

Pazienti senza frontiere Nuove regole per chi si reca all'estero per le cure sanitarie

Turner LG

Quality in health care and globalization of health services: accreditation and regulatory oversight of medical tourism companies

Int J Qual Health Care 2011; 23: 1-7

LO SCENARIO ATTUALE

Un numero crescente di persone varca oggi le frontiere del proprio Paese per ottenere assistenza medica all'estero. Il fenomeno è relativamente nuovo e prende il nome di 'turismo sanitario' (o 'turismo della salute'). I dati disponibili in Europa, forniti dall'European Travel Monitor, indicano che i viaggi legati alla cura della salute pesano per circa il 15% sui viaggi turistici complessivi. Ciò equivale a circa 37 milioni di viaggi annuali con un ricavo stimato attorno ai 33 miliardi di euro.

Diversi fattori alimentano il recente trend di crescita del turismo medico-sanitario. In particolare, il fenomeno è legato a cambiamenti demografici e negli stili di vita della popolazione, specialmente nei Paesi industrializzati. Elementi determinanti per capire come le opportunità di viaggiare per la salute siano aumentate sono l'invecchiamento della popolazione, il maggior tempo che si può dedicare alla cura della propria salute, la sempre maggiore diffusione di informazioni accessibili a tutti i pazienti e il

ruolo attivo che questi giocano nella ricerca delle cure più adatte al proprio caso. È probabile infine che a spingere ulteriormente la domanda sia anche la crisi, in parte già in atto, dei sistemi di welfare e di assistenza pubblica occidentali, sempre più pressati da esigenze di contenimento del budget.

La decisione individuale di viaggiare all'estero per ricevere cure mediche poggia essenzialmente su quattro elementi (prezzo dei servizi, qualità, disponibilità e tempestività), anche se in alcuni casi il paziente sceglie di curarsi in strutture estere per mantenere anonimo o riservatezza sulle proprie condizioni di salute o sugli interventi cui si sottopone.

Per fare alcuni esempi, accade che sempre più numerosi tour operator offrano pacchetti di viaggio nei Paesi del Centro-Europa, 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. Cliniche odontoiatriche o di chirurgia plastica si sono diffuse a macchia d'olio, tanto che in Italia sono sempre di più le compagnie di viaggio che organizzano viaggi verso Malta, Tunisia, Romania, Polonia per risparmiare sulle cure mediche. Analogamente, il costo degli interventi chirurgici in India, Thailandia o Sud Africa può arrivare ad un decimo di quello negli Usa o nell'Europa Occidentale. Un intervento di sostituzione della valvola cardiaca, che costerebbe 200.000 dollari negli Usa, può venire a costare attorno a 10.000 dollari in India, includendo un volo an-

PRINCIPALI TIPI DI INTERVENTO SANITARIO RICHIESTI DAI 'TURISTI DELLA SALUTE'

Patologie	Estetica	Riproduzione	Benessere
Check-up e screening	Chirurgia cosmetica	Riproduzione assistita	Omeoterapia
Cure dentarie	Chirurgia plastica	Trattamenti per la fertilità	Aromaterapia
Sostituzioni articolari	Liposuzione		Cure di bellezza
Chirurgia cardiovascolare	Odontostomatologia cosmetica		Massaggi
Trapianti	Lifting		Yoga
Neurochirurgia			Cure termali
Terapie oncologiche			Fitness

data e ritorno e un breve pacchetto-vacanza, mentre un lifting facciale completo, che negli Usa costa circa 20.000 dollari, si può effettuare in Sud Africa per 'soli' 1250 dollari.

Rispetto agli Usa, dove il fenomeno è stato alimentato dalla mancanza di un servizio sanitario nazionale, in Europa il trend appare per ora più contenuto, grazie all'assistenza statale, ma il miraggio della medicina low cost comincia a diffondersi. Oltre al risparmio, infatti, vi sono altri fattori di scelta, primo fra tutti l'abbattimento dei tempi di attesa. In media sono 4 su 100 gli europei che vanno a curarsi oltre frontiera, ma sono molti di più quelli che vorrebbero farlo, per esempio verso gli Stati Uniti o altri centri d'eccellenza, senza riuscirci a causa della troppa burocrazia per avere un rimborso. Nonostante questi ostacoli, il nostro servizio sanitario spende 35 milioni di euro all'anno per gli italiani che si fanno curare in altri Paesi europei.

LA CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ

Uno dei problemi posti dal moltiplicarsi del turismo sanitario è certamente quello della sicurezza e della qualità dei servizi offerti, anche se è lecito presumere che molte strutture in India, Malesia, Cina, Taiwan e Singapore non abbiano nulla da invidiare ai più moderni ospedali del mondo occidentale, a partire dalle tecnologie, fino ad arrivare alle condizioni igieniche e alla preparazione del personale medico e di assistenza. Tuttavia, sempre maggiori evidenze indicano che diversi pazienti possono andare incontro ad importanti complicanze mediche e finiscono così per avere bisogno di cure costose in patria per rimediare a danni subiti all'estero: quello che manca in molti casi di turismo sanitario è infatti la 'continuità delle cure', per cui – eseguito un determinato intervento – non vi sono garanzie di ulteriori controlli né del necessario follow-up.

Per poter funzionare bene, il sistema necessita dunque di marchi, certificazioni e standard che possano garantire al paziente un livello di qualità atteso sulla base di parametri condivisi.

Per questo motivo negli ultimi quindici anni è esploso il fenomeno delle certificazioni di qualità a livello internazionale. Si tratta di certificazioni rilasciate da autorità e organizzazioni terze

(private o pubbliche) acquisite sulla base di standard riconosciuti a livello internazionale.

Nel maggio 1996 la XIII Conferenza Internazionale ISQua (International Society for Quality) ha aperto il dibattito sull'utilizzo della certificazione degli ospedali come metodo per standardizzare a livello internazionale la qualità dei servizi sanitari.

Nella realtà il metodo che pare fornire maggiori garanzie in ambito sanitario è quello dell'accreditamento. In particolare, l'istituto americano pioniere in questo campo, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), ha istituito una sezione internazionale per la sua attività di certificazione e misura la rispondenza degli ospedali a 55 standard in 13 diverse aree funzionali. Controllori esterni provvedono ad un primo esame (*survey*) e a una dimostrazione educativa su come poter ottenere la certificazione attraverso la compliance agli standard fissati. A questa prima visita fa seguito, uno o due anni più tardi, la vera e propria ispezione/*survey* di accreditamento. Questo sistema convive con sistemi nazionali riconosciuti a livello internazionale e con altre esperienze che si stanno sviluppando in parallelo (per esempio, anche il Canadian Council of Health Services Accreditation ha recentemente avviato una propria sezione dedicata alla certificazione di strutture estere).

Attualmente la quota principale di strutture certificate è rappresentata dall'Europa Occidentale, ma al secondo posto figura l'Asia, che ha avuto un trend di crescita notevole nei soli ultimi quattro anni, passando dal non avere alcuna struttura accreditata nel 2001 alle oltre 20 nel 2006.

Il medesimo sistema di certificazione e di garanzie dovrebbe ovviamente riguardare tutte le agenzie che operano nel settore del turismo sanitario, facendo in modo che le medesime agenzie:

1. siano conformi ad una serie di standard di qualità e competenza;
2. non pubblicizzino procedure mediche di non comprovata efficacia;
3. siano provviste di coperture assicurative adeguate per eventuali danni iatrogeni;
4. effettuino regolari contributi ai fondi di compensazione per tutte le inadempienze contrattuali.



PROSPETTIVE

Per quanto riguarda gli scenari futuri, non si può ormai prescindere da una sempre maggiore integrazione internazionale dei sistemi sanitari nazionali. Non solo i pazienti, ma anche le autorità sanitarie, le organizzazioni finanziatrici della spesa e i fornitori di servizi vengono sempre più investiti da una crescente concorrenza internazionale e devono quindi muoversi in spazi e mercati più ampi. Questo comporta seri problemi di governo sanitario, regolamentazione e coordinamento che possono portare a un ridisegno degli assetti attuali e che in ogni caso devono essere tempestivamente affrontati. Appare realistico in questo senso pensare a nuove strutture e organizzazioni che abbiano il compito di guidare le spinte verso la globalizzazione dei mercati e dei servizi in un settore delicato come quello sanitario. ■ GB

India: salute per tutti entro il 2020?

Shiva Kumar AK, Chen LC, Choudhury M et al
Financing health care for all: challenges and opportunities

Lancet 2011; 377: 668-679

Nel 2015 l'India entrerà a far parte del ristretto club delle potenze aerospaziali – finora limitato a USA, Russia e Cina – inviando un suo astronauta nello spazio. È paradossale che una nazione con tecnologie così evolute e obiettivi così ambiziosi sia in coda nella classifica mondiale dello Human Development Index (119° posto su 169 Paesi¹) e veda al suo interno aree così vaste di povertà e livelli di disuguaglianza così alti. Infatti il 55% della popolazione indiana vive al di sotto della soglia di povertà (1,25 dollari pro capite al giorno): molto peggio di Pakistan, Cina e Brasile. Con enormi disuguaglianze al suo interno tra classi sociali (permangono di fatto anche le divisioni in caste) e tra diverse aree geografiche: nello Stato del Kerala solo il 10% della popolazione è povero, mentre lo è l'81% dei cittadini dello Stato di Bihar².

Secondo l'editoriale del *Lancet*, firmato da eminenti esperti di sanità pubblica indiani, l'India non può più a lungo tollerare il paradosso di avere una delle economie più ruggenti del mondo e al tempo stesso registrare tassi di mortalità infantile e di malnutrizione assai peggiori di nazioni con pari livelli di sviluppo. Allo stesso modo l'India non può tollerare il paradosso di favorire il turismo sanitario, offrendo agli stranieri prestazioni specialistiche di alta qualità, e di avere al proprio interno un sistema sanitario disorganizzato, quasi completamente privatizzato, iniquo e inaccessibile, perché a pagamento, a gran parte della popolazione³.

Solo il 10% della popolazione è coperto da una forma assicurativa e ciò spiega perché ogni anno circa 40 milioni di indiani finiscano in povertà a causa delle spese sostenute per la salute, soprattutto nelle aree rurali e negli Stati più poveri.

Al tempo della sua indipendenza (1947) l'India si era data un modello di sistema sanitario pubblico e universalistico, in termini ideali molto