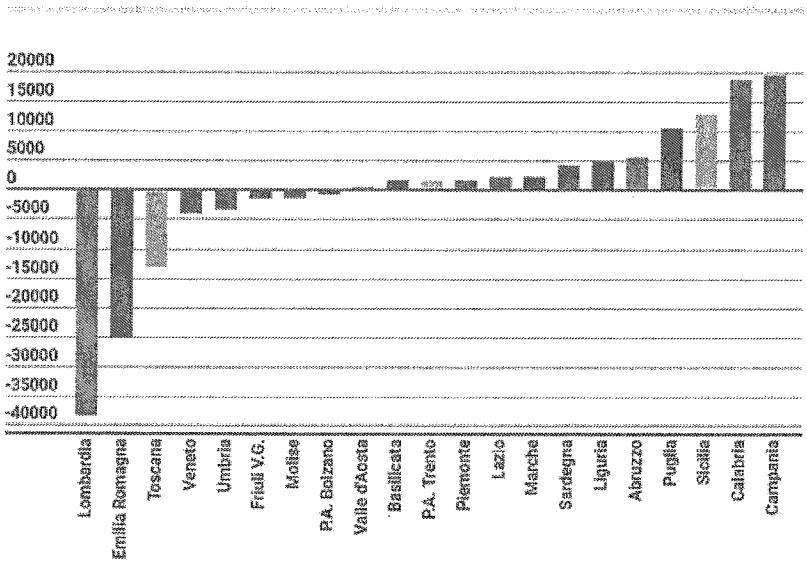
Come anticipato, diversi paesi (in particolare Croazia, Romania, Tunisia, India, ecc.) hanno ormai da anni aumentato progressivamente i volumi indotti da un certo turismo sanitario legato maggiormente all'esigenza di un contenimento dei costi per cure di media complessità quali l'odontoiatria, la chirurgia estetica e ricostruttiva, il trapianto dei capelli e le cure termali che ad oggi porta oltre 200mila italiani a varcare le Alpi. Ciò avviene perché questi Paesi si sono dotati di strutture di servizi che promuovono percorsi di turismo sanitario e fanno leva fortemente sui bassi costi ad una qualità accettabile e spesso su vere e proprie agenzie di turismo sanitario.

Ad ogni modo, è comunque altrettanto vero che diversa è la matrice dei flussi di pazienti che dall'estero vengono a curarsi in Italia. Si tratta di una clientela in cerca dell'eccellenza al costo dell'eccellenza. Come per gli altri beni e servizi, il consumatore/paziente valuta e sceglie le proprie opportunità di consumo dei servizi sanitari in funzione delle variabili sopra citate.

Ad oggi, però, in Italia il saldo è tutto negativo. Con soli 5 mila stranieri che scelgono di farsi curare da noi contro i 200 mila pazienti italiani che vanno oltre confine. Anche se a varcare le Alpi non sono tanto pazienti bisognosi di interventi chirurgici delicati o cure all'avanguardia, quanto persone alla ricerca del risparmio per cure dentarie, chirurgia estetica e ricostitutiva, trapianto dei capelli, terme mentre da noi si viene, invece, per prestazioni a più alto tasso di specializzazione: neurologia, cardiochirurgia, oncologia, chirurgia bariatrica e ortopedia in particolare.

Infine, per quanto concerne la mobilità sanitaria interregionale, i dati diffusi dal Ministero della Salute danno un quadro nazionale non omogeneo, con decine di migliaia di malati che si spostano dalla propria regione per curarsi altrove. Il grafico mostra il saldo, in valori assoluti, dei ricoveri di pazienti che hanno deciso di emigrare verso altre regioni per farsi curare e quelli immigrati nella propria regione. In testa c'è la

Lombardia con 38mila persone provenienti da altre aree d'Italia. A seguire vi sono Emilia Romagna con 25 mila e Toscana con quasi 13mila e ancora dopo Veneto, Umbria, Friuli, Molise, provincia di Bolzano. La maggior parte delle regioni italiane, invece, subisce un deflusso di pazienti. Le regioni che "perdono" più malati sono la Calabria, la Campania, la Sicilia e Puglia, ma anche il Piemonte ed il Trentino, da cui molti pazienti emigrano verso la Lombardia ed il Veneto. Per interpretare correttamente il grafico bisogna tener presente che esso indica i deflussi di pazienti. Per questo motivo l'istogramma della Lombardia è rivolto verso il basso e quello della Campania è rivolto verso l'alto: la prima ha un deflusso negativo, la seconda positivo.



*https://www.truenumbers.it/turismo-sanitario/

Il Turismo Sanitario è, non solo per i numeri, una grande occasione di sviluppo per il servizio sanitario italiano nel suo complesso. L'OMS, infatti, considera il SSN italiano come uno dei migliori al mondo per la qualità delle prestazioni mediche garantite, per la varietà di strutture pubbliche e private con reparti clinici di altissima specializzazione e per le numerose eccellenze riconosciute a livello mondiale.

4. Indirizzi di sviluppo nel corto, medio e lungo termine nell'ottica di un "turismo per tutti": focus sul turismo accessibile ed "age-friendly"

4.1 Bisogni emergenti nei territori "age-friendly"

L'Europa è la prima destinazione turistica al mondo, con la più alta densità e varietà di attrazioni. Di conseguenza, l'industria del turismo è un settore chiave dell'economia europea, che genera oltre il 10% del PIL dell'UE, impiega 9,7 milioni di persone e coinvolge 1,8 milioni di imprese. Il trattato di Lisbona riconosce esplicitamente l'importanza del turismo all'articolo 195,

La Convenzione internazionale sui diritti delle persone con disabilità del 2007 promuove un "Turismo accessibile per tutti", promuovendo i viaggi per gli anziani e le persone con esigenze speciali di accesso, quale elemento integrante di ogni politica di turismo responsabile e sostenibile. Nella strategia europea sul turismo "Europa, la prima destinazione turistica al mondo: un nuovo quadro politico per il turismo in Europa", adottata nel giugno 2010, la Commissione Europea ha definito 21 azioni per l'industria turistica europea. Tra questi, vi è l'obiettivo di migliorare l'accessibilità dei servizi turistici per sensibilizzare le parti interessate ad acquisire un maggiore know-how sulla domanda e sui profili dei viaggiatori con esigenze specifiche e valutare l'impatto economico del turismo "age-friendly" e "patient-friendly". Essi rappresentano una fetta di mercato molto importante, ma richiedono un adeguamento dei servizi che tenga conto delle loro esigenze specifiche. Lo stesso vale in riferimento ai servizi di accoglienza rivolti al crescente numero di turisti a ridotta mobilità (stimati di recente a 127 milioni di persone), alle persone con disabilità ed a coloro che sono affetti da malattie croniche, le cui esigenze dovrebbero trovare riscontro nell'offerta di servizi turistici dedicati. Il potenziamento dell'offerta di servizi per il turismo che coinvolge anziani e persone con particolari esigenze di accesso presenta difficoltà legate all'assistenza socio-sanitaria, che dipendono almeno in parte dalla mancanza di integrazione tra i sistemi sanitari degli Stati membri tra di loro e con l'offerta di servizi turistici. Ciò rende le destinazioni turistiche meno accessibili alle persone con esigenze specifiche di assistenza e servizi alla persona. Secondo la direttiva 2011/24/UE relativa all'applicazione dei diritti dei pazienti nell'assistenza sanitaria transfrontaliera, i fornitori di assistenza sanitaria dovrebbero fornire informazioni pertinenti per aiutare i singoli pazienti a fare una scelta informata, anche sulle opzioni di trattamento, sulla disponibilità, la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria forniti nello Stato membro di destinazione, attraverso la fornitura di informazioni chiare sui costi, nonché sulla loro accessibilità in termini di procedure di autorizzazione, prenotazione, copertura assicurativa o su altri strumenti di protezione personale o collettiva relativamente alle responsabilità degli operatori.

I dati demografici di Eurostat sulla popolazione europea prevedono che il numero di persone di età superiore ai 60 anni aumenterà di circa due milioni all'anno nei prossimi decenni, mentre la popolazione in età lavorativa, a causa della concomitante riduzione dei tassi di fertilità, inizierà a ridursi. Si prevede che il numero di persone con oltre 80 anni, che rappresentano coloro che sono maggiormente bisognosi di assistenza, aumenterà.

La fragilità definisce uno stato di declino e di estrema vulnerabilità dovuta all'invecchiamento, caratterizzata da debolezza e riduzione della riserva fisiologica, che contribuisce ad aumentare il rischio di cadute, istituzionalizzazione, disabilità e morte. Si sviluppa come conseguenza del declino correlato all'età in molti sistemi fisiologici, che collettivamente si traduce in vulnerabilità, repentini cambiamenti dello stato di salute, innescati da eventi minori di stress (Clegg A., Young J., Iliffe S., et al. Frailty in older adults, Lancet 2013).

Nel complesso, la fragilità è definita all'interno di due paradigmi principali: biomedico e bio-psico sociale. Secondo il paradigma biomedico (Fried et Al., 2004), la fragilità è definita come una "sindrome fisiologica caratterizzata da riduzione delle riserve funzionali e resistenza a "fattori di stress" a causa di un declino cumulativo di sistemi fisiologici che causano vulnerabilità ed eventi avversi".
Il paradigma bio-psico sociale (Gobbens et Al. 2010) definisce la fragilità come "uno stato dinamico che colpisce gli individui con perdite in uno o più domini funzionali (fisici, psicologici e sociali), aumentando complessivamente il rischio di eventi avversi". All'interno di questo approccio per rispondere ai fabbisogni di salute di tale popolazione, occorre prendere in considerazione diversi fattori, relativi all'ambito medico, ambientale, educativo, economico e psicologico, che richiedono in generale un approccio più olistico del paziente e della sua situazione.
Data la complessità del fabbisogno, la gestione della fragilità richiede una strategia integrata, multi-dominio e multi-professionale, che si concentri in particolare su interventi basati sulla comunità e sui servizi di assistenza primaria.
L'invecchiamento pone nuove sfide, come ad esempio la necessità di passare da un approccio reattivo alla malattia ad un potenziamento della prevenzione, della promozione della salute, dell'individuazione precoce delle condizioni di rischio per la salute, dell'empowerment dei cittadini rispetto alla propria salute. Secondo l'OMS i determinanti fisici e sociali sono elementi essenziali dell'invecchiamento attivo, indipendente ed in buona salute (WHO 2012). I cambiamenti demografici, lo stato di salute degli anziani e la loro autonomia personale avranno un impatto crescente sui bilanci pubblici, ma possono trasformarsi in un'opportunità per il mercato di beni e servizi, in quanto gli anziani hanno sia potere d'acquisto che tempo libero. Gli anziani e l'invecchiamento sono infatti una risorsa preziosa capace di contribuire alla società. Stimolare il mercato con prodotti e servizi utili ad affrontare le necessità delle persone anziane può creare un enorme impatto sui mercati esistenti ed emergenti, ad esempio attraverso lo sviluppo di case intelligenti, prodotti per la salute ed il benessere, veicoli per la mobilità, robot, dispositivi medici specializzati e trattamenti innovativi che possono anche andare ad arricchire l'offerta di servizi turistici per anziani (EC 2015). Per tale ragione, la costruzione di città "age–friendly", che consentono alle persone di tutte le età di partecipare attivamente alla vita della comunità, trattano tutti con rispetto, indipendentemente dalla loro età e proteggono i soggetti più vulnerabili, contribuisce ad aiutare le persone a rimanere sane ed attive anche nella fase di invecchiamento. Secondo l'OMS gli aspetti rilevanti da tenere in considerazione nello sviluppo di ambienti age–friendly sono:

- Abitazioni;
- Trasporti;
- Spazi urbani ed ambiente costruito;
- Partecipazione sociale;
- Partecipazione civica ed occupazione;
- Inclusione sociale;
- Accesso ai servizi socio-sanitari;
- Comunicazione ed informazione.

La raccolta da parte delle autorità locali di informazioni sui bisogni delle persone anziane e dei cittadini con bisogni specifici di servizi alla persona, e sui loro specifici punti di vista è un elemento indispensabile per identificare le necessità degli utenti in ciascuno degli 8 domini dell'OMS. Questi utenti finali costituiscono il punto di vista migliore per capire come le nostre città possono adeguarsi ai fabbisogni di salute in evoluzione nel contesto di una società che invecchia (WHO 2007).

Consentire alla popolazione di invecchiare bene offre opportunità nell'ambito della "Silver Economy" e dei servizi age-friendly da usare dentro e fuori dai sistemi sociali e sanitari, attraverso la creazione di ecosistemi locali collegati, capaci di potenziare i servizi disponibili per gli anziani non residenti nei diversi contesti europei.

L'integrazione degli ambienti di vita con strumenti innovativi capaci di migliorare la qualità di vita dei soggetti anziani anche quando non completamente indipendenti contribuisce anche al benessere psicofisico, all'inclusione sociale, alla partecipazione attiva alle comunità locali.

Gli ambienti age-friendly consentono alle persone anziane di contribuire attivamente alla società, lavorando più a lungo e stimolando il settore produttivo nella creazione di risposte innovative ai fabbisogni di salute. Nel documento "*Growing the European Silver Economy*", la Commissione Europea fa riferimento ad iniziative politiche per lo sviluppo della Silver Economy, ad es. lo sviluppo di nuovi mercati come la ristrutturazione di edifici per la vita indipendente, il turismo di bassa stagione per anziani, i sistemi di assistenza di lungo termine che siano sostenibili. In molti di questi mercati gli operatori economici europei hanno un forte potenziale di leadership globale.

Ulteriori opportunità derivano dalla crescente domanda e disponibilità di soluzioni innovative, principalmente basate sulle tecnologie informatiche. Al fine di sostenere una vita attiva più a lungo, e stimolare una maggiore partecipazione sociale e integrazione degli anziani, le città e le regioni in Europa hanno un ruolo importante e devono incoraggiare stili di vita più attivi fisicamente e mentalmente e fornire luoghi che siano sicuri e accessibili, promuovendo la partecipazione, il rispetto e la consapevolezza. L'innovazione trans-settoriale necessaria a rispondere ai bisogni specifici delle persone anziane e consentire una maggiore partecipazione sociale riguarda il trasporto pubblico, la pianificazione urbana ed i servizi (come l'assistenza sanitaria, l'assistenza sociale e il turismo). Questi obiettivi non possono essere raggiunti da città o regioni isolate: è fondamentale la creazione di reti multidisciplinari internazionali per l'innovazione, lo sviluppo di buone pratiche e linee guida comuni.

4.2 Possibili sviluppi

Un possibile modello di mobilità turistica per anziani, basato sul patrimonio culturale, dovrà necessariamente integrare l'offerta dei servizi, coniugando le attività ricreative con il benessere e la promozione della salute, favorendo un invecchiamento sano e attivo alle persone con particolari esigenze di accessibilità. Occorre superare l'idea di un turismo elitario, collegandolo a un concetto più ampio di coinvolgimento nelle dinamiche sociali locali, e coesistenza di esigenze differenti. Ciò suggerisce lo sviluppo di un modello di comunità di accoglienza che influenzi democraticamente l'identità dei luoghi e il loro potenziale sviluppo ed utilizzi le risorse culturali come strumento per il coinvolgimento sociale, la prevenzione del declino fisico e cognitivo e l'innovazione partecipativa. Il risultato è un ecosistema in cui la vivibilità dei luoghi viene interpretata come un parametro per rispondere alle esigenze emergenti dei nuovi utenti, promuovendo usi condivisi e sostenibili dei luoghi e modelli inclusivi di partecipazione della comunità ed alla comunità, che facilitano sia la valorizzazione del patrimonio culturale locale che gli scambi interculturali.

Il potenziamento dell'offerta di servizi turistici per anziani offre l'opportunità di combinare gli elementi tradizionali di un viaggio/soggiorno turistico con servizi personalizzati che contribuiscono al benessere, ad uno stile di vita sano, alla socializzazione e all'assistenza, facilitando anche soggiorni di lunga durata. Integrare assistenza speciale, comfort, tempo libero, eventi culturali, corsi di formazione (ad esempio cucina, teatro, equitazione, ecc.) all'offerta turistica contribuisce effettivamente a sviluppare coesione sociale.

In un'era di crescente competizione nel panorama turistico internazionale e l'emergere di nuovi modelli di domanda sempre più orientati al benessere in senso lato, l'obiettivo principale dell'approccio proposto è sviluppare un modello di valutazione sistemica e multisettoriale dei servizi aggiuntivi da coniugare con l'offerta turistica. L'idea ultima è quella di fornire agli anziani prodotti turistici, basati su un approccio personalizzato, di facile fruizione, che utilizzino le tecnologie informatiche sia per la gestione delle informazioni che per il potenziamento dei servizi.

Disporre di un certo numero di servizi è importante per sostenere e facilitare la permanenza turistica degli anziani. I trasporti e i servizi socio-sanitari, in primo luogo, possono essere funzionalmente collegati all'offerta turistica esistente, per facilitare l'accesso al patrimonio culturale. Occorre sviluppare percorsi turistici assistiti, basati su informazioni in tempo reale, su mezzi di trasporto accessibili, sulla rete di contatti degli anziani e sulle loro emozioni.

I servizi socio-sanitari (di accompagnamento, trasporto, attività dedicate ai disabili come equitazione, nuoto, supporto psicologico, visite ambulatoriali, test diagnostici, valutazione nutrizionale, intervento nutrizionale personalizzato, emodialisi, trattamenti terapeutici, ecc.) sono offerti principalmente dai comuni e dalle autorità sanitarie locali o da fornitori privati convenzionati. Le autorità locali forniscono servizi socio-sanitari attraverso strutture dedicate, con personale qualificato. Occorre pertanto valorizzare e mettere in rete i servizi aggiuntivi dei territori, consentendo una maggiore accessibilità agli stessi da parte del turista anziano.

A tale scopo è necessario sviluppare connessioni funzionali per facilitare l'accesso ai servizi socio-sanitari aggiuntivi, favorendo la messa in rete di informazioni con fornitori di servizi turistici, broker, tour operator, agenti di viaggio, intermediari. Sarà utile determinare come le autorità locali che forniscono servizi sociali e sanitari si interfacciano con i tour operator transnazionali per gestire le richieste, la consegna dei servizi e il pagamento dei costi, secondo la Direttiva 2011/24/UE sull'applicazione dei diritti dei pazienti nell'assistenza sanitaria transfrontaliera.

4.3 Azioni di breve termine

Azione di mappatura

Una tra le prime attività che verranno intraprese per lo sviluppo di azioni di "breve-termine" nell'ambito del ProMIS è la raccolta di buone pratiche a livello nazionale (per il tramite delle Regioni) ed europeo (per il tramite della rete RSCN[11]).

Scopo della raccolta è di rendere accessibili e ripetibili le esperienze ed i successi, nonché analizzare gli "ostacoli", che i soggetti coinvolti hanno già affrontato per lo sviluppo di un sistema in cui "Salute" e "Turismo" hanno dialogato attivamente. Si passerà quindi alla creazione di uno strumento (questionario) che, grazie all'elaborazione delle risposte che i vari attori andranno a dare, riuscirà a fornire informazioni efficaci circa la presentazione di modelli di eccellenza.

Tra le diverse tematiche che verranno affrontate nella raccolta delle buone pratiche, si presterà particolare attenzione a quelle esperienze che hanno affrontato i seguenti aspetti:

- Test diagnostici e valutazioni nutrizionali
- Emodialisi
- Cure termali per malattie respiratorie
- Stili di vita, benessere e sport
- Cure delle patologie correnti cronico-degenerative
- Supporto psicologico

[11]Reference Site collaborative Nerwork (EIP-AHA)

I criteri per elaborare e selezionare le buone pratiche saranno:

- aver realizzato attività di Turismo Sanitario con un efficace impatto dal punto di vista economico;
- aver sviluppato collaborazioni concrete e durature con il settore del turismo;
- aver attivato collaborazioni con settori diversi (ad es. i trasporti);
- aver avuto un impatto sulle politiche locali;
- aver definito degli standard qualitativi;
- aver sviluppato azioni di comunicazione e marketing.

Tale mappatura, avrà come risultato la creazione di un database pubblico con la raccolta di tutte le pratiche e la successiva realizzazione di uno studio comparato tenendo conto delle peculiarità territoriali e dei sistemi sanitari ivi attivi.

Azione sui fondi

Un'altra attività che verrà realizzata è un'analisi dei fondi Europei disponibili per realizzare azioni congiunte transnazionali di: scambio di buone pratiche, formazione, studi di fattibilità e realizzazione di azioni pilota. Si punterà, in particolare, sugli attuali programmi relativi alla formazione (Erasmus+) e di cooperazione territoriale (Interreg) e sulla futura programmazione 2021-2027.

Azione di Rete/Formazione/Azioni Pilota

Al fine di incentivare sempre di più il dialogo tra "Salute" e "Turismo", si procederà a coinvolgere le Direzioni Regionali del Turismo e le Autorità di Gestione dei fondi strutturali al fine di creare un Network multidisciplinare strutturato tra le Amministrazioni coinvolte nella tematica. Si procederà a prioritizzare gli ambiti sanitari di interesse e alla profilazione dei possibili clienti, proponendo modelli organizzativi per iniziative pilota, alla luce delle esperienze già maturate. Tale modello organizzativo dovrà prevedere l'attività di comunicazione delle strutture sanitarie agli operatori turistici e la formazione dei giovani per lo sviluppo del settore.

5. Raccomandazioni di supporto per proposte operative

Tenendo conto del contesto del nostro Paese e rifacendosi alle definizioni HEALTH TOURISM ed HEALTHCARE to TOURIST, risulta indispensabile una fattiva collaborazione tra Sanità e Turismo con due obiettivi prioritari. L'uno è quello di mantenere e migliorare il livello qualitativo e di equità del sistema di assistenza sanitaria universalistica, l'altro è di favorire lo sviluppo economico turistico dell'intero sistema Paese. Entrambi i settori dovranno interagire mettendo a sistema le proprie dinamiche, i propri punti di forza-criticità, e le proprie strategie. Tale interazione richiede importanti mutamenti principalmente di mentalità sia a livello micro (singolo operatore) che a livello macro (di sistema).

Diviene quanto mai utile effettuare un'analisi del mercato internazionale delle cure all'estero dal lato della domanda e dal lato dell'offerta con focus specifico sull'ageing. Valutare, dunque, i punti di forza e di debolezza con l'obiettivo di "entrare" nel mercato.

Sviluppare l'Health Tourism significherà, dunque, dotarsi di strumenti, competenze, strategie e strutturarsi dal punto di vista organizzativo per poter fare attrazione sanitaria dall'estero:

- ✓ Attrazione dall'estero con i percorsi previsti dai Regolamenti Comunitari di Assistenza Sociale (Reg. UE 883/2004 e 987/2009): ricoveri programmati di utenti comunitari per alta specializzazione con il modello E112-S2 e quindi rimborsi delle prestazioni attraverso la compensazione della mobilità sanitaria UE.
- ✓ Attrazione dall'estero con i percorsi previsti dalla direttiva UE 24/2011, per le strutture erogatrici "out of pocket" – pagamenti diretti. L'impostazione organizzativa delle strutture pubbliche che ne discende potrebbe essere adatta anche ai percorsi di erogazione delle cure agli utenti privati esteri.

Sviluppare l'Healthcare to Tourist, invece, significherà orientarsi verso Servizi Sanitari Turistici attrattivi, dotarsi di strumenti, competenze, strategie e strutturarsi dal punto di vista organizzativo anche per supportare l'offerta di servizi turistici agli anziani. In tal senso, l'attrazione turistica viene favorita dalla qualità delle cure e dei servizi erogati agli anziani fornendo, così, elementi aggiuntivi per la promozione turistica del sistema Paese. Questo presuppone l'organizzazione/specializzazione/adattamento del sistema sanitario in modo da poter, in aggiunta alla propria mission assistenziale prioritaria, dare anche migliore risposta alle esigenze sanitarie indotte dal turismo, ed in particolare quello "age- friendly".

La Silver Economy, il turismo d'argento e l'invecchiamento sano e attivo, infatti, sono le parole chiave da tener presente per creare servizi integrati, tra turismo e salute, che abbiano un impatto positivo sull'economia.

Nell'età anziana si collocano fasce di utenza differenti che esprimono, di fatto, esigenze differenti in termini: capacità di accesso ai servizi, situazione sanitaria, situazione sociale ed economica.

Gli anni di vita sani contro l'aspettativa di vita complessiva possono essere tradotti in servizi per gli anziani (le donne vivono più a lungo per esempio, e sono sole), così come la necessità di sostenere "lo stato attivo" degli anziani, rafforzando quei servizi che sono orientati alla salute e al benessere. In questa direzione è anche importante ipotizzare dei pacchetti turistici "fuori stagione", poiché l'anziano – spesso per questioni economiche o di organizzazione familiare – preferiscono viaggiare in primavera e/o in autunno piuttosto che nei periodi di alta stagione. Ugualmente, si possono immagine soggiorni più estesi affiancati da

programmi riabilitativi o di promozione di stila di vita sani (es. sport, attività fisica, alimentazione e nutrizione, socializzazione, ecc.) anche attraverso l'utilizzo delle nuove tecnologie a cui gli anziani stessi sono sempre più abituati.

Da tutto questo ne deriva l'urgenza di potenziare l'assistenza integrata (sanità e socio-sanitario; ospedale e territorio) e allineare gli intenti con il settore turistico, consapevoli che i servizi turistici stessi possono rappresentare elementi chiave di integrazione.

In questo senso, il turismo sanitario diviene un'opportunità per la Silver Economy. Quali azioni sono necessarie?

- ✓ La profilatura dei clienti: quali paesi/regioni mettendo a fuoco/priorità
- ✓ Il rafforzamento delle soluzioni digitali
- ✓ La ricerca di buone pratiche scalabili
- ✓ La creazione di contesti per il turismo age-friendly
- ✓ La valorizzazione della cultura e del turismo per sostenere le politiche dell'active ageing
- ✓ La costruzione/potenziamento delle reti ospedaliere nei contesti turistici

E dal punto di vista del sistema, quali altri azioni sono fondamentali?

- ✓ La semplificazione amministrativa
- ✓ Difendere un approccio collaborativo e non competitivo
- ✓ La creazione di nuovi modelli di business (percorsi di accesso e di rimborso, fusione degli investimenti, reinvestimento dei costi evitati per interventi efficaci di promozione/prevenzione della salute)
- ✓ Le campagne di comunicazione (es. Sui benefici per la salute delle acque termali, deroga per la protezione di etichette specifiche, ecc.)
- ✓ La formazione e l'istruzione di personale amministrativo, turistico, sanitario e socio-sanitario

Si può quindi pensare ad una caratterizzazione dei Servizi sanitari che oltre all'essere, per mandato istituzionale, orientati a "rispondere alle esigenze sanitarie" correlate alla presenza del fenomeno del turismo, siano indirizzati e supportati al fine di poter diventare anche Servizi sanitari "attrattivi", nel senso di concorrere alla capacità di attrazione di flussi turistici verso una determinata località.

Gli ospedali situati nelle principali località turistiche o collocati nelle loro immediate vicinanze possono concorrere a qualificare l'offerta turistica di un territorio e quindi cooperare allo sviluppo dei flussi turistici (contribuendo fattivamente ad orientare una domanda turistica verso un territorio). Si tratterebbe di strutture ospedaliere situate nelle vicinanze ed a supporto delle più importanti località turistiche dotate di un adeguato setting di reparti in grado di garantire 24 ore su 24 tutti i livelli di complessità: l'urgenza - emergenza (il pronto soccorso, la chirurgia generale, l'unità renale, l'unità cardiologica), i servizi di diagnostica e di laboratorio, i servizi di prevenzione e promozione della salute.

In particolare, lo scenario che si tenta di delineare, e avvallato anche dal documento *"Research for TRAN Committee: health tourism in the EU, a general investigation"*[12] del Parlamento Europeo del luglio 2017, mira a migliorare la salute nell'UE attraverso lo sviluppo e l'integrazione del turismo con la sanità, avvalendosi anche delle attività di prevenzione oltre che di cura.

[12] http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2017/601985/IPOL_STU(2017)601985_EN.pdf

Questo scenario denominato HTVS ("vitalità -salute-turismo") – come definito dal Parlamento Europeo, può esprimere un potenziale migliore rispetto allo scenario di crescita del Turismo sanitario (HTGS – Health Tourism Growth Scenario) fino ad oggi sviluppato.

6. Bibliografia

Case C-158/96, Kohll v Union, [1998] ECR I-1931

Case C-120/95, Decker v Private Found of employees, [1998] ECR I-1831

Cross-Border Directive CE/2011/24

Determinants of frailty, Gobbens RJ1, van Assen MA, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM., 2010

Europe, the first tourist destination in the world: a new political framework for tourism in Europe, European Commission, 2010

Frailty in older adults, A. Clegg, J. Young, S. Iliffe, MO. Rikkert, K. Rockwood - The Lancet, 2013

Finnish Tourist Board, Konu et al., 2010

Growing the European Silver Economy, Backrgound document of the 23 February European Commission,2015

Innovation for Active & Healthy Ageing, European Union, 2015

Patient Mobility in the European Union; learning from experience, edited by M. Rosenmoller, M. Mckee, R. Baeten, World Health Organization, on behalf of the Europe 4 Patients project and the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006

Population ageing in Europe: facts, implications and policies -Outcomes of EU-funded research, European Commission, 2014

Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care, Fried LP1, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G., 2004

WHO European review of social determinants of health and the health divide, M. Marmot, J. Allen, R. Bell, E. Bloomer, P. Goldblatt - The Lancet, 2012

7. Sitografia

http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing/it

http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing

http://honcab.eu/about-honcab

http://patientsbeyondborders.com

http://medicaltourismassociation.com/en/index.html

www.aal-europe.eu

http://www.ealink.eu/business-support/partners/the-european-chamber-of-commerce-of-the-philippines-eccp-1

www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2017/601985/IPOL_STU(2017)601985_EN.pdf

www.irpet.it/storage/doc/XIId.pdf

www.ilportaledelturismomedico.com/

http://www.ipkinternational.com/en/world-travel-monitor

www.promisalute.it/upload/mattone/documentiallegati/05_L.Fenech_MedicalTourismflowfromandtoItaly_13660_2803.pdf

https://www2.deloitte.com/us/en/pages/consumer-business/articles/travel-hospitality-industry-outlook.html

https://www2.deloitte.com/us/en/pages/consumer-business/articles/travel-hospitality-industry-outlook.html

http://www.sanita24.ilsole24ore.com/print?uuid=AEb38G9D&refresh_ce=1

https://italiantasteforyou.com/cloud/userfile/2JbDm3OSRKa4hl3

Mappatura delle buone pratiche/iniziative nell'ambito del turismo sanitario e dell'assistenza sanitaria al turista

Da compilare e inviare all'indirizzo email:
francesca.terranova@regione.sicilia.it

Nome dell'ente	
Ragione Sociale	
Indirizzo	
Riferimenti persona di contatto	*Email* *Telefono*
Sito web	

Tematica:

☐ TURISMO SANITARIO ☐ ASSISTENZA SANITARIA AL TURISTA

Strategie/Programmi

☐ Il mio ente ha una strategia/programma pienamente attuato sul turismo sanitario/assistenza sanitaria

oppure

☐ Il mio ente sta implementando una politica / strategia / programma di turismo sanitario / assistenza sanitaria

Focus della buona pratica/iniziativa (max 2 righe)

_____

_____

Sintesi della buona pratica/iniziativa, inclusi gli obiettivi aziendali (max 5 righe)

_____

_____

_____

_____

_____

Descrizione della buona pratica/iniziativa

Tipologia di attività/prestazioni	Target	Servizi aggiuntivi	Servizi collaterali turistici	Note

Descrizione processi amministrativi max 10 righe

Personale coinvolto

Tipologia	Numero

Coinvolgimento di organizzazioni/attori del territorio

Tipologia di organizzazione/attori	Tipologia di collaborazione

Finanziamenti pubblici/privati a sostengo della buona pratica/iniziativa

Attività	Tipologia di finanziamento

Politica delle tariffe applicabili alle prestazioni (max 5 righe)

_____
_____
_____
_____
_____

Innovazione, impatto e risultati

- *Elementi chiave innovativi della buona pratica/intervento (max 3 righe)*

  _____
  _____
  _____

- *Quali criteri di successo vengono utilizzati per determinare il funzionamento corretto della buona pratica/intervento? (max 3 righe)*

  _____
  _____
  _____

- *Prove di impatto/ risultato*

Impatto/risultato	Indicatore/i	Strumento/i di registrazione

Questioni legali e / o etiche (max 5 righe)