



UNIVERSITÀ DI NAPOLI
L'ORIENTALE

DSUS
DIPARTIMENTO DI
SCIENZE UMANE E SOCIALI

iFEL ISTITUTO PER LA
FINANZA E
L'ECONOMIA
LOCALE DELLA
CAMPANIA

Bruno Mercurio

Marco Auriemma

L'intervento pubblico per la valorizzazione del termalismo

Analisi e prospettive per un percorso
giuridico amministrativo regionale



UniorPress



This work is licensed under a Creative Commons
Attribution 4.0 International License

UniorPress 2024

Via Nuova Marina, 59 - 80133, Napoli

ISBN: 978-88-6719-300-4



UNIVERSITÀ DI NAPOLI
L'ORIENTALE

DSUS
DIPARTIMENTO DI
SCIENZE UMANE E SOCIALI



ISTITUTO PER LA
FINANZA E
L'ECONOMIA
LOCALE DELLA
CAMPANIA

Bruno Mercurio

Marco Auriemma

L'intervento pubblico per la valorizzazione del termalismo

Analisi e prospettive per un percorso
giuridico amministrativo regionale



UniorPress

NAPOLI 2024

Ricerca condotta dall'Università di Napoli "L'Orientale" in convenzione con IFEL Campania sul Progetto "Il termalismo come strumento di sviluppo sostenibile analisi e prospettive per un percorso amministrativo regionale".

Lo studio è frutto della riflessione congiunta degli autori: Bruno Mercurio è ricercatore di diritto amministrativo presso l'Università di Napoli "L'Orientale" e responsabile scientifico del progetto; Marco Auriemma è titolare della borsa di studio finanziata dall'IFEL.

In particolare, sono attribuiti a Marco Auriemma le sezione I e i paragrafi 2 e 3 delle conclusioni e a Bruno Mercurio le restanti parti del lavoro.

INDICE

Introduzione	
Il turismo termale come sistema plurale. Finalità e metodo della ricerca.....	7
Premessa	
Acque minerali e termali: cenni normativi.....	11
SEZIONE I: Il processo di formazione del concetto di termalismo	
1. Il termalismo come forma di turismo della salute: profili storico - evolutivi della nozione.....	19
2. Un modello molteplice: dal turismo medico al turismo termale	25
3. Il turismo del benessere.....	28
SEZIONE II: Il turismo sanitario: profili di interesse.....	39
1. Il turismo medico transfrontaliero in Europa.....	39
2. Mobilità sanitaria interregionale	46
SEZIONE III: Il quadro italiano sulla materia	
1. Il termalismo in Italia	53
2. Cenni normativi in materia di turismo	58
SEZIONE IV: Conclusioni.....	63
1. Proposte generali.....	63
2. Proposte particolari; la D.M.O.....	67
3. Il contesto campano	72
Bibliografia	75

INTRODUZIONE

Il turismo termale come sistema plurale. Finalità e metodo della ricerca

Il turismo termale, inteso come forma di fruizione turistica finalizzata alla cura e al benessere attraverso l'uso delle risorse termali, si configura come un sistema complesso e poliedrico all'interno del panorama giuridico amministrativo. In tale contesto, il diritto amministrativo riveste un ruolo di fondamentale importanza nell'organizzazione e nella regolamentazione di questo particolare settore, che si distingue per la sua multifunzionalità e la sua capacità di offrire benefici non solo dal punto di vista ricreativo, ma anche terapeutico.

In questo senso, il turismo termale come sistema plurale si caratterizza per la presenza di molteplici attori e interessi coinvolti, quali le strutture termali, gli enti locali, le autorità sanitarie e i fruitori stessi.

Il governo e la gestione di questo settore richiedono, dunque, un approccio giuridico che tenga conto delle complesse interazioni tra gli elementi coinvolti, bilanciando esigenze di sviluppo economico, tutela ambientale e garanzia della salute pubblica.

Dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, la competenza legislativa in materia di turismo spetta principalmente alle Regioni, non rientrando la materia fra quelle attribuite dall'art. 117 commi 2 e 3 alla competenza esclusiva dello Stato o concorrente fra Stato e Regioni. Ciò non esclude però l'intervento dello Stato, sia legislativo, ritenuto legittimo quando finalizzato a disciplinare con legge l'esercizio unitario di determinate funzioni amministrative (Corte Costituzionale, 19/07/2022, n.179), che amministrativo attraverso piani e programmi strategici o misure di amministrazione attiva, volti a coordinare le iniziative delle autonomie territoriali e a promuovere il settore a livello internazionale, di concerto con le autonomie territoriali.

Competenze, queste ultime, di recente affidate al Ministero del Turismo istituito con il decreto legge n. 22 del 1 marzo 2021 e all'Ente nazionale Turismo (ENIT) nel cui consiglio di amministrazione è rappresentata anche la Conferenza Stato-Regioni cui in particolare sono demandati i compiti di realizzare le strategie nazionali e di promuovere, valorizzandone le peculiarità le diverse offerte turistiche locali presenti sul territorio nazionale.

La possibilità per il livello di governo centrale di intervenire nelle politiche in materia di turismo, nonostante la riserva legislativa regionale, è giustificata dal-

la valenza che in questo settore assumono alcuni profili propri di altre materie rientranti nella competenza concorrente fra Stato e Regioni quali in generale i rapporti internazionali e con l'Unione europea delle Regioni; la ricerca scientifica e tecnologica e il sostegno all'innovazione per i settori produttivi e in particolare, per il turismo della salute comprensivo di quello termale, la tutela della salute e l'alimentazione.

Le acque termali, infatti, sono considerate nel nostro ordinamento, per la loro natura minerale, risorse strategiche e perciò riservate alla proprietà pubblica nella particolare forma di demanialità costituita dal patrimonio indisponibile, ai sensi dell'art.826 c.c.

In particolare, esse assumono rilievo in ragione del loro potenziale economico, in quanto beni destinati alla soddisfazione di diversi bisogni di interesse generale ed il cui sfruttamento richiede una organizzazione in forma imprenditoriale, coinvolgendo la pubblica amministrazione in maniera diversa a seconda dei compiti che la stessa si riserva in un dato momento e dal rapporto necessario che si stabilisca fra quei compiti e dati beni.

La qualificazione giuridica delle acque termali è stata ed è fortemente influenzata, però non solo dalla loro natura minerale ma anche dal loro uso.

In particolare, l'attenzione del legislatore è andata polarizzandosi, fin dalle origini della materia, intorno ad un nucleo essenziale e forte, collegato proprio agli effetti benefeci di tali risorse per la salute in senso curativo e preventivo. Non a caso, sono sanitarie le prime fonti giuridiche rilevanti in materia nel nostro ordinamento¹.

Di qui la centralità che nel delineare politiche efficaci per un turismo termale della salute riveste la sinergia fra i diversi livelli di governo coinvolti nelle politiche di settore e la ricerca scientifica per migliorare l'offerta di servizi e l'attrattività del Paese.

Affinché, infatti, lo Stato possa efficacemente svolgere il proprio ruolo di promozione a livello anche internazionale dei prodotti termali è necessario costruire una offerta turistica competitiva, ossia adeguata, quanto a strutture e servizi, e capace di valorizzare le peculiarità di ciascuna realtà.

Sul primo aspetto oltre alle sporadiche misure di sostegno e incentivazione alle imprese di settore, di recente il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

¹ La legge sulla sanità pubblica del 22.12.1888, n. 5849 aveva previsto che per l'apertura di "uno stabilimento o istituto di cura medico chirurgica, o di assistenza ostetrica, o stabilimenti balneari, idroterapici o termici" fosse necessaria l'autorizzazione del Prefetto, sentito il medico provinciale e con il parere obbligatorio del Consiglio provinciale della sanità.

nel 2021 ha previsto nella sua piattaforma n.2 diversi obiettivi e misure legate al turismo, imprimendo una chiara linea di indirizzo volta a promuovere il turismo sostenibile, a incoraggiare iniziative che salvaguardino l'ambiente e la cultura locale, includendo progetti per la riqualificazione delle aree turistiche, investimenti nella digitalizzazione per migliorare l'efficienza e l'innovazione dei servizi, potenziando la promozione del patrimonio culturale e naturale nonché investendo nella formazione e qualificazione professionale di figure specializzate e qualificate per rispondere alle esigenze del turismo moderno.

Quanto alla valorizzazione delle peculiarità territoriali, sul piano strettamente sanitario, è necessario definire secondo protocolli condivisi a livello europeo, le proprietà delle acque termali ai fini della corretta informazione sui trattamenti sanitari specifici che è possibile ottenere in un determinato sito termale, tali da differenziarlo da altri nel panorama nazionale e internazionale e, quindi, giustificare la mobilità interregionale e transfrontaliera legata al rimborso totale o parziale delle cure prestate da parte dello stato di provenienza del turista.

Sul piano del turismo del benessere, che costituisce secondo le più recenti indagini di mercato il vero traino del settore termale rispetto al passato, appare invece strategico da un lato creare pacchetti che combinano trattamenti termali con attività di svago, escursioni e visite culturali e dall'altro che vi siano adeguati investimenti in termini di infrastrutture e servizi (di trasporto, di assistenza, di informazione, etc.) a supporto del sistema.

La combinazione di questi due elementi, il primo che investe principalmente gli operatori privati e il secondo quelli pubblici, richiede una regia in cui le regioni svolgono un ruolo, non solo e non tanto perché titolari della competenza legislativa prevalente in materia di turismo che come visto, invece, pare di fatto, atteggiarsi ad una competenza concorrente che forse sarebbe il caso di esplicitare con una modifica costituzionale in tal senso, ma in quanto ad esse sono attribuite le principali funzioni di gestione e salvaguardia della risorsa termale e quindi, le competenze a valorizzarne le proprietà e a guidare processi condivisi con gli enti locali² per la promuovere lo sviluppo sostenibile del settore.

² I comuni hanno un ruolo fondamentale nella gestione quotidiana delle strutture termali. Possono rilasciare autorizzazioni, controllare il rispetto delle normative, promuovere eventi legati al turismo termale e lavorare per migliorare l'attrattività del proprio territorio. Gli enti locali sono spesso i primi a essere coinvolti nelle questioni pratiche relative al turismo termale, come la gestione del traffico, la raccolta dei rifiuti e la sicurezza pubblica.

La ricerca che qui si introduce, condotta nel 2023 in collaborazione con IFEL Campania che ha finanziato una borsa di studio, si è proposta di analizzare il contesto normativo e amministrativo di questo peculiare settore turistico dal modello complesso, in quanto assoggettato ad una pluralità di discipline che concorrono a configurarne il regime.

Il lavoro esamina i profili storico evolutivi della nozione di turismo della salute al fine di individuare, anche attraverso una indagine comparativa con altre regioni italiane o di altri Paesi della UE, i principali profili di interesse degli elementi che lo compongono (turismo medico turismo del benessere), al fine di tratteggiare possibili linee di orientamento per la costruzione di un percorso amministrativo a trazione regionale che consideri adeguatamente la necessità di condivisione con gli altri livelli di governo, nazionali e sovranazionali della disciplina e favorisca nell'impresa locale iniziative di *coopetition* caratterizzata dalla contemporanea presenza di competizione e cooperazione tra imprese finalizzata a costruire un vantaggio competitivo "territoriale" a favore dell'economia regionale, nel quale sviluppare successivamente la classica concorrenza fra le diverse imprese.

PREMESSA

Acque minerali e termali: cenni normativi

Le acque minerali e termali ex art. 2 r.d. 1443/1927 costituiscono una *species* del *genus* “miniere”, nonostante i due beni presentino caratteristiche diverse e differenziati regimi amministrativi, e con legge 16 maggio 1970, n. 281, venne disposto il loro trasferimento dal patrimonio disponibile dello Stato al patrimonio indisponibile delle Regioni.

Ad oggi nella normativa di settore non si rinviene una definizione univoca di acqua termale. La L. 24 ottobre 2000 n. 323, recante «riordino del sistema termale», rinvia all’r.d. 1924/1919, che, all’art.14, nello stabilire cosa debba intendersi per «stabilimenti termali», identifica come termali le acque -minerali- utilizzate a particolari temperature per specifici scopi terapeutici. La legge di riordino del sistema termale, in particolare, all’art. 2 fornisce una serie di definizioni, per cui si intendono:

- a) acque termali: le acque minerali naturali, di cui al regio decreto 28 settembre 1919, n. 1924, e successive modificazioni, utilizzate a fini terapeutici;
- b) cure termali: le cure, che utilizzano acque termali o loro derivati, aventi riconosciuta efficacia terapeutica per la tutela globale della salute nelle fasi della prevenzione, della terapia e della riabilitazione delle patologie indicate dal decreto di cui all’articolo 4, comma 1, erogate negli stabilimenti termali definiti ai sensi della lettera d);
- c) patologie: le malattie, indicate dal decreto di cui all’articolo 4, comma 1, che possono essere prevenute o curate, anche a fini riabilitativi, con le cure termali;
- d) stabilimenti termali: gli stabilimenti individuati ai sensi dell’articolo 3, ancorché annessi ad alberghi, istituti termali o case di cura in possesso delle autorizzazioni richieste dalla legislazione vigente per l’esercizio delle attività diverse da quelle disciplinate dalla presente legge;
- e) aziende termali: le aziende, definite ai sensi dell’articolo 2555 del codice civile, o i rispettivi rami, costituiti da uno o più stabilimenti termali;
- f) territori termali: i territori dei comuni nei quali sono presenti una o più concessioni minerarie per acque minerali e termali.

Come rilevato dal Consiglio di Stato, nella sentenza 23 agosto 2019, n. 5800, le acque minerali e termali presentano caratteristiche fisiche e chimiche tali da giustificare la loro diversa qualificazione, come “acque speciali”, rispetto alle acque

pubbliche “ordinarie” che hanno una funzione di bene vitale con garanzia dell’universalità dell’accesso. La distinzione ha trovato riscontro anche in sede di regolamento di giurisdizione. Le Sezioni Unite della Corte di Cassazione hanno infatti chiarito, con la sentenza n. 176 del 2001, che le acque minerali non rientrano nel regime delle acque pubbliche e quindi anche le relative controversie non sono da devolversi al Tribunale delle Acque pubbliche ma al giudice amministrativo.

Dunque, le acque minerali e termali sono considerate beni, destinati al consumo e all’utilizzo di massa, anche per benessere e svago per cui sono sottoposte a uno specifico regime autorizzatorio o concessorio.

Costituiscono, infatti, una risorsa che può essere oggetto di sfruttamento da parte dei privati nelle forme e nei limiti stabiliti dalla legge e, nel caso siano destinate alla creazione di prodotti ad uso terapeutico o al consumo umano, sono sottoposte a vigilanza sanitaria per la tutela della salute pubblica.

Le acque termali sono, pertanto, un bene minerario, una risorsa sanitaria e un bene economicamente sfruttabile dal punto di vista turistico.

La natura peculiare delle acque minerali e termali comporta che queste siano assoggettate alla legislazione mineraria che ne delinea il regime giuridico, alla legislazione sanitaria che ne disciplina l’utilizzazione, e alla legislazione in materia di sviluppo economico per gli aspetti riferiti alla commercializzazione (G. Speranza, 1988).

Ne deriva un sistema di fonti molto articolato, con una competenza distribuita su diversi livelli di governo e i cui limiti e confini non sempre sono certi.

Prima della modifica del Titolo V della Costituzione, la materia «acque minerali e termali» compariva nell’elenco di quelle affidate alla competenza legislativa concorrente di Stato e Regioni. Con la revisione nel 2001 della Parte Seconda della Costituzione, tali materie non sono più menzionate nel nuovo testo dell’art. 117, così entrambe le materie sono da ricondursi alla competenza legislativa residuale delle Regioni.

In realtà, il trasferimento della titolarità di detti beni in capo alle Regioni è stato disposto dapprima dalla L. 16 maggio 1970, n. 281 (art. 11, c.5) con la quale si riconducevano questi beni al patrimonio indisponibile delle Regioni, e successivamente con il D.P.R. 24 luglio 1977 n. 616 (artt. 50 e 61) che ha trasferito alle stesse le funzioni degli uffici centrali e periferici dello Stato relative ai permessi di ricerca, alle concessioni per la coltivazione e alla vigilanza sulle relative attività. Scelta confermata poi sia dalla L. n. 59/1997 che dal D.lgs. n. 112/1998.

Si pone quindi il problema della delimitazione della competenza legislativa regionale rispetto alla competenza statale in diverse materie, tra cui la tutela della

salute, dell'ambiente, della concorrenza, alimentazione, dell'ordinamento civile e degli obblighi derivanti dal diritto europeo. La competenza legislativa residuale delle Regioni è quindi soggetta a limiti imposti dalla stessa Costituzione, che attribuisce allo Stato, nelle materie cd. trasversali, ossia quelle aventi carattere finalistico, il potere di intervenire negli ambiti materiali affidati alla competenza regionale.

L'impossibilità di escludere l'intervento legislativo dello Stato è infatti giustificata dalla circostanza per cui sulla materia delle acque minerali e termali insistono interessi pubblici primari che non possono prescindere da una tutela unitaria, come la tutela dell'ambiente. Un esempio di tale riparto di competenze è dato proprio dal d.lgs. 152 del 2006, Codice dell'Ambiente, che al primo comma dell'art. 144 prevede che "tutte le acque superficiali e sotterranee, ancorché non estratte dal sottosuolo, appartengono al demanio dello Stato", mentre all'ultimo comma che "Le acque termali, minerali e per uso geotermico sono disciplinate da norme specifiche, nel rispetto del riparto delle competenze costituzionalmente determinato".

In materia di acque minerali e termali, quindi, concorrono legislazione statale, regionale e di livello europeo.

In particolare, allo Stato spetta la competenza in ordine alla tutela della salute, alla commercializzazione delle acque, alla tutela dell'ambiente e al riconoscimento dell'esistenza e della coltivabilità delle sorgenti di acque minerali e termali. Tale ultimo aspetto è di assoluta rilevanza in quanto il riconoscimento di un giacimento come coltivabile è il presupposto necessario affinché le Regioni possano poi rilasciare la concessione mineraria per lo sfruttamento.

Per ciò che attiene alla legislazione statale, la prima norma di riferimento del settore minerario e termale è stata la legge 16 luglio 1916, n. 947, "disposizioni varie sulla sanità pubblica", che all'art. 7 del capo IV – Acque minerali e stabilimenti termali e affini, prevedeva che "Nessuno può mettere in vendita acque minerali, naturali od artificiali, nazionali od estere, senza averne ottenuta speciale autorizzazione dal ministero dell'interno", mentre al successivo art. 8, che "chiunque intenda aprire ed esercitare stabilimenti termali, di cure idroterapiche, fisiche ed affini deve ottenere autorizzazione dal prefetto".

Successivamente, il R.D. 28 settembre 1919, n. 1924 – "Regolamento per l'esecuzione del Capo IV della L. 16 luglio 1916, n. 947, contenente disposizioni sulle acque minerali e gli stabilimenti termali, idroterapici e di cure fisiche e affini", chiarì che per acque minerali agli effetti della L. 16 luglio 1916, n. 947, sono considerate "quelle che vengono adoperate per le loro proprietà terapeutiche o igieniche speciali, sia per la bibita sia per usi curativi".

Inoltre, il regio decreto effettuò la seguente categorizzazione dei diversi tipi di stabilimenti:

- a) stabilimenti termali, quelli in cui si utilizzano a scopo terapeutico: 1) acque minerali, 2) fanghi sia naturali, sia artificialmente preparati, muffe e simili, 3) stufe naturali e artificiali;
- b) stabilimenti idroterapici, quelli nei quali a scopo terapeutico si fa uso di acqua comune;
- c) stabilimenti di cure fisiche ed affini, quelli in cui praticansi il massaggio generale e parziale, la cinesiterapia, la meccanoterapia, l'aerosolterapia, l'elioterapia, le cure a base di regimi speciali dietetici e simili.

In seguito, è intervenuto il r.d. del 29 luglio 1927 n. 1443 «Norme di carattere legislativo per disciplinare la ricerca e la coltivazione delle miniere [nel Regno]», tutt'oggi in vigore, che stabilisce i principi in materia di ricerca e coltivazione delle miniere. In particolare, è stata prevista un'autorizzazione specifica di cui dotarsi per la ricerca e lo sfruttamento delle risorse minerarie, (Titolo II – Capo I), e la temporaneità delle concessioni, (Capo III- art. 21 ss).

Più tardi con l'istituzione del servizio sanitario nazionale, la L. 23 dicembre 1978, n. 883, ha riconosciuto valenza terapeutica e riabilitativa alle acque termali, per cui secondo l'art. 26 “Le prestazioni idrotermali, limitate al solo aspetto terapeutico, da erogarsi presso gli appositi presidi e servizi di cui al presente articolo, nonché presso aziende termali di enti pubblici e privati, riconosciute ai sensi dell'articolo 6, lettera t), e convenzionate ai sensi dell'articolo 44, sono garantite nei limiti previsti dal piano sanitario nazionale di cui all'articolo 53 e nelle forme stabilite con le modalità di cui al secondo comma dell'articolo 3”.

Successivamente, è intervenuta la L. 24 ottobre 2000, n. 323, recante «riordino del settore termale», che ha ribadito la validità scientifica della risorsa termale e, in materia di prestazioni sanitarie erogate, ha definito (*rectius*, rinviato alle definizioni del Ministero della Salute) le cure termali, che avendo riconosciuta efficacia terapeutica sono state poste, come detto, a carico del SSN.

Di tal che l'assistenza termale è stata inclusa tra le attività descritte nel Capo III (assistenza distrettuale) del DPCM 12 gennaio 2017, tra quelle fornite dal SSN nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Di tali prestazioni erogate in cicli e destinate a specifici disturbi, gli assistiti possono usufruire in un ciclo annuale con l'eccezione degli invalidi che possono fruire di un ciclo ulteriore a seconda dell'invalidità riconosciuta.

La legge, inoltre, qualifica gli stabilimenti termali e le aziende termali quali unici soggetti idonei alla gestione delle fonti e all'erogazione delle prestazioni termali.

Alla legislazione regionale, invece, è attribuita la competenza gestoria e di pianificazione in materia di rilascio dei permessi per la ricerca, la coltivazione e l'utilizzazione delle acque minerali e termali. Dunque, è demandata alla competenza della Regione l'organizzazione degli uffici, la predisposizione delle procedure per il rilascio e la revoca dei permessi necessari per la ricerca del bene minerale e per l'ottenimento delle concessioni di coltivazione e lo sfruttamento dei giacimenti, nonché le attività di vigilanza. Ancora, sono di competenza legislativa regionale l'adozione della disciplina afferente agli obblighi dei concessionari nonché la promozione del termalismo e del turismo termale.

In particolare, la Regione Campania con la L.R. 29 luglio 2008, n. 8 ss.mm.ii. ha approvato la disciplina della ricerca ed utilizzazione delle acque minerali e termali, delle risorse geotermiche e delle acque di sorgente e con D.P.G.R. 9 aprile 2010, n. 95 ha emanato il relativo regolamento n. 10/2010.

Attualmente, la legge n. 8/2008, in conformità ai principi sanciti dalla legge 24 ottobre 2000, n. 323, disciplina: a) la ricerca, la coltivazione e l'utilizzazione del patrimonio indisponibile di acque minerali naturali e termali, tali riconosciute o riconoscibili, e delle sostanze od energie associate; b) la ricerca, la coltivazione e l'utilizzazione delle acque di sorgente; c) la ricerca, l'estrazione e l'utilizzazione delle piccole utilizzazioni locali sulla terraferma; d) la tutela del patrimonio indisponibile con l'individuazione dei suoli interessati dalle risorse di cui alle lettere a), b) e c) ed al fine di una loro tutela dall'inquinamento.

Sempre nella legge regionale di settore, viene previsto che la Regione Campania consente la gestione e fruizione del patrimonio idrotermale ed incentiva la valorizzazione e lo sfruttamento delle risorse ed in particolare di quelle di cui è stata riconosciuta la terapeuticità ai sensi della normativa vigente, promuovendone l'utilizzo nel piano sanitario regionale per il raggiungimento delle finalità terapeutiche e riabilitative ad esse connesse. Inoltre, è demandata alla Regione la responsabilità di perseguire un razionale sviluppo economico e turistico del territorio ed il riequilibrio dei prelievi dalle falde sotterranee, assicurando il costante raccordo con gli indirizzi generali della programmazione nazionale e della pianificazione di bacino.

Sempre in materia di concessioni la Regione Campania, con legge n. 16 del 2014, art. 1 comma 104, lett. a) numero 1), aveva prorogato le concessioni scadute ed in fase di prosecuzione ovvero destinate a scadere nei cinque anni successivi alla data di entrata in vigore della legge, sino all'approvazione del piano regionale di settore e comunque fino alla fine del 2019.

La Corte Costituzionale, con sentenza n. 117 del 25 giugno 2015, che si colloca nella scia delle sentenze nn. 1/2010, 235/2011, 114/2012 e 28/2013, ha dichiarato la

illegittimità costituzionale dell'art. 1, comma 104, della legge regionale Campania n. 16/2014, perché in contrasto con la direttiva 12 dicembre 2006, n. 2006/123/CE, c.d. "*Direttiva Bolkestein*", attuata con decreto legislativo 26 marzo 2010, n. 59, volta a favorire l'ingresso nel mercato di altri operatori economici, eliminando le barriere che alterino la concorrenza tra imprenditori, la cui efficacia non può venire paralizzata neppure transitoriamente, se non per il periodo strettamente necessario ai fini della definizione della gara pubblica.

In seguito, la Legge Regionale 2 dicembre 2015, n. 15, "Riordino del servizio idrico integrato ed istituzione dell'Ente Idrico Campano", ex articolo 25 successivamente integrato e modificato con le LL.RR. 6/2016 e 22/2016, nel demandare alla Giunta Regionale l'individuazione di criteri cui attenersi per l'espletamento delle procedure ad evidenza pubblica, ha stabilito che "le concessioni comunque in essere permangono efficaci limitatamente al tempo necessario per l'espletamento delle procedure ad evidenza pubblica, così da garantire per il periodo suddetto la continuità dell'attività aziendale...".

Con riferimento al limite rispetto agli obblighi derivanti dal diritto europeo, la giurisprudenza costituzionale (ex multis, Corte Cost. n. 244/2010) ha precisato che la normativa nazionale di recepimento della direttiva n. 2009/54/CE – Direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio sull'utilizzazione e la commercializzazione delle acque minerali naturali – contenuta nel d.lgs. n. 176/2011, essendo in larga parte riproduttiva della direttiva stessa, detta una disciplina di principio della materia, non modificabile dalla fonte regionale, pena la mancata o incompleta attuazione dell'atto europeo.

La Direttiva 2009/54/CE: utilizzazione e commercializzazione delle acque minerali naturali, stabilisce che le autorità nazionali devono garantire che l'acqua sia conforme alla normativa dell'UE prima di conferirle la denominazione di «acqua minerale naturale» e che ciascun paese dell'UE deve comunicare alla Commissione europea quando tale status viene riconosciuto o revocato. Non è lecito attribuire all'acqua caratteristiche che non possiede. Il termine «acqua di sorgente» può essere usato solo per le acque destinate al consumo umano allo stato naturale e imbottigliate alla sorgente, che soddisfino le condizioni relative alla salute e all'etichettatura previste dalla normativa. Nel caso in cui un'autorità nazionale consideri un'acqua minerale naturale pericolosa per la salute umana, potrà limitarne o vietarne la vendita e informerà gli altri paesi dell'UE e la Commissione in merito, ed infine che la normativa non si applica alle acque considerate dei medicinali, né alle acque minerali naturali utilizzate come cure all'interno di centri termali e idrotermali.

La Legge n. 205 del 27/12/2017 ha apportato modifiche alla previgente disciplina in materia dell'utilizzo delle acque minerali e termali destinate all'esercizio dell'azienda termale.

In particolare, il comma 1094 dell'art. 1 dispone che: "Al fine di pervenire ad una piena e corretta attuazione della direttiva 2006/123/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 dicembre 2006, relativa ai servizi nel mercato interno, e nel contempo consentire il raggiungimento degli specifici obiettivi connessi all'attività di assistenza e cura in ambito termale, favorendo la ripresa degli investimenti nel settore, l'articolo 1, comma 1, del decreto legislativo 26 marzo 2010, n. 59, recante attuazione della citata direttiva 2006/123/CE, si interpreta nel senso che le disposizioni del medesimo decreto legislativo n. 59 del 2010 non si applicano al rilascio e al rinnovo delle concessioni per l'utilizzazione delle acque minerali e termali destinate all'esercizio dell'azienda termale in possesso delle autorizzazioni sanitarie di cui all'articolo 3, comma 1, della legge 24 ottobre 2000, n. 323, qualora il fatturato della stessa azienda, riferibile alle prestazioni termali e alle piscine termali, ove esistenti e come individuate dalla disciplina interregionale in materia, sia stato prevalente, nei due anni precedenti l'istanza di rilascio o di rinnovo, rispetto a quello delle attività di cui all'articolo 3, comma 2, della medesima legge. La prevalenza deve risultare da una specifica certificazione rilasciata dai revisori dei conti e formulata sulla base della contabilità analitica aziendale."

Da ultimo, con DGR n. 517 del 2/08/2018 la Giunta regionale ha approvato le Linee Guida, successivamente modificate con la delibera n. 162 del 17/04/2019 e con la delibera n. 241 del 04/06/2019, riportanti le procedure amministrative finalizzate al rilascio e al rinnovo di concessioni minerarie per gli effetti della L. 205/2017, in ossequio ai principi di non discriminazione, trasparenza e parità di trattamento tra operatori economici.

SEZIONE I

Il processo di formazione del concetto di termalismo

1. Il termalismo come forma di turismo della salute: profili storico-evolutivi della nozione

La conoscenza delle proprietà curative delle acque termali, capaci di giovare alla salute e di apportare benessere fisico, ha profonde radici storiche e in Italia, già all'epoca dei Romani, era diffusa nell'*Urbe* la pratica di vivere momenti di relax, riposo ma anche intrattenimento nei cd. "bagni termali".

Dalla Grecia infatti si era diffusa la moda dell'idroterapia e nella sola città di Roma si contavano più di 800 stabilimenti termali. Le terme offrivano complessi con diverse stanze e piscine di acqua calda e fredda, saune e palestre che gli antichi romani usavano per bagni regolari, massaggi, esercizi fisici e pulizia personale.

Le terme erano anche luoghi di incontro e quindi, centri rilevanti della vita sociale e comunitaria. Inoltre, le terme romane riflettevano il crescente interesse per la salute e la bellezza del corpo; gli esercizi fisici e i bagni erano infatti considerati importanti per il benessere generale e molte terme includevano aree per l'esercizio fisico.

Di rilievo era anche la componente religiosa che ha sempre avuto forti legami con l'acqua per cui spesso le terme erano costruite nei pressi di sorgenti d'acqua considerate sacre e la balneazione poteva essere accompagnata da pratiche religiose.

Già nell'antichità era riconosciuto il termalismo terapeutico e le acque ricche di minerali e considerate benefiche per la salute venivano utilizzate per la cura del corpo.

Rappresentando un centro di molteplici interessi, le terme erano spesso circondate da attività commerciali, come negozi e taverne ed erano una delle massime espressioni dell'ingegneria romana, infatti, la costruzione delle terme richiedeva un avanzato *know-how ingegneristico* e rappresentavano un trionfo dell'ingegneria idrica ed edile, con sistemi di riscaldamento complessi, sistemi idraulici sofisticati e architettura elaborata.



Terme di Caracalla (Roma, Italia).

I caratteri tipici del fenomeno termale di epoca romana e gli interessi ad esso legati non si discostano da quelli che, ad oggi, continuiamo ad individuare come elementi tipici del termalismo. A questi, si deve necessariamente aggiungere anche una spiccata vocazione turistica delle località termali, tanto da essere nozione condivisa nella comunità scientifica che il soggiorno termale sua un fondamento del turismo in Occidente.

L'incontro tra terme e turismo, in particolare a seguito della nascita in Gran Bretagna della prima grande stazione termale "moderna" di Bath, è il fattore chiave che ha permesso la rinascita del fenomeno termale dopo una lunga fase di decadenza e disinteresse, causata da radicate idee di vergogna e pudicizia di matrice religiosa proprie del periodo Medioevale.

In particolare, la Chiesa, con l'intento di arginare il *malcostume* della nudità e della promiscuità, invitava all'utilizzo delle acque solo per la cura della salute, così il bagno termale visse una fase di declino che coinvolse anche le strutture, con la scomparsa di molti complessi urbani monumentali caratteristici dell'Impero. Sopravvisse tuttavia, fino al Medioevo la convinzione del potere curativo del bagno e questo favorì la conservazione della cultura termale e la successiva riscoperta.

Nell'XI secolo si assiste ad una rinascita del fenomeno termale in diverse città europee grazie anche al contatto con l'Oriente, dove invece la tradizione termale non si era mai sopita, ma anzi, svolgeva ancora un'importante funzione sociale e religiosa.

In epoca rinascimentale si avvia una fase completamente nuova, soprattutto in ambito medico. Appaiono, infatti, trattati sull'idroterapia, in cui si utilizza acqua semplice, e sulla crenoterapia, in cui si utilizza acqua minerale, che si diffondono rapidamente grazie all'uso della stampa.

In seguito, il medico inglese John Foyer, con i suoi scritti sull'uso delle acque termali in Inghilterra fece assurgere l'idroterapia a pratica medica, tanto che nel secolo XVIII si delineò il concetto di acqua termale come strumento chimico farmacologico che elevò l'idrologia a vera e propria scienza.

In questo periodo si ha un forte sviluppo del **termalismo turistico** che sull'esempio inglese di Bath si diffonde come una moda in molte località europee, prime tra tutte la belga Spa.

Il Settecento, secolo nel quale sulla scia del pensiero illuminista al mondo naturale viene attribuita una centralità assoluta, si rivela un periodo di cruciale importanza per la crescita del fenomeno termale. Anche in Italia gli scienziati iniziano ad interessarsi di acque, fanghi e vapori e alcuni di essi, consiglieri di governi illuminati si recano in Inghilterra e in Francia ove già è in atto un processo di valorizzazione delle sorgenti.

Le località termali, così, già simbolo di aristocrazia e modernità, divengono anche luoghi di diffusione scientifica. Basti ricordare il chimico e medico Salva-

tore Mandruzzato (1758-1837) che nei suoi volumi “*Dei bagni di Abano*”, raccolta dedicata ai territori euganei, approfondisce le tematiche del termalismo in campo medico ed economico. Lo studioso di Treviso già allora sottolineava l'importanza di approfondire lo studio della chimica e della fisica delle acque termali, così da comprenderne tutte le potenzialità terapeutiche.

Nell'Ottocento, si registra un aumento del numero degli stabilimenti e dei turisti, anche frutto della progressiva crescita della borghesia che si aggiunge alla classe aristocratica tra i frequentatori delle stazioni termali. Dal punto di vista scientifico, acqua e vapori continuano a rappresentare un centro d'interessi, ma l'empirismo degli studi settecenteschi viene *domato* dal rigore metodologico delle singole discipline, quale la mineralogia, la chimica, la medicina, l'idrologia.

Negli Stati dell'Italia preunitaria, i cambiamenti morali e politici incidono profondamente sull'assetto dei territori, si assiste all'imporsi dell'interesse privato che sopprime vecchie consuetudini, diritti d'uso e sfruttamento dei suoli. Gli Stati infatti si impossessano dei beni feudali ed ecclesiastici, le sorgenti termali escono dall'orbita del controllo della Chiesa, cadono in tal modo oltre ai vecchi privilegi anche i limiti che la morale cattolica imponeva alla frequentazione dei bagni.

La complessità del periodo e lo scontro tra tradizione e modernità, bisognosa di avanzamento scientifico, viene magistralmente raccontata da un testimone dell'epoca, il direttore dell'Osservatorio di Palermo Niccolò Cacciatore (1780 – 1841), autore di un volumetto dal titolo “*Viaggio ai bagni minerali di Sclafani*”. Cacciatore, riconosciuto intellettuale palermitano dell'epoca, descrive il proprio viaggio in Italia con l'obiettivo di soggiornare nella località di Sclafani, bagni termali frequentati da “*infermi di ambi i sessi, di ogni ceto, condizione ed età*”, in cui conta una frequentazione di circa 160 persone al giorno. I bagni, tuttavia, deludono le aspettative dello studioso rivelandosi luogo di speculazione, strutturalmente inadeguato e mal gestito, ove proliferano e si diffondono malattie, tra cui la scabbia, per via del cattivo riciclo e ricircolo delle acque, tanto da spingere lo scrittore ad invocare un intervento del governo a tutela della salute pubblica.

In quella che alcuni descrivono come un'inchiesta sulla condizione rurale delle terme del mezzogiorno, l'autore anticipa l'intuizione per cui il livello di sviluppo delle stazioni di acque e bagni è uno degli indici di modernità delle singole nazioni.

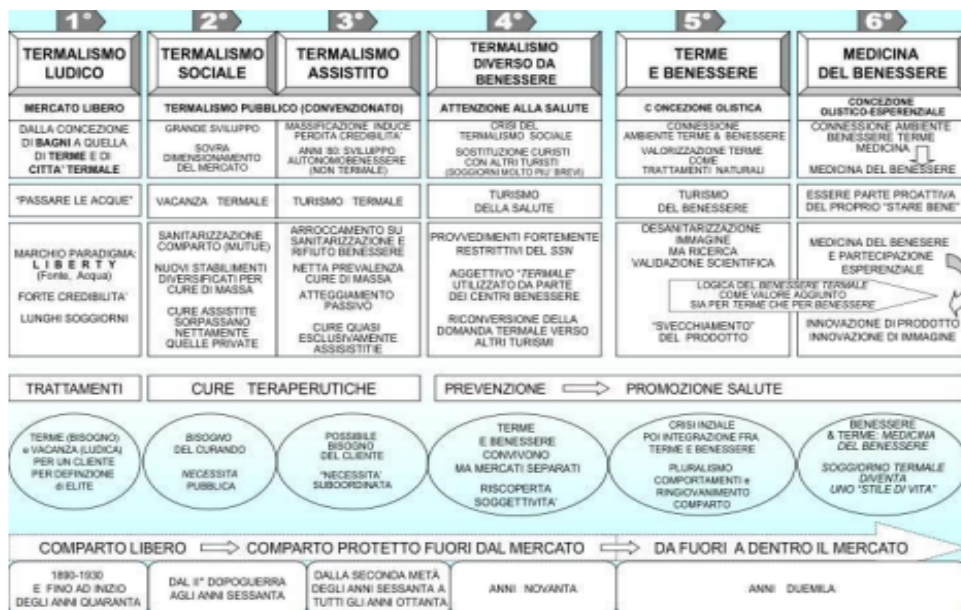
In seguito all'unificazione (1861), i bagni italiani si attrezzano per garantire l'intrattenimento degli avventori con spazi dedicati alla socialità, come caffè, sale da biliardo, da musica e persino per il gioco d'azzardo. I bagni divengono anche il luogo in cui rappresentare la cultura e la società del tempo, come testimonia, per esempio, il testo della commedia lirica scritto, nel 1857, da Raffaele D'Ambra per il pubblico napoletano ed ambientato nello stabilimento di Castellamare.

Dalla fine dell'800, il fenomeno termale si presenta come storicamente caratterizzato, e la prima fase, che va dal 1890 al 1930, può essere definita **termalismo ludico**. L'approccio alle terme è funzionale alla preservazione della salute, ma in una più complessiva offerta, è volto alla ricerca del relax; infatti, nei primi anni del secolo, recarsi alle terme durante il periodo estivo aveva lo stesso valore di quello che qualche decennio dopo avrebbe assunto la frequentazione delle più famose località balneari.

In questa fase, tuttavia, si assiste ad un generalizzato declino del turismo termale connaturato alla fase di sconvolgimenti storici del primo '900, che ne determina un ulteriore cambiamento.

Se infatti il termalismo era, fino a quel momento, a beneficio solo delle classi più agiate, a seguito delle grandi guerre si assiste ad un ritorno ai valori originari propri del fenomeno termale, come prassi popolare, circostanza cui contribuisce il ruolo giocato dei sistemi sanitari nazionali, con il riconoscimento del termalismo quale pratica medica sovvenzionata dallo Stato.

In questa fase del cd. **termalismo sociale**, l'approccio alle terme è favorito dall'implementazione delle politiche sanitarie e la prestazione "cura termale" viene inserita tra le misure di *welfare* garantite dal Sistema Sanitario Nazionale.



Fonte: Federterme, 2017.

Dagli anni '70 il termalismo viene concepito in un'ottica esclusivamente sanitaria, si afferma il cd. **termalismo assistito** caratterizzato dalla prevalenza di cure di massa e dal facile accesso alle prestazioni, i cui costi vengono sostenuti quasi esclusivamente dal SSN. Naturalmente tale circostanza favorisce cattive pratiche che richiedono l'introduzione di limitazioni per accedere al beneficio, tra cui l'abolizione della concessione di ferie aggiuntive, misure più restrittive per l'effettuazione delle cure, introduzione del ticket da parte del Sistema Nazionale Sanitario.

L'insieme di questi condizionamenti determina la prima crisi del comparto, provocando una modifica della concezione di termalismo, che implica il passaggio dalla cura alla prevenzione, affermandosi una nova fase di integrazione tra termalismo e benessere.

La progressiva limitazione della possibilità di porre a carico del SSN le prestazioni termali ha, infatti, comportato la necessità per gli imprenditori che si erano adattati sull'attività convenzionata di differenziare aprendosi al mercato del wellness e del turismo non solo sanitario ma anche del benessere.

Dagli anni ottanta del '900, nello stile di vita occidentale inizia ad affermarsi la cultura olistica e del benessere. Al descritto mutamento culturale in Italia fa da corollario, come anticipato, la dismissione degli stabilimenti termali che vengono trasferiti agli enti locali, ciò comporta la fine di ingenti investimenti economici pubblici patrocinati dallo Stato centrale.

L'Ente autonomo di gestione delle aziende Termali (EAGAT) istituito con la legge n. 649 del 1960 per gestire alcune importanti stazioni termali di proprietà demaniale, era dotato di strumenti amministrativi specifici e di un fondo finanziario per la cura e la valorizzazione degli stabilimenti. La scelta di creare un ente apposito nasceva dall'esigenza di assicurare, a importanti realtà termali italiane, una migliore gestione dell'apparato sanitario, la difesa dell'ambiente, l'implementazione delle politiche economico-turistiche e occupazionali.

Nonostante le dotazioni economiche e i chiari obbiettivi prefissati, l'Ente non riuscì a raggiungere gli scopi per il quale era stato istituito, infatti, in alcuni territori da esso gestiti ci furono gravi squilibri economici e, più in generale, una eccessiva caratterizzazione economica monotematica termale legata all'offerta produttiva e occupazionale.

A causa delle descritte problematiche l'EAGAT, con il decreto-legge n. 481 del 1978, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 641 del 1978, fu posto in liquidazione e con la legge n. 833 del 1978 si sancì il trasferimento agli enti locali territoriali degli stabilimenti termali pubblici, assecondando l'impostazione complessiva

della riforma sanitaria che riconduceva sotto la potestà dei comuni tutte le strutture del SSN.

Tuttavia, nonostante le migliori premesse, il trasferimento della proprietà in capo ai comuni non fu attuato nei tempi previsti, circostanza da cui scaturì un ulteriore rallentamento nei processi di modernizzazione, innovazione e riqualificazione degli stabilimenti termali.

In seguito, la legge n. 412 del 1991, abrogò le disposizioni previgenti in materia, e gli stabilimenti termali pubblici vennero dapprima concessi alla gestione immobiliare dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS), che in osservanza dall'articolo 15 della medesima legge li conferì a società per azioni appositamente costituite con il compito di provvedere “alla loro gestione sulla base di criteri di economicità ed efficienza”, per poi disporre il successivo trasferimento degli stessi alle regioni e ai comuni di appartenenza, prevedendo anche la presenza di soci privati.

In seguito, con legge n. 59 del 1997, vennero trasferiti alle regioni, alle province autonome e ai comuni nel cui territorio erano ubicati gli stabilimenti termali, le partecipazioni azionarie, le attività, i beni, il personale, i patrimoni, i marchi e le pertinenze delle aziende termali, già inquadrate nel soppresso EAGAT.

Il descritto *iter* legislativo, caratterizzato da particolare tortuosità, non ha risolto le problematiche proprie del settore ma, anzi, ha contribuito a compromettere ulteriormente la crescita economica ed occupazionale dei territori interessati.

Infatti, il comparto delle terme italiane ha rappresentato per lungo tempo un settore autonomo e legato alla proprietà pubblica, circostanza che lo poneva al riparo dalle dinamiche competitive e dalle problematiche connesse alle logiche di mercato.

Il nuovo sistema studiato dal legislatore italiano ha costretto, *d'emblée*, il comparto termale a confrontarsi con fattori fino ad allora sconosciuti, quali la concorrenza e la competitività, a cui è naturalmente conseguita una rivoluzione dal punto di vista organizzativo.

Dagli anni novanta, quindi, è iniziato un periodo di concessioni e di imprese pubblico - private in cui si passa progressivamente da un **turismo della salute** ad un **turismo del benessere** o *wellness turism*, frutto di un sempre più rapido sviluppo tecnologico, sociale, di marketing e di impatto sul territorio.

Così, nei luoghi di vacanza fioriscono strutture che pur lontane da fonti termali, offrono servizi *wellnes oriented* che inglobano le peculiarità dell'attività termale, aprendo ad un nuovo segmento del mercato, parallelo a quello termale, i cui prota-

gonisti sono centri benessere, spa e beauty farm che oggi rappresentano una delle grandi innovazioni del nostro *modus vivendi*.

Tale nuovo scenario acuisce la crisi del settore termale che ancora perdura, tra nuova concorrenza, necessità di rilancio infrastrutturale, di innovazione del prodotto e diversificazione dell'offerta.

2. Un modello molteplice: dal turismo medico al turismo termale

La tematica del “diritto alla salute” ha assunto un'importanza via via crescente nel dibattito nazionale, ma anche europeo ed internazionale, in cui si è imposta una netta accelerazione alla ricerca delle più adeguate soluzioni per fronteggiare le sfide presenti e future, ciò anche in conseguenza della crisi pandemica da Sars Covid-19.

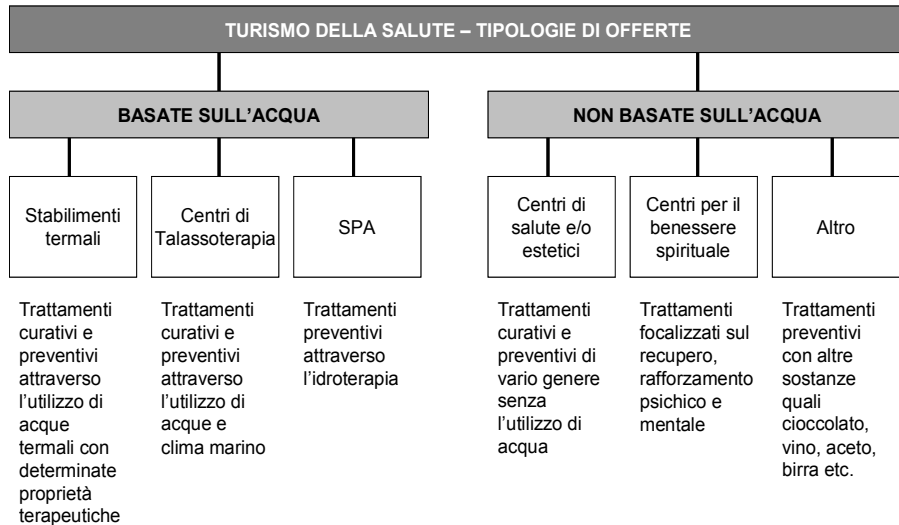
Nell'ambito della normativa a tutela di tale diritto, che trova espresso riconoscimento oltre che all'art. 32 della Costituzione italiana anche all'interno dell'art. 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, un interesse particolare riveste, per l'argomento trattato, la direttiva 2011/24/UE, recepita in Italia tramite il D.Lgs. n. 38 del 2014 sull'assistenza sanitaria transfrontaliera, volta a disciplinare il fenomeno del cd. turismo sanitario o *health tourism*.

Con tale locuzione, si individua un sottosettore del turismo generale che ricomprende l'insieme delle attività di organizzazione di viaggio e di permanenza, usualmente in un paese estero, ma che riguarda anche fenomeni di mobilità interregionale, in cui il finanziamento delle prestazioni sanitarie è a carico di bilanci diversi all'interno del medesimo Stato come in Italia, per ottenere specifiche prestazioni sanitarie preventivamente definite da un centro medico di propria scelta.

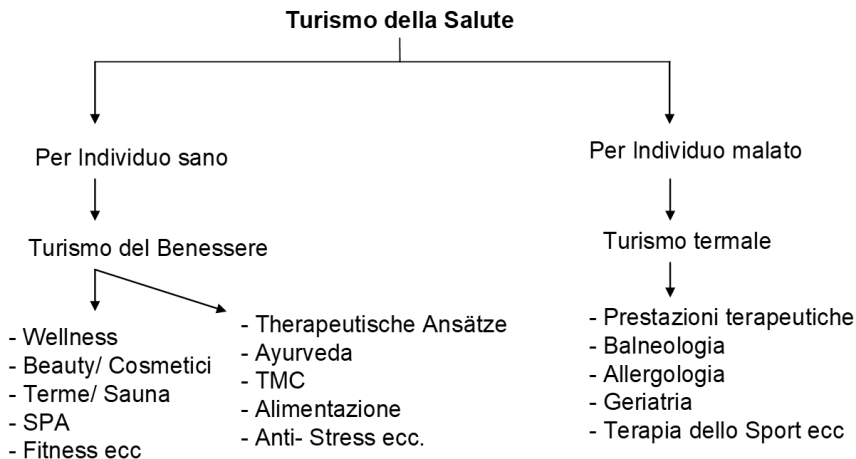
Secondo l'Organizzazione Mondiale del Turismo (UNWTO) e l'*European Travel Commissions* (ETC), nel report pubblicato in collaborazione nel 2018 dal titolo *Exploring Health Tourism, l'health tourism*, il turismo della salute si compone di due sottocategorie: il **turismo medico** (o *medical tourism*) che indica le attività di viaggio compiute per accedere a trattamenti medici, invasivi e non, basati sull'evidenza e il **turismo del benessere** (o *wellness tourism*) che è un tipo di viaggio in cui è previsto lo svolgimento di attività o l'accesso a prestazioni rientranti nella sfera del benessere psicofisico e della prevenzione.

Nella categoria dell'*health tourism* gli autori del report “*Research for TRAN Committee - Health tourism in the EU: general investigation*”, del 2017, il cui obiettivo è quello di fornire una panoramica qualitativa e quantitativa dello stato del turismo sanitario in UE, inseriscono anche il **turismo termale** (o termalismo), in cui rientrano le attività di viaggio per intraprendere trattamenti medici di natura preventiva o

curativa o di benessere che sfruttano i benefici e le proprietà delle acque termali, cui si affiancano attività di relax e svago.



Lo sfruttamento delle acque termali, dunque, ha carattere duplice, medico-terapeutica, da un lato, e ludico-ricreativa, dall'altro, alle quali va riconnessa l'ulteriore caratteristica di matrice storica, per la quale i viaggiatori coniugano il soggiorno termale con le esperienze offerte dal contesto circostante, di tipo culturale, paesaggistico, enogastronomico, sportivo, ecc.



Fonte: Federterme, 2011.

L'associazione dei concetti di viaggio e salubrità ha trovato inoltre riconoscimento da parte dell'UNWTO, secondo cui tutti gli spostamenti effettuati per scopi medici sono in ogni caso da qualificarsi come *touristic trips*.

In particolare turismo della salute e le sottocategorie che lo compongono come quello del benessere appartengono al così detto "special interest tourism" (turismo a interesse speciale) che si riferisce a forme di turismo che si concentrano su particolari interessi, passioni o attività, anziché sul generico desiderio di viaggiare o visitare luoghi turistici tradizionali.

Di queste esistono numerose tipologie e classificazioni, spesso disorganizzate e persino in contrasto tra loro.

Termini come *health tourism*, *wellness tourism*, *SPA tourism* e *medical tourism* sono infatti usati come sinonimi e in maniera intercambiabile, ma anche per identificare però concetti e fenomeni diversi tra loro.

Un risaltante quanto mai veramente sopito contrasto dottrinario riguarda il *wellness tourism* e se in questo possa o meno essere ricompreso il concetto di *medical tourism* o se entrambe le categorie debbano essere inglobate dal più vasto concetto di *health tourism*. Anche se non manca chi le ritiene tutte categorie separate e a sé stanti.

All'efficace categorizzazione delle diverse tipologie di turismo suelencate si connette una più profonda conoscenza delle peculiarità di ogniuna di esse e di conseguenza dei potenziali mercati cui fanno riferimento.

È infatti fondamentale per gli *stakeholder* interessati conoscere e riconoscere le differenti opportunità che ogni singola categoria mette a disposizione, sia per capire dove e come promuovere la loro offerta sia per poter poi soddisfare gli interessi e le necessità degli utenti (curandi e curisti).

Nel corso del tempo, nella più generale categoria del turismo della salute, il punto focale si è spostato dall'aspetto medico – curativo, in cui più spesso il viaggio viene effettuato a seguito della diagnosi patologica, all'aspetto preventivo, fondato sul mantenimento di uno buono stato di salute dell'individuo.

La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità, definisce la salute come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia o infermità.

Il concetto di turismo della salute tuttavia ha sempre avuto confini incerti nella propria evoluzione.

L'International Union of Tourism Organizations, nel lontano 1973, definiva l'*Health tourism* "*the provision of health facilities utilizing the natural resources of the country, in particular mineral water and climate*", dando quindi centralità all'utilizzo delle risorse naturali proprie del paese, tra le quali le acque minerali, per la fornitura di servizi per la salute.

Più tardi, alla fine degli anni '80, Goodrich J.N. e Goodrich G.E., guarderanno al turismo della salute come al tentativo di una struttura o di una destinazione di attrarre turisti promuovendo i propri servizi per la cura della salute in aggiunta ai servizi normalmente associati al turismo. Questo tipo di servizi potevano includere esami medici da parte di uno staff medico altamente qualificato e specializzato, diete, agopuntura oltre a specifici trattamenti medici.

All'inizio del nuovo millennio, Hall C.M., ha collegato il turismo della salute a peculiari segmenti del mercato mentre Smith e Puczkò, nel 2015, lo hanno definito come la forma di turismo che si focalizza sulla salute fisica ma che migliora anche il benessere mentale e spirituale, rafforzando la capacità dell'individuo di soddisfare i suoi bisogni e di adattarsi all'ambiente e alla società nei quali è inserito.

Appare quindi difficoltoso dare una definizione univoca del settore e tracciare una netta linea di demarcazione tra aspetti medici e non, tanto che nel 2018 il *Global Wellness Institute* ha considerato l'*Health tourism* come la risultante di plurime componenti, ossia del turismo medicale, del benessere e dello spa *tourism*. Tale linea è però necessaria per superare alcune criticità che diversamente si pongono in materia inevitabile. Il riferimento è in particolare alla sottrazione o meno di dette attività alla disciplina della concorrenza che dipende proprio dalla riconducibilità o meno delle stesse ai servizi sanitari esclusi dall'applicazione della direttiva "Bolkestein".

3. Il turismo del benessere

La riconduzione del turismo del benessere a sottocategoria del turismo della salute si deve in particolare a due autori (Muller e Kaufmann) che hanno anche posto in risalto la differenza tra cura e *wellness* dal punto di vista della domanda, individuandola nel fatto che, nel secondo caso, la ricerca del benessere è effettuata da chi è sano e con finalità spesso legate alla prevenzione. Tale definizione rileva soprattutto per differenziare l'offerta, in quanto, dal punto di vista della domanda, lo stesso operatore può rendere servizi che rientrano in entrambe le categorie.

Il turismo del benessere, come già sottolineato, dagli anni '90 del secolo scorso inizia la sua progressiva espansione, che comporta un'evoluzione non solo culturale, ossia legata allo stile di vita ma anche nei *target* di riferimento, nell'offerta turistica e negli approcci di marketing.

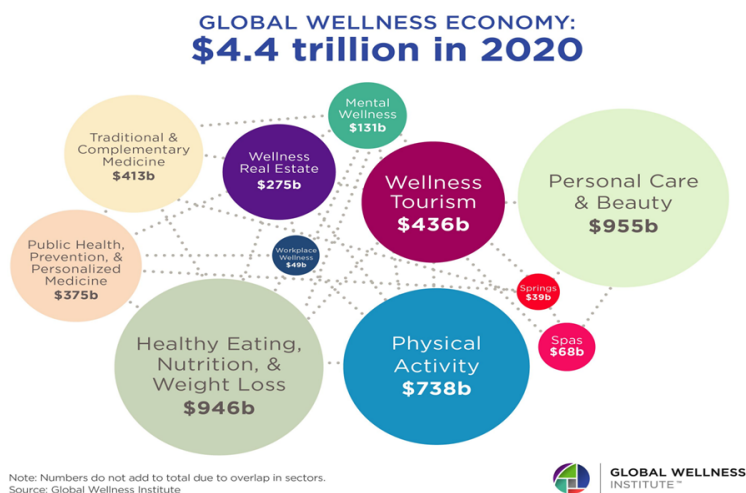
La WHO (World Health Organization) definisce il benessere come uno stato di soddisfazione nella crescita fisica, mentale e sociale, mentre il *Global Wellness Institute* definisce il turismo del benessere "*as travel associated with the pursuit of maintaining or enhancing one's personal wellbeing*", un viaggio associato alla ricerca di mantenimento o miglioramento del proprio benessere personale.

Di *wellness* parla per la prima volta Halbert Dunn che in *High-Level Wellness* (1961) descrive una particolare forma di benessere, come uno “special state of health comprising an overall of well-being which sees Man as consisting of body, spirit and mind and being dependent on his environment”. Il termalismo costituiva in questo senso l’archetipo dei servizi finalizzati al benessere.

Nel corso del tempo tuttavia, il concetto e l’idea di *wellness* sono mutati modificando anche l’utilizzo del termine. L’aumento della popolarità ha visto infatti allontanarsi il significato olistico voluto da Dunn per assumere connotati filosofico – spirituali.

A partire dagli anni 90, infatti, si è assistito ad un’evoluzione del turismo del benessere che si è sganciato dal turismo termale, identificandosi come comparto autonomo, slegato anche dall’utilizzo di acque termali. Questo ha comportato la localizzazione di attività del settore, come le moderne SPA dei centri urbani, in luoghi assai distanti e in contesti avulsi dalle fonti termali.

Nel 2022, il Global Wellness Institute (GWI) ha pubblicato *The Global Wellness Economy: Country Rankings*, il primo studio volto a misurare e classificare l’economia del benessere nelle regioni e nei paesi del mondo. Il report classifica 150 paesi in base alla dimensione delle loro economie legate al benessere, confronta il benessere con la dimensione dell’economia complessiva di ciascun paese ed esamina la spesa pro capite per il benessere.



Il settore *wellness* oggi prevalente a livello globale che vale all’incirca 4.4 trilioni di dollari è il settore della cura personale e della bellezza a rappresentare la fetta di mercato più ampia seguita dal settore della nutrizione. Il *wellness tourism*, nell’accezione di turismo del benessere rappresenta, in ogni caso, un *business* di enorme importanza.

Il rapporto evidenzia la rilevanza dei diversi settori del benessere nel mercato mondiale e la circostanza che questo è concentrato in tre settori: 1) alimentazione sana, nutrizione e dimagrimento; 2) cura e bellezza della persona; e 3) attività fisica.

Questi tre segmenti rappresentano oltre il 60% del mercato totale del benessere. Esiste tuttavia un'ampia variabilità fra le nazioni.

In Giappone, la cura personale/bellezza rappresenta una quota molto maggiore della spesa per il benessere rispetto alla maggior parte dei paesi; per Cina, India, Indonesia, Russia e Turchia si tratta di medicina tradizionale/complementare; in Germania a prevalere è il turismo del benessere, di cui le attività termali e lo sfruttamento delle sorgenti termali/minerali occupano uno spazio; mentre nell'Africa sub-sahariana prevale la spesa per la sanità pubblica e la prevenzione.

I paesi più popolosi del mondo (ad esempio Cina, India, Indonesia, Brasile, Russia), o i più ricchi (ad esempio Svizzera, Australia, Paesi Bassi), e i paesi che combinano dimensioni e ricchezza (ad esempio Stati Uniti, Giappone, Germania, Regno Unito, ecc.), spendono di più per il wellness.

Gli Stati Uniti sono di gran lunga il mercato più grande, con 1.200 miliardi di dollari, quasi il doppio della dimensione del secondo mercato, la Cina, con 683 miliardi di dollari. Gli Stati Uniti, in particolare, rappresentano il 28% dell'intero mercato globale del benessere, mentre i primi dieci mercati rappresentano il 71% del totale mondiale.

I consumatori delle economie più ricche, quindi, spendono ogni anno di più per il benessere.

Wellness Economy and GDP Per Capita: Top Twenty Markets, 2020

	Wellness Economy Per Capita		GDP Per Capita	
	US\$	Rank	Current US\$	Rank
Switzerland	\$4,372	1	\$83,700	2
Iceland	\$3,728	2	\$73,085	5
United States	\$3,685	3	\$59,886	8
Austria	\$3,568	4	\$47,318	14
Norway	\$3,346	5	\$75,307	4
Australia	\$3,271	6	\$55,915	11
New Zealand	\$2,969	7	\$42,335	20
Denmark	\$2,958	8	\$57,773	10
Hong Kong	\$2,943	9	\$46,032	16
Aruba	\$2,792	10	\$27,897	35
Finland	\$2,707	11	\$46,437	15
Luxembourg	\$2,658	12	\$108,622	1
Germany	\$2,651	13	\$44,637	18
Canada	\$2,498	14	\$45,192	17
Sweden	\$2,464	15	\$53,459	12
Ireland	\$2,448	16	\$69,487	6
Japan	\$2,396	17	\$38,903	25
Macau	\$2,365	18	\$77,257	3
United Kingdom	\$2,350	19	\$40,350	23
Netherlands	\$2,348	20	\$48,800	13

See Table 2 for detailed time series data on wellness economy per capita in 150 countries.
Source: Global Wellness Institute (based on extensive primary research and secondary data sources); IMF World Economic Outlook, October 2021 Edition (GDP data).



GLOBAL WELLNESS
INSTITUTE

Il rapporto fornisce dati su quanto il mercato del benessere contribuisce al PIL nazionale (quale percentuale dell'economia rappresenta). A livello globale, l'economia del benessere rappresenta il 5,1% del PIL totale (circa uno ogni venti "dollar" spesi dai consumatori di tutto il mondo è dedicato al benessere).

Wellness Economy and Size/Wealth Comparisons: Top Twenty Markets, 2020

	Wellness Economy Size		Gross Domestic Product (GDP)		Population		GDP Per Capita	
	US\$ billions	Rank	US\$ billions	Rank	millions	Rank	Current US\$	Rank
United States	\$1,215.7	1	\$20,893.8	1	329.5	3	\$59,886	8
China	\$682.7	2	\$14,866.7	2	1,402.1	1	\$8,760	76
Japan	\$303.6	3	\$5,045.1	3	125.8	11	\$38,903	25
Germany	\$223.9	4	\$3,843.3	4	83.2	18	\$44,637	18
United Kingdom	\$158.4	5	\$2,709.7	5	67.2	21	\$40,350	23
France	\$133.1	6	\$2,624.4	7	67.4	20	\$40,054	24
Canada	\$95.1	7	\$1,644.0	9	38.0	34	\$45,192	17
South Korea	\$94.1	8	\$1,638.3	10	51.8	27	\$31,601	30
Italy	\$91.8	9	\$1,884.9	8	59.6	23	\$32,649	29
Australia	\$84.4	10	\$1,359.4	13	25.7	46	\$55,915	11
Brazil	\$82.6	11	\$1,444.7	12	212.6	6	\$9,978	70
India	\$77.6	12	\$2,660.2	6	1,380.0	2	\$1,981	128
Russia	\$71.4	13	\$1,478.6	11	144.1	9	\$10,724	66
Spain	\$62.6	14	\$1,280.5	14	47.4	29	\$28,197	34
Mexico	\$46.5	15	\$1,073.9	15	128.9	10	\$9,343	73
Netherlands	\$41.0	16	\$913.1	17	17.4	54	\$48,800	13
Taiwan	\$38.4	17	\$668.2	22	23.8	47	\$25,062	38
Switzerland	\$38.2	18	\$751.9	19	8.6	78	\$83,700	2
Indonesia	\$36.4	19	\$1,059.6	16	273.5	4	\$3,885	108
Turkey	\$34.6	20	\$719.9	20	84.3	16	\$10,629	67

Source: Global Wellness Institute (based on extensive primary research and secondary data sources); IMF World Economic Outlook, October 2021 Edition (GDP data); World Bank World Development Indicators (population data).



GLOBAL WELLNESS
INSTITUTE™

Lo studio classifica i paesi in base al rapporto tra la dimensione della loro economia del benessere e la dimensione del loro PIL/economia totale, ed evidenzia come nei paesi piccoli e dipendenti dal turismo la *wellness economy* sia rilevante.

Per alcuni di questi, infatti, il mercato del benessere rappresenta una percentuale consistente del PIL totale: Seychelles (16,5%), Maldive (14,5%), Aruba (11,9%), Costa Rica (11,4%) e Santa Lucia (10%).

I dati mostrano il forte contributo che il turismo del benessere apporta alle economie di questi Paesi, ma anche come in essi il benessere sia più una “industria di esportazione” e, per la maggior parte fuori, dalla portata della popolazione locale.

Wellness Tourism Growth Projections, 2017-2022

	Projected Expenditures (US\$ billions)		Projected Average Annual Growth Rate
	2017	2022	2017-2022
North America	\$241.7	\$311.3	5.2%
Europe	\$210.8	\$275.0	5.5%
Asia-Pacific	\$136.7	\$251.6	13.0%
Latin America-Caribbean	\$34.8	\$54.7	9.5%
Middle East-North Africa	\$10.7	\$18.7	11.8%
Africa	\$4.8	\$8.1	11.1%
Total Wellness Tourism Industry	\$639.4	\$919.4	7.5%

Source: Global Wellness Institute estimates, based upon tourism industry data from Euromonitor International, economic data from the IMF, and GWI's data and projection model

In questo grafico possiamo constatare come il Global Wellness Institute stimasse il valore globale del turismo del benessere nel 2017 in 639,4 miliardi di dollari, e rilevasse una crescita pari al doppio della velocità rispetto al resto del mercato turistico.

Ciò portava a ritenere il turismo del benessere un settore in rapida espansione, che contava, al 2017, su 830 milioni di viaggi per il benessere con una crescita di 139 milioni in più rispetto al 2015. Tale aumento del numero di viaggiatori era sostenuto dall'espansione della classe “media globale” e dalla crescente affermazione di una cultura fondata su stili di vita salutari.

Wellness Economy by Region, 2017, 2019, 2020

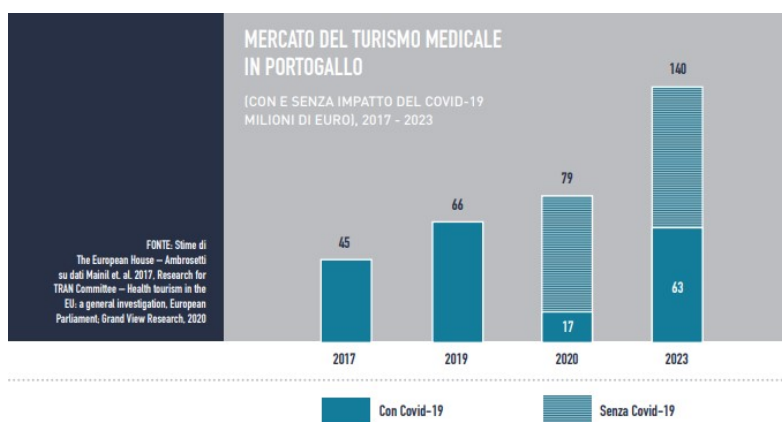
	Wellness Economy				Average Annual Growth Rate	
	US\$ billions			Per Capita 2020	2017- 2019	2019- 2020
	2017*	2019	2020			
Asia-Pacific	\$1,370.5	\$1,602.8	\$1,500.2	\$360	8.1%	-6.4%
North America	\$1,288.1	\$1,514.0	\$1,310.8	\$3,567	8.4%	-13.4%
Europe	\$1,168.3	\$1,288.6	\$1,141.5	\$1,236	5.0%	-11.4%
Latin America-Caribbean	\$311.7	\$302.1	\$235.4	\$360	-1.5%	-22.1%
Middle East-North Africa	\$104.7	\$120.9	\$107.7	\$215	7.4%	-10.9%
Sub-Saharan Africa	\$74.0	\$81.7	\$73.7	\$65	5.1%	-9.8%
WORLD	\$4,317.3	\$4,909.9	\$4,369.3	\$563	6.6%	-11.0%

*2017 figures have been revised since GWI released the previous version of the Wellness Economy Monitor. Note: Figures may not sum to total due to rounding. Source: Global Wellness Institute, based on extensive primary research and secondary data sources for 218 countries.

Tuttavia, come dimostrato dall'ultimo grafico, gli effetti della pandemia da Covid 19 nel 2020, hanno fortemente rallentato il settore, facendo registrare all'Europa una perdita addirittura dell'11,4%.

Analizzato il quadro internazionale, possiamo soffermarci sull'offerta turistica, ed in particolare termale, di un Paese in forte crescita: il Portogallo.

Il Portogallo, nel quadro dell'offerta per il turismo sanitario, può contare su un turismo del benessere sviluppato, con bagni termali, SPA e talassoterapia, e si contraddistingue per prestazioni sanitarie a bassa complessità. La domanda di turismo sanitario nel Paese, infatti, è legata in particolare a trattamenti di chirurgia estetica, di procreazione medicalmente assistita e di cure dentistiche.



Nel 2019, il valore del turismo medicale è stimato in 65 milioni di euro, arrivando così ad attestarsi una crescita addirittura del 20% rispetto al 2017.

Nel 2019, il solo settore del turismo medicale in Portogallo si stima abbia attratto circa 70 mila turisti, provenienti dagli altri Paesi europei, attirati dal rapporto qualità- prezzo delle prestazioni erogate.

Il turismo del benessere, in Portogallo, è più sviluppato rispetto al turismo medicale. Il Paese infatti ha un ricco patrimonio naturale, archeologico e idrografico che lo ha reso un'ambita meta turistica.

Il Paese ha una forte vocazione termale, il termalismo e la talassoterapia hanno rappresentato la prima forma di turismo organizzato in senso moderno, ed infatti qui venne costruito il primo ospedale termale del mondo - Rainha Santa Leonor Thermal Hospital, fondato nel 1485.

Per ciò che attiene agli aspetti naturalistici, il Portogallo ha numerose sorgenti termali e la diffusione della cultura termale risale, come per l'Italia, all'epoca romana, nella quale

la pratica del bagno termale non aveva solo una finalità sanitaria, igienica o terapeutica, ma raccoglieva in sé altri interessi, come quelli propri di ogni luogo di incontro e di piacere. Ci furono, quindi, “bagnos de água minero-medicinais; e muitos outros banhos nos balneários urbanos, públicos e privados, alimentados em água comun por grandes aquedutos e com estruturas complexas, envolvendo sistemas de aquecimento, salas a diferente temperaturas, vestiários, áreas de repouso, outras de conversação” (Cavaco, 2008).

Lo sviluppo del turismo termale in Portogallo vive di alterne fortune ed un vero riconoscimento dell'importanza e del valore del settore termale si ha nel 2004, quando viene adottato il Decreto Legislativo nº142/2004, che aggiorna “le procedure di licenza, organizzazione, funzionamento e supervisione degli impianti termali”, sostituendo la vecchia legislazione risalente al 1928. Per la prima volta, il termalismo assume una rilevanza quale settore strategico a cui vengono riconosciute potenzialità di sviluppo economico che vanno oltre il valore esclusivamente sanitario. Vi è infatti un “chiaro obiettivo di conferire agli stabilimenti termali il potere di sviluppare un'offerta diversificata, potenziando in modo più efficace salute, benessere e turismo” (Gonçalves et al., 2019; Peris-Ortiz & Álvarez-García, 2015). Il nuovo intervento normativo era stato concepito in risposta all'immagine che aveva assunto il settore termale in quel periodo. Infatti, il soggiorno termale aveva consolidato un'immagine strettamente legata alla malattia e alla senescenza, pertanto il rilancio del comparto richiedeva di intervenire con una efficace politica di marketing per riformare l'immagine del settore.

Secondo la Direzione Generale dell'Energia e della Geologia (DGEG), nel 2021, erano circa 47 stabilimenti termali in funzione, di cui 38 erano nel nord del Paese. Tale dato mostra che in circa un decennio il numero e la distribuzione delle terme in Portogallo è rimasta sostanzialmente invariata. Infatti, nel paese sono censite circa 400 sorgenti con qualità definite minerali, e nel 2012 secondo i dati forniti dalla Associação das Termas de Portugal, si contavano 48 siti utilizzati per l'imbottigliamento e la balneoterapia. Ancora in base ai dati della Associação das Termas de Portugal (2012) si contavano 38 stabilimenti termali attivi, di cui 11 gestiti direttamente da enti locali (Câmara Municipal e Junta de Freguesia), 3 da enti pubblici (uno dal Ministério da Saude e due dall' INATEL4), la parte restante invece gestita in concessione da operatori privati.³

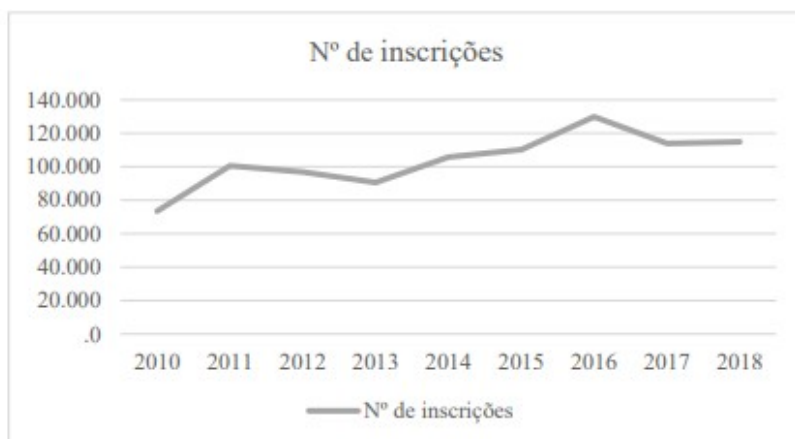
³ Per ragioni legate alla morfologia del territorio, le sorgenti termali sgorgano prevalentemente nella parte a nord del Tago, mentre si contano solo tre stabilimenti nelle regioni a sud di detto fiume, Nisa e Cabeço de Vide nella regione dell'Alentejo e le terme di Monchique in Algarve. Sono inoltre presenti due impianti attivi nel territorio insulare: le terme di Furnas nell'isola di São Miguel, e le terme di Carapacho nell'isola di Corvo, isole comprese nell'arcipelago delle Azzorre.

Il processo di formazione del concetto di termalismo



La Portuguese Spa Association (ATP) stima che quest'attività ha creato circa 1.500 posti di lavoro diretti e circa 9.000 posti di lavoro indiretti.

Le statistiche sulla presenza negli stabilimenti termali in Portogallo, dal 2010 al 2018, evidenziano un trend in crescita, caratterizzato da un aumento della domanda negli anni 2015, in termini di valore speso dai consumatori, risultante da una spesa media per presenza, e 2016, in cui è stato registrato il maggior numero di presenze, seguito poi da una significativa diminuzione negli anni 2017 e 2018.



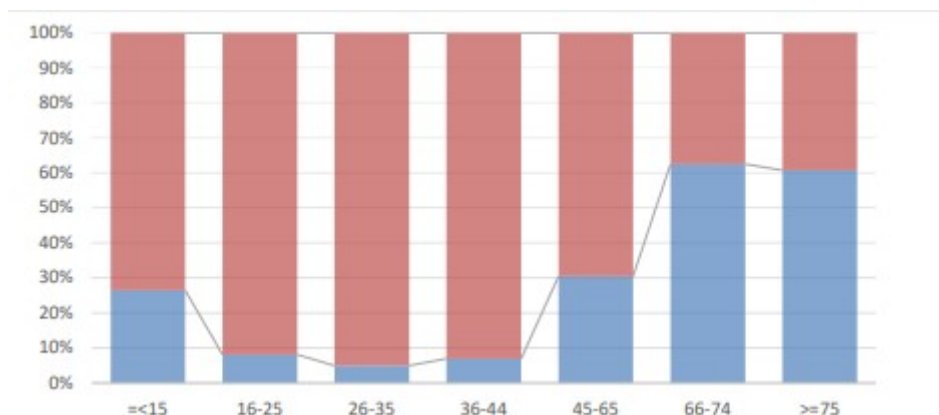
Fonte: elaborazione su dati DGEG, 2020.

ANNO	N. DI PRESENZE	SPESA TOTALE	SPESA MEDIA
2010	73.454	18.510.011	251,99
2011	100.642	15.301.168	152,04
2012	96.927	13.556.949	139,87
2013	90.621	13.009.962	143,56
2014	105.739	11.632.368	110,01
2015	110.168	13.258.688	120,35
2016	129.897	13.223.973	101,80
2017	114.003	12.995.179	113,64
2018	114.918	13.076.873	113,79

Tabella elaborata su dati DGEG, 2020.

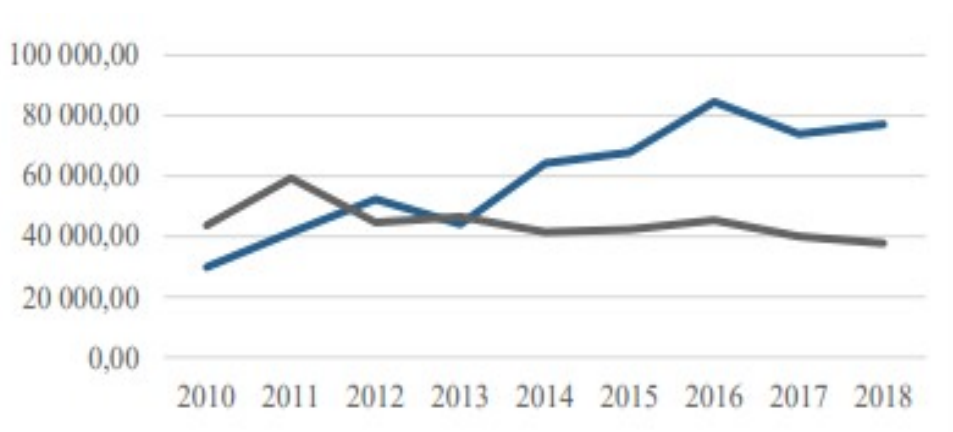
In Portogallo la domanda di servizi termali *weelness oriented* è in aumento, soprattutto nei giovani, maggiormente interessati a svolgere programmi associati all'estetica e legati al benessere, ai luoghi culturali, alle attività ricreative e all'esercizio fisico.

Nel grafico sottostante vengono paragonate le richieste di servizio termale wellness (in rosso) e medicale (in blu), rapportato alle diverse fasce d'età. Si nota come fino alla fascia d'età 45-65, la richiesta termale sia direzionata principalmente alla prevenzione e al benessere.



Fonte: elaborazione su dati DGEG, 2022.

Il progressivo aumento percentuale del turismo legato al benessere termale, rispetto a quello medico, ha contribuito alla decrescita della spesa media del consumatore, dato che i soggiorni per motivi di svago e benessere negli stabilimenti sono mediamente meno lunghi di quelli effettuati per ragioni di cura. Nel grafico sottostante viene rappresentata in blu la curva riportante le presenze legate al turismo termale del benessere, mentre in grigio quella legate al turismo termale medicale.



ANNO	N. PRESENZA TOTALI	N. PRESENZE TERMALISMO MEDICALE	N. PRESENZE TERMALISMO DEL BENESSERE	VALORI PERCENTUALI TERMALISMO MEDICO	VALORI PERCENTUALI TERMALISMO DEL BENESSERE
2013	90.621	46.603	44.018	51%	49%
2014	105.739	41.486	64.253	39%	61%
2015	110.168	42.314	67.854	38%	62%
2016	129.897	45.320	84.557	35%	65%
2017	114.003	40.048	73.955	35%	65%
2018	114.918	37.767	77.151	33%	67%

Fonte: elaborazione su dati DGEG, 2020.

In ordine allo sviluppo e all'evoluzione del termalismo in Portogallo, va evidenziato un percorso di crescita più lento che negli altri paesi europei. Questo è dovuto ad una pluralità di fattori, tra cui spicca l'immagine negativa generalizzata associata al contesto termale frutto di un retaggio culturale che ostacola l'evoluzione e la modernizzazione del settore stesso.

Ramos, ha provato ad individuare alcuni fattori che hanno contribuito alla debolezza del settore, tra questi, il marketing è praticamente inesistente o inadeguato; i vincoli relativi ai rimborsi previdenziali; carenze infrastrutturali; il modello di gestione, incentrato principalmente sui metodi tradizionali, ha rivelato difficoltà nell'innovazione e diversificazione dei prodotti (Ramos, A. (2005). O Termalismo em Portugal: Dos factores de obstrução à revitalização pela dimensão turística).

SEZIONE II

Il turismo sanitario: profili d'interesse

1. Il turismo medico transfrontaliero in Europa

Come evidenziato, le materie della salute e del turismo sono legate da molto tempo, atteso che le cure termali e gli altri servizi di benessere hanno segnato la storia del turismo (Corbin, 2010).

Sotto il profilo strettamente medico, i pazienti che si recano in uno Stato diverso da quello di appartenenza per periodi limitati di tempo alla ricerca di assistenza, fanno parte di una dinamica definita “turistica” (Hopkins et al., 2010), che, come detto, può svilupparsi anche all'interno del medesimo Stato, come mobilità inter-regionale.

La tematica del turismo medico compare per la prima volta nella letteratura economica per indicare il fenomeno della mobilità globale legata all'utilizzo dei servizi sanitari in un Paese diverso da quello di residenza.

La nozione si radica in un contesto di crescente mercificazione dell'assistenza, venendo presto individuato quale possibile vettore di crescita, capace di stimolare l'economia locale attraverso le sue esternalità.

In questo senso il turismo medico è soprattutto percepito e definito in termini di copertura mediatica (Ormond, 2019), il termine stesso, infatti, venne coniato dalle agenzie di viaggi e dai *mass media* per rappresentare la pratica, in rapida espansione, di recarsi oltre i confini nazionali per assicurarsi prestazioni sanitarie per motivazioni legate a costi più accessibili o per ricercare prestazioni mediche con un più alto tasso di specializzazione.

Si stima che, prima della crisi pandemica di COVID-19, a livello globale ogni anno circa 10 milioni di persone si spostavano dal proprio Paese di residenza per accedere a una prestazione sanitaria, generando un valore del mercato dai 75 ai 100 miliardi di euro.

In ambito europeo, il valore di tale forma di turismo in Italia, Francia, Germania, UK e Spagna, si stima abbia raggiunto circa 6 miliardi di euro nel 2019.

La Spagna, in particolare, sembra aver registrato i tassi di crescita più elevati negli ultimi anni. La Croazia e il Portogallo, pur trovandosi ancora in un'iniziale fase di approccio e sviluppo al settore del turismo medico hanno registrato significativi tassi di crescita, tuttavia gli *hubs* europei sono costretti a confrontarsi con la competizione proveniente da altri poli in rapida espansione. Tra questi, ad esempio, la Turchia che ha un valore di mercato stimato in circa 1,5 miliardi di euro e

attira oltre un milione di pazienti internazionali grazie all'offerta di prestazioni cliniche specifiche (tricologia) di qualità a prezzi molto competitivi, integrata a una ricca offerta turistica.

Nell'America Latina, si distinguono rispettivamente il Messico e il Brasile, e quest'ultimo, in particolare, è riconosciuto a livello internazionale come centro per la chirurgia plastica ed estetica.

Mentre in Asia, Thailandia e India rappresentano due poli di turismo sanitario particolarmente rilevanti, in grado di offrire cure di qualità a prezzi convenienti e servizi integrati dedicati ai turisti sanitari.

La Thailandia, in particolare, si stima attiri oltre 2 milioni di pazienti all'anno, sia per l'esecuzione di interventi non sempre disponibili nel Paese di origine, per esempio alcuni tipi di procreazione medicalmente assistita o terapie con le cellule staminali, sia per interventi altamente specialistici, come il cambio di sesso e, più in generale, interventi di chirurgia estetica.

Il fenomeno del turismo medico attualmente spinge almeno 11 milioni di persone ogni anno a partire per ricevere i trattamenti sanitari più adeguati al proprio stato di salute, alimentando un *business* in costante crescita negli ultimi vent'anni, con un valore di circa 100 miliardi di dollari l'anno. Ad incidere sulla scelta di avvalersi di specifiche prestazioni sanitarie presso strutture lontane dall'area territoriale di appartenenza sono una pluralità di fattori, come ricerca medica, qualità delle strutture ospedaliere e del personale, servizi di viaggio e ristorazione, regolamentazioni fiscali, relative ai visti e alla privacy e normative sull'accessibilità delle cure.

L'Unione Europea, ponendosi l'obiettivo di garantire e tutelare la salute dei propri cittadini, ha disciplinato il fenomeno della mobilità sanitaria all'interno dei propri confini in continuità con il diritto alla tutela della salute che ha, da ultimo, trovato riconoscimento anche nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, il cui art. 35 rubricato "Protezione della salute", stabilisce che *"ogni persona ha diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana"*.

Per ciò che attiene propriamente la mobilità per ragioni sanitarie, una prima tutela è stata riconosciuta dal Regolamento CEE del Consiglio, n. 1408 del 14 luglio 1971, volto a garantire la sicurezza sociale ai lavoratori subordinati e ai loro familiari che per esigenza si muovevano nei territori degli Stati membri.

In seguito, detto Regolamento è stato sostituito dal Regolamento CE n. 883 del 29 aprile 2004, in vigore dal 1 maggio 2010, che garantisce il diritto per l'assicurato

presso un regime previdenziale di uno Stato membro di potersi recare, previa autorizzazione, presso uno Stato diverso da quello di appartenenza per poter beneficiare di assistenza sanitaria.

Viene quindi in essere un rapporto trilaterale tra lo Stato erogatore della prestazione, l'assistito e lo Stato di provenienza chiamato a concedere l'autorizzazione in seguito all'integrale rimborso delle spese sostenute dallo Stato straniero che ha materialmente fornito le cure.

Il Regolamento in materia di autorizzazione preventiva, non fornisce regole stringenti, ma si limita a prevedere all'art. 20 par. 2 che *“l'autorizzazione è concessa qualora le cure di cui trattasi figurino fra le prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro in cui risiede l'interessato e se le cure in questione non possono essere praticate entro un lasso di tempo accettabile sotto il profilo medico, tenuto conto dell'attuale stato di salute dello stesso e della probabile evoluzione della malattia”*, e ciò ha dato adito a pratiche autorizzatorie assai differenziate all'interno di ogni singolo Stato.

Il tema delle cure transfrontaliere, pur in vigenza del Regolamento, è stato oggetto di numerose pronunce della Corte di Giustizia dell'Unione Europea, volte ad affermare il diritto di ogni cittadino europeo a farsi curare in un Paese diverso da quello di residenza anche a prescindere dalla concessione dell'autorizzazione preventiva da parte del SSN competente.

In particolare, con le sentenze Kohll (Raimond Kohll c. Union des caisses de maladie, C-155/96 del 28 aprile 1998) e Decker (Nicolas Decker c. Caisse de maladie des employés privés, C-120/95) la Corte ha affermato che la discrezionalità con la quale i singoli Stati organizzano i propri SSN, non può determinare una compressione del diritto di libera circolazione. Precisando però che tale libertà può essere esercitata entro i limiti di spesa che per la prestazione richiesta sono previsti nel paese di appartenenza.

Alla luce di questo orientamento, come evidenziato nel report *Commissione Europea, Health & Consumer Protection Directorate-General, Directorate G- Public Health, The Internal Market and Health services, Report of the High Level Committee on Health* (17.12.2001), pur non dichiarando invalido il Regolamento “ha sostenuto che esso non fornisce un elenco di mezzi attraverso cui un cittadino europeo può ottenere articoli medici ovvero servizi sanitari in un altro Stato membro.

L'effetto immediato di questo orientamento è stato quello di istituire un duplice modello a mezzo del quale ottenere il rimborso delle spese mediche transfrontaliere:

- ai sensi del Regolamento 1408/71, il quale dispone in merito al rilascio dei formulari E111 e E112, attraverso cui i costi sono rimborsati sulla base delle tariffe praticate nel paese in cui il trattamento risulta essere erogato;

- secondo la nuova “opzione Kohll e Decker” per cui gli assistiti possono ottenere una prestazione sanitaria all'estero e successivamente essere rimborsati in base alle tariffe praticate nel paese in cui risultano assicurati”.

Con le sentenze Vanbraeckel (Vanbraeckel c. Alliancenazionale des mutualités chrétiennes, C-368-98 del 12.7.2001) e Smits e Peerbrooms (B.S.M. Smits, congiunta Geraets, c. Stichting Ziekenfonds VGZ e H.T.M. Peerbrooms contro Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen) la Corte ha chiarito che le prestazioni sanitarie effettuate in presidi ospedalieri, sono ricomprese nell'ambito di applicazione dell'art. 50 del Trattato in materia di libertà di prestazione dei servizi all'interno degli Stati membri.

Così, come ancora rilevato in *The Internal Market and Health services, Report of the High Level Committee on Health*, per la Corte Europea di Giustizia, l'autorizzazione può essere rifiutata “soltanto ove sia possibile ottenere la stessa cura/prestazione sanitaria ovvero una ugualmente efficace senza eccessivo ritardo (undue delay) presso una struttura convenzionata con il fondo sanitario di appartenenza dell'assistito. Ancorché il concetto dell'undue delay (eccessivo ritardo) non sia stato chiaramente definito, si dovrebbe affermare che gli Stati membri che presentano lunghe liste d'attesa non dovrebbero essere giustificati qualora rifiutassero di autorizzare la fruizione di cure sanitarie all'estero”.

Ancora possono citarsi le sentenze V.G. Müller-Fauré c. Ondelinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA e E.E.M. van Riet c. Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen (C-385/99 del 13.5.2003) e Inizan c. Caisse Primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine (C-56/01) del 23.10.2003, con cui la Corte ha ritenuto non legittimo il regime dell'autorizzazione preventiva che impedisce la libera circolazione dei cittadini, ad eccezione delle cure ospedaliere.

Si è profilato, per tal via, un duplice orientamento in merito ai rimborsi delle spese sostenute per curarsi in un paese diverso da quello di appartenenza.

Da un lato il Regolamento, per cui i costi erano da rimborsare in ragione delle tariffe del Paese in cui la prestazione sanitaria era stata erogata, dall'altra la giurisprudenza della Corte, per cui i costi sostenuti per le spese mediche dovevano essere rimborsati secondo le tariffe applicate nel Paese di appartenenza del paziente.

Queste sentenze, ed altre successive come la sentenza Leichtle o la sentenza Eredi di Annette Keller, hanno fatto emergere la necessità di chiarire le norme sull'assistenza sanitaria transfrontaliera che oramai facevano riferimento a singole sentenze della Corte emesse nel corso di oltre 10 anni.

A tal fine, l'Unione ha approvato la Direttiva 2011/24/UE, concernente l'applicazione dei diritti di mobilità transfrontaliera dei pazienti per l'assistenza sanitaria basati sull'art. 56 del Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea⁴.

La Direttiva stabilisce le condizioni subordinatamente alle quali un paziente può recarsi in un altro paese dell'Unione Europea per ricevere un'assistenza medica sicura e di qualità e che possa essere rimborsata dal proprio regime di assicurazione, incoraggia la cooperazione tra i sistemi nazionali di assistenza sanitaria e mira a chiarire il rapporto tra le sue norme in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera e il quadro esistente previsto dal regolamento (CE) n.883/2004 relativo al coordinamento della sicurezza sociale.

La Direttiva appresta un sistema differente da quello del Regolamento, senza tuttavia sostituirlo, creando così un modello a doppio binario.

La prima differenza significativa è in materia di autorizzazione, la richiesta preventiva infatti non è più necessaria, tranne nel caso in cui la terapia medica richieda il ricovero di almeno una notte in ospedale e/o l'uso di apparecchiature mediche altamente specializzate e costose o se si prospetta un rischio particolare per il paziente o la popolazione.

Tuttavia, l'autorità nazionale competente può rifiutare di dare l'autorizzazione preventiva se ritiene di essere in grado di fornire al paziente le cure necessarie entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico.

Altra significativa differenza riguarda l'erogazione del rimborso; infatti, mentre nel sistema del Regolamento resta confermato che il *quantum* è calcolato in ragione della normativa e della tariffa vigenti nello Stato erogatore della prestazione, nella Direttiva, invece, il rimborso coincide con i costi previsti nello Stato di provenienza dell'assistito⁵.

Ciò, ovviamente scoraggia i flussi turistici dove è alta la differenza fra il costo della prestazione del Paese erogatore rispetto a quello di origine e per quelle tipologie di cure non legate alla sopravvivenza e dal connotato principalmente preventivo, quali quelle termali.

⁴ "Nel quadro delle disposizioni seguenti, le restrizioni alla libera prestazione dei servizi all'interno dell'Unione sono vietate nei confronti dei cittadini degli Stati membri stabiliti in uno Stato membro che non sia quello del destinatario della prestazione. Il Parlamento europeo e il Consiglio, deliberando secondo la procedura legislativa ordinaria, possono estendere il beneficio delle disposizioni del presente capo ai prestatori di servizi, cittadini di un paese terzo e stabiliti all'interno dell'Unione".

⁵ Lo Stato di destinazione quindi applica gli stessi tariffari per l'assistenza sanitaria applicati ai pazienti nazionali in una situazione clinica comparabile, ovvero fissa un prezzo calcolato in base a criteri oggettivi e non discriminatori se non esiste un prezzo comparabile per i pazienti nazionali. In ultimo, va specificato che le prestazioni rimborsabili sono quelle incluse tra quelle prestate sul territorio nazionale.

Di tal che tali cure escono di fatto dall'area della rimborsabilità e di fatto, tendono a essere ricercate da chi è capace di sostenerne il costo e quindi, a divenire sempre più un segmento di gamma alta.

Nel "Report from the Commission to the European Parliament and the Council - on the operation of Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare" pubblicato il 12.5.2022, i dati aggregati riportati sul numero di richieste di autorizzazione preventiva e di richieste di rimborso senza autorizzazione preventiva, mostrano che la mobilità dei pazienti ai sensi della direttiva rimane molto bassa, con un calo significativo nel 2020 a causa del COVID-19 e delle restrizioni alla libera circolazione.

Il report dei numeri totali di autorizzazioni preventive alla mobilità transfrontaliera, escluso il Regno Unito, sono i seguenti:

ANNO DI RIFERIMENTO	AUTORIZZAZIONI RICHIESTE	AUTORIZZAZIONI CONCESSE
2016	6.009	3.822
2017	5.471	3.727
2018	6.301	4.447
2019	5.352	3.291
2020	5 218	3 542

Fonte Questionari sulla Direttiva 2011/24/UE sulla mobilità dei pazienti .

Inoltre, per la maggior parte dei Paesi, il numero di richieste ricevute e accolte è diminuito nel corso degli anni, ciò è avvenuto soprattutto in Belgio, Bulgaria, Italia e Polonia.

Il numero di richieste di rimborso per prestazioni sanitarie erogate all'estero e legate alla mobilità transfrontaliera effettuata senza autorizzazione preventiva, è notevolmente superiore al numero di richieste di rimborso di prestazioni preventivamente autorizzate.

I numeri totali (esclusi il Regno Unito) sono i seguenti:

ANNO DI RIFERIMENTO	RICHIESTE RICEVUTE	RIMBORSI CONCESSI
2016	238.680	197.152
2017	233.508	193.803
2018	269.006	225.186
2019	280.594	236.891
2020	188.013	153.960

Fonte Questionari sulla Direttiva 2011/24/UE sulla mobilità dei pazienti.

Nel report sull'operatività della Direttiva, emerge che tra il 2018 e il 2020, l'importo totale dei rimborsi in Europa è stato di 243 milioni di euro, 73,4 milioni di euro nel 2018, 92,1 milioni di euro nel 2019 e 77,5 milioni di euro nel 2020.

Dal *report* emerge quindi che l'assistenza sanitaria transfrontaliera in generale rimane molto limitata e l'impatto sui bilanci sanitari nazionali derivante dai pazienti che desiderano accedervi ai sensi della direttiva appare marginale.

Ciò vale per tutti i paesi, indipendentemente dal fatto che istituiscano o meno un sistema di autorizzazione preventiva.

La Direttiva 2011/24/UE è stata recepita in Italia con il D.lgs. 4 marzo 2014, n. 38, che in perfetta osservanza della normativa europea di riferimento prevede all'art. 8 comma 1, che "i costi sostenuti da una persona assicurata in Italia che si è avvalsa dell'assistenza sanitaria transfrontaliera [...] sono rimborsati" mentre al comma 1 dell'art. 9 che "il rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera è sottoposto ad autorizzazione preventiva esclusivamente nei casi previsti".

La novità del D.lgs. n. 38/2014, sta nell'introduzione di un sistema di assistenza indiretta, per cui i costi dell'assistenza sono posti a carico del paziente che, solo successivamente, vantando un vero e proprio diritto soggettivo, potrà chiedere il rimborso all'ASL di riferimento. L'art. 10 prevede che entro 60 giorni dall'erogazione della prestazione la persona assicurata presenti all'ASL di appartenenza un'apposita domanda, allegando l'originale della certificazione medica e la fattura emessa dal prestatore di assistenza sanitaria all'estero, e da quel momento decorre il termine (60 giorni) entro cui l'ASL dovrà corrispondere il rimborso.

Il sistema approntato, tuttavia, mostra delle criticità che emergono, in particolare, dalla lettura dell'art. 8 comma 3, per cui "i costi relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera sono rimborsati in misura corrispondente alle tariffe regionali vigenti, al netto della compartecipazione alla spesa secondo la normativa vigente. In ogni caso, tale copertura non può superare il costo effettivo dell'assistenza sanitaria ricevuta. Le Regioni comunicano le tariffe regionali al Punto di contatto nazionale".

Un limite al ricorso alle mobilità per curarsi è dato dal fatto che non è prevista alcuna copertura per le spese di viaggio e soggiorno sostenute. Sul punto i giudici della Corte della CGUE, con la sentenza *Watts*, hanno sottolineato che "uno Stato membro non è tenuto, ai sensi dell'art. 49 CE ad assumersi l'obbligo di rimborsare anche le spese accessorie relative ad un trasferimento transfrontaliero autorizzato ai fini medici, quando un tale obbligo non esisterebbe per tali spese se queste fossero collegate ad un trasferimento all'interno del territorio nazionale" (CGUE, 16 maggio 2006, causa n. C-372/04, *Watts*).

Dunque, per i giudici della Corte, la violazione dei principi di matrice comunitaria in tema di libera circolazione, vi sarebbe solo qualora lo Stato si rifiutasse di rimborsare spese che in base alla propria legislazione sarebbero rimborsabili, qualora la prestazione sanitaria fosse erogata nel territorio dello Stato medesimo.

Inoltre, il rimborso della spesa sostenuta dal paziente transfrontaliero varia “in misura corrispondente alle tariffe regionali vigenti” e le Regioni sono libere di decidere se rimborsare o meno anche altri costi, come appunto le spese di viaggio, sostenuti dall’assicurato in Italia che si reca all’estero per usufruire di una prestazione sanitaria.

Ciò comporta un sistema problematico sotto due profili: dal punto di vista interno, esso accentua la disparità tra soggetti provenienti da Regioni diverse, acuendo gli effetti iniqui del cd. federalismo sanitario⁶; sotto il profilo esterno esso determina la difficoltà per l’ente straniero di avere un quadro chiaro dei costi che variano da Regione a Regione. Dalle considerazioni svolte emerge che molto difficilmente il settore termale potrà puntare sul sistema convenzionato fondato sul rimborso integrale delle prestazioni da parte dello Stato di provenienza del paziente che, quindi, potrà ragionevolmente ottenere il solo rimborso parziale entro i limiti della disciplina prevista dalla direttiva. In questo senso, appare determinante la chiara individuazione dei protocolli sanitari da cui evincere le peculiarità dell’offerta sanitaria termale locale tali da giustificare la richiesta di rimborso ed, in ogni caso, utili a definire un segmento specialistico del settore in ambito europeo.

2. Mobilità sanitaria inter-regionale

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce assistenza su tutto il territorio nazionale ai cittadini iscritti presso le strutture sanitarie della propria Regione di residenza, indipendentemente dalla circostanza che la prestazione medica venga poi concretamente erogata dall’ASL di appartenenza.

⁶ Il decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.109 del 12 maggio 2011) recante “Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e della Province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario”, interviene sulla fiscalità regionale e provinciale. Il decreto individua le fonti di finanziamento delle regioni a statuto ordinario e dispone la contestuale soppressione dei trasferimenti statali. Il D.Lgs 68/2011 dedica il capo IV (artt. 25-32) ai costi e fabbisogni standard nel settore sanitario, delineando una diversa articolazione del processo di formazione e soprattutto di ripartizione del finanziamento statale della spesa sanitaria. Per la determinazione dei costi e dei fabbisogni regionali, il decreto ribadisce l’utilizzo dello strumento pattizio, tramite intesa mentre le maggiori novità sono introdotte dall’articolo 27, che vincola la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali all’individuazione delle regioni di riferimento (regioni *benchmark* nel testo originario dello schema di decreto trasmesso alle Camere).

La Costituzione infatti agli artt. 13 comma 1 e 32 comma 2, in combinato disposto, garantisce la libertà del singolo di scegliere il proprio luogo di cura, costituendo così il fondamento del fenomeno della mobilità per esigenze medico-sanitarie.

Nel nostro ordinamento la legge n. 833 del 1978 ha assicurato per prima, ai cittadini “il diritto alla libera scelta del medico, del luogo di cura nei limiti oggettivi dell’organizzazione dei servizi sanitari” (art. 19, comma 2). A questa hanno poi fatto seguito i D.lgs. n. 502 del 1992 e 517 del 1993 che consentono al cittadino residente in una Regione italiana, di spostarsi verso un’altra Regione per ricevere prestazioni sanitarie. Questo diritto, garantito dalla Costituzione, non è però un diritto in termini assoluti, in quanto va necessariamente temperato con gli altri interessi costituzionalmente protetti “anche in considerazione dei limiti oggettivi derivanti dalle risorse finanziarie disponibili” (Corte Costituzionale, sentenza n. 236/2012).

Tra le ragioni che spingono alla mobilità interregionale, è da segnalarsi la possibilità per il paziente di accedere a tipologie di cura non garantite nella Regione di residenza, a causa della mancanza di uniformità dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Sul piano teorico, come suggerisce il nome, l’assistenza essenziale dovrebbe sostanziarsi in prestazioni ben individuate ed erogate, senza distinzioni di sorta, su tutto il territorio nazionale. Tuttavia, l’assenza di un efficace livello di coordinamento nazionale, e la riconduzione della materia della tutela della salute alla competenza concorrente di Stato e Regioni, a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione, hanno contribuito ad una regionalizzazione del servizio sanitario con una differenziazione delle pratiche di medicina territoriale.

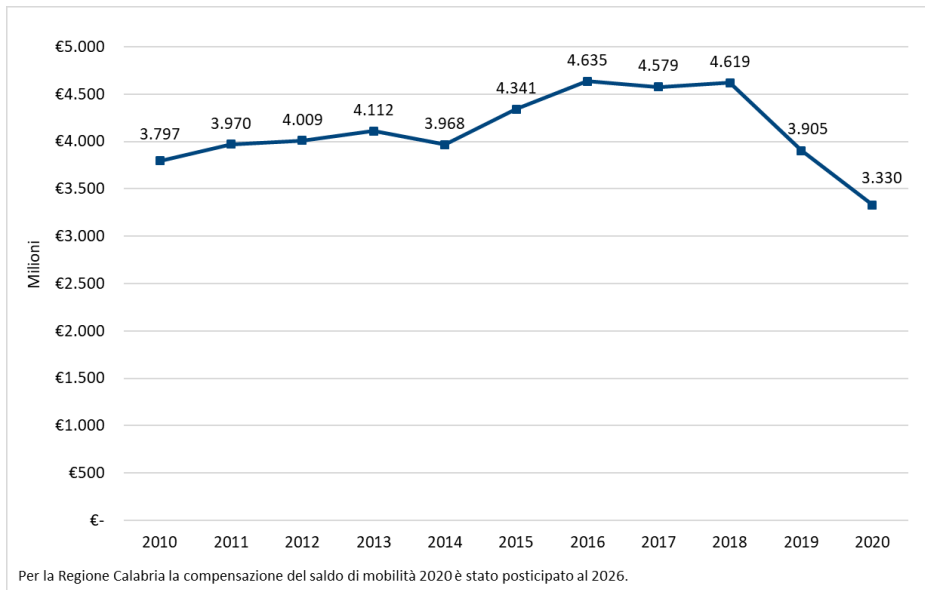
Il fenomeno della mobilità sanitaria interregionale viene tradizionalmente distinto in mobilità attiva, che identifica l’indice di attrazione di una Regione, ovvero le prestazioni sanitarie erogate a cittadini non residenti, e mobilità passiva, che esprime l’indice di fuga da una Regione, ovvero le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini in Regione diversa da quella di residenza. La distinzione tra mobilità attiva e passiva, dal punto di vista economico, indica rispettivamente una voce di credito e di debito e la Regione che eroga la prestazione dovrà essere ovviamente rimborsata da quella di provenienza del paziente.

L’aspetto economico legato alla compensazione della mobilità sanitaria tra Regioni è disciplinato dall’ultima versione dell’accordo interregionale, approvato il 14 settembre 2022 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

In detto accordo, ai sensi dell’articolo 9, comma 2 dell’Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, ven-

gono definite le tipologie di prestazioni oggetto di compensazione e tracciate le modalità e le tempistiche che regolano la trasmissione dei dati.

Nel “Report Osservatorio GIMBE n. 2/2023. La mobilità sanitaria interregionale nel 2020” vengono analizzati gli ultimi dati disponibili sul fenomeno della mobilità per fini sanitaria tra le Regioni italiane.



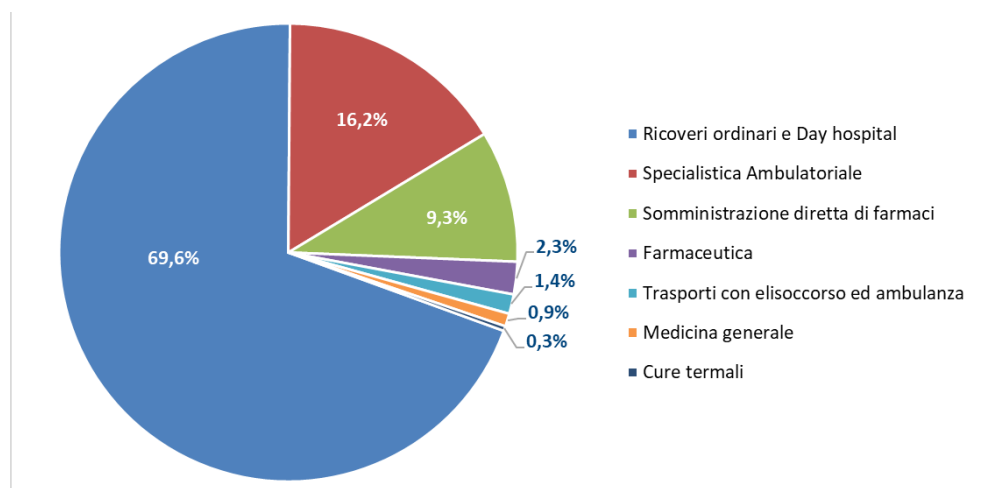
Valore della mobilità sanitaria: trend 2010-2020. Fonte Report Osservatorio GIMBE n. 2/2023. La mobilità sanitaria interregionale nel 2020.

Dalle analisi condotte⁷ emerge che nel 2020 il valore economico della mobilità sanitaria in Italia è stato pari a € 3.330,47 milioni. Tale cifra dimostra che vi è stata una decrescita degli spostamenti rispetto agli anni precedenti, anche se sul dato ha sicuramente inciso l'emergenza pandemica COVID-19, che ha comportato la nota limitazione alla mobilità, ma anche l'esclusione dall'analisi della Regione Calabria, i cui debiti ammontano a € 224,4 milioni, e i crediti a € 27,2 milioni di crediti.

⁷ Nel report viene specificato che “secondo quanto previsto dall'art. 16-septies del DL 146/2021, per l'anno 2022 – relativo alla mobilità sanitaria 2020 – non si è dato luogo alla compensazione del saldo di mobilità extraregionale definita per la Regione Calabria nella matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Le relative somme saranno recuperate da Regioni e Province autonome in un arco quinquennale a partire dall'anno 2026”. Dunque i grafici andranno letti tenendo conto dell'assenza della Regione Calabria.

Per ciò che qui è d'interesse, il report certifica che “oltre i due terzi (69,6%) del valore totale della mobilità sanitaria riguardano i ricoveri ordinari e in day hospital e il 16,2% le prestazioni di specialistica ambulatoriale”, mentre le altre categorie di prestazioni, tra cui le cure termali, non riescono ad essere attrattive.

Le cure termali infatti arrivano a costituire solamente lo 0,3% del valore totale della mobilità sanitaria con una cifra complessiva che ammonta a 10,5 milioni di euro, classificandosi così all'ultimo posto tra le varie prestazioni per valore economico che spingono alla mobilità inter-regionale⁸.

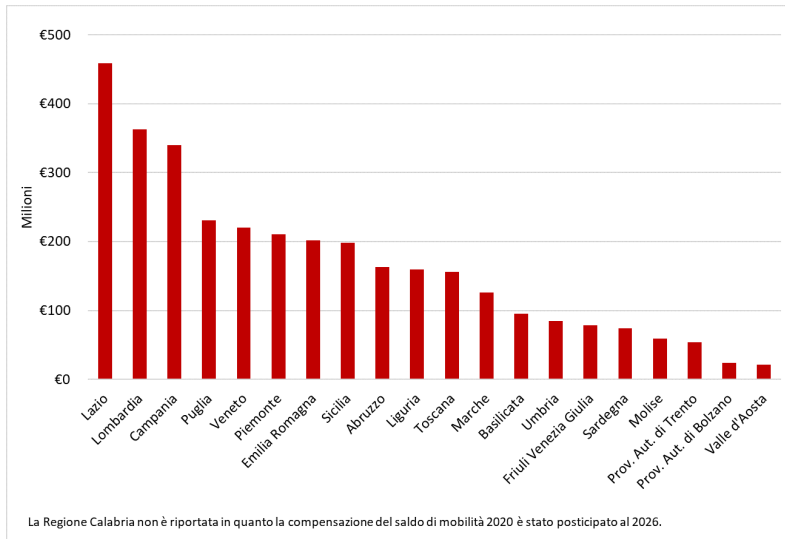


Fonte Report Osservatorio GIMBE n. 2/2023. La mobilità sanitaria interregionale nel 2020.

Ancora, dall'analisi dei dati messi a disposizione Osservatorio GIMBE si evince che la Regione Campania, in particolare, ha grandi difficoltà nella gestione del fenomeno di mobilità regionale a causa dell'elevato numero di pazienti che si recano altrove al fine d'ottenere la prestazione sanitaria di cui necessitano.

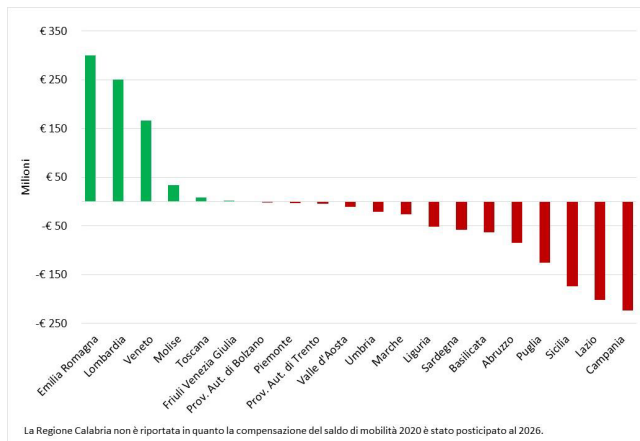
La cd. mobilità passiva è infatti molto elevata, tanto che insieme Lazio (13,8%) Lombardia (10,9%) e Campania (10,2%), producono oltre un terzo della stessa.

⁸ In termini economici la mobilità per ricoveri ordinari e day hospital vale € 2.192,8 milioni; la specialistica ambulatoriale ha un valore di € 508,2 milioni; la somministrazione diretta di farmaci vale di € 293,3 milioni; la farmaceutica vale € 72,1 milioni (2,3%); i trasporti con elisoccorso ed ambulanza hanno un valore di € 43,4 milioni; la medicina generale ha un valore di € 28,7 milioni; le cure termali hanno un valore di € 10,5 milioni.



Fonte Report Osservatorio GIMBE n. 2/2023. La mobilità sanitaria interregionale nel 2020. Debiti per mobilità sanitaria passiva: anno 2020 (dati in milioni di €).

Il fenomeno di fuga dei pazienti dalla Regione Campania si riverbera necessariamente sul bilancio e sulle voci destinate agli investimenti in campo sanitario. Dai dati a disposizione, la Campania si posiziona ultima nella speciale classifica che determina il saldo di ciascuna Regione sommando la differenza tra crediti e debiti.



Saldo della mobilità sanitaria: anno 2020 (dati in milioni di €). Fonte Report Osservatorio GIMBE n. 2/2023. La mobilità sanitaria interregionale nel 2020.

Le passività della Regione Campania per i rimborsi dovuti alle altre Regioni ammontano a €339.628.256 e nonostante una discreta capacità attrattiva, che vale € 116.725.851 che la colloca al settimo posto per entrate assolute derivanti dalla mobilità regionale, comunque v'è un saldo passivo certificato di **-€ 222.902.405**.

In questo quadro sarebbero utili politiche attive volte a valorizzare le potenzialità delle cure in cui vengono utilizzate le acque termali di cui la Campania è ricca, che potrebbero contribuire a ridurre il saldo passivo e a migliorare l'attrattività della sanità regionale.

I dati analizzati evidenziano innanzitutto uno squilibrio tra Nord e Sud nel saldo fra mobilità sanitaria attiva e passiva di tipo regionale.

Tale squilibrio, si è visto si ripropone, su base transfrontaliera, nella bilancia degli spostamenti da e per l'Italia.

In questo quadro, potrebbe essere utile valorizzare nelle politiche attive volte a potenziare il settore sanitario campano, le peculiarità territoriali. Ciò attraverso una offerta ampia e strutturata di servizi di cura che si coniughino con il territorio e le sue componenti attrattive, sia come elementi di cura (risorse termali) sia come elementi di benessere e piacere (paesaggio, cucina, cultura, etc.).

Ecco perché il termalismo inteso come fusione di salute e turismo può costituire un modello valido su cui investire.

SEZIONE III

Il quadro italiano sulla materia

Il termalismo, lemma di origine ottocentesca nato per inquadrare un fenomeno nuovo, dalla fusione tra i termini terme e turismo, rimanda “non solo all’uso delle risorse naturali per scopo curativo, ma anche e soprattutto per scopo diportistico, ampliando il significato anche a tutto il sistema turistico nel quale la modernità lo ha assorbito” (A. Berrino, 2015).

Dall’introduzione al presente lavoro è emerso come il turismo termale possa essere considerato l’anello di congiunzione tra il *wellness tourism* e il *medical tourism*, in ragione della compresenza all’interno del medesimo comparto, quello termale appunto, sia degli aspetti medici, preventivi e riabilitativi, che olistici, volti alla ricerca del benessere in un’accezione ampia che tiene conto anche delle esigenze mentali e spirituali dell’individuo.

Il turismo termale, a differenza del *wellness tourism*, che come detto si è oramai sganciato dalla componente “territoriale”, è necessariamente legato alla presenza di fonti termali, quindi è una forma di turismo strettamente connessa ai luoghi, all’ambiente, alla cultura e alla tradizione. Il territorio gioca dunque un ruolo da protagonista nell’esperienza turistico-termale.

Dal punto di vista dell’offerta termale, il 94% degli stabilimenti è concentrato nell’area dell’Asia-Pacifico e in Europa, che, in particolare, ha un volume d’affari che ammonta a 21,7 miliardi di dollari (38,6% del totale) con 5.967 stabilimenti. La Francia costituisce il secondo Paese in Europa per fatturato, 3,5 miliardi di dollari, dopo la Germania, 6,6 miliardi di dollari, e prima dell’Italia, 3,2 miliardi di dollari (dati ICE-Agenzia per la promozione all’estero e l’internazionalizzazione delle imprese italiane, su <https://www.ice.it/it/area-clienti/eventi/dettaglio-evento/2022/@@/177>).

Nel nostro paese, dalla fine del 2018, il numero degli stabilimenti termali in attività risulta complessivamente pari a 323 (Federterme, 2018) e quasi la totalità degli stabilimenti, circa il 90%, opera in regime di accreditamento con il Servizio sanitario nazionale. I comuni italiani in cui sono presenti stabilimenti sono 154, divisi in 62 località termali, 22 località marine, 13 città d’arte, 12 località montane, 6 località collinari, 5 località lacuali e 35 altre località.

Dal punto di vista geografico più della metà degli stabilimenti è localizzato in due regioni, Veneto (28,2%) e Campania (23,8%), seguite poi da Emilia Romagna (7,1%), Toscana (6,2%), Lazio (4%) e Lombardia (3,7%).

Secondo i dati Federterme del 2018, i ricavi totali del settore termale in Italia sono stati stimanti in 760 milioni di euro, con Veneto, Emilia Romagna, Campania e Toscana che hanno assorbito la quasi totalità dei flussi. Nei primi 9 mesi del 2022 il fatturato del comparto termale nel nostro paese ha superato i 600 milioni, con un incremento del 36% rispetto allo stesso periodo del 2021 (dati Il sole 24 ore, <https://www.ilsole24ore.com/art/terme-giro-d-affari-2022-ripresa-accelerazione-sull-attivita-medica-AEJAUFCC>).

Si può registrare quindi una flessione della curva del fatturato mettendo a confronto i dati del 2018 e del 2022. Il decremento è giustificato dall'avvento della pandemia e delle diverse guerre che stanno condizionando l'andamento globale dei prezzi, in particolare quello dell'energia, e risulta quindi ancora difficile tornare ai livelli pre-pandemici quando il volume degli affari dell'intero indotto termale ammontava a 1,5 miliardi.

Il settore termale italiano, però, oltre a doversi confrontare con le nuove e complesse questioni globali, è chiamato ancora a misurarsi con problematiche "tradizionali".

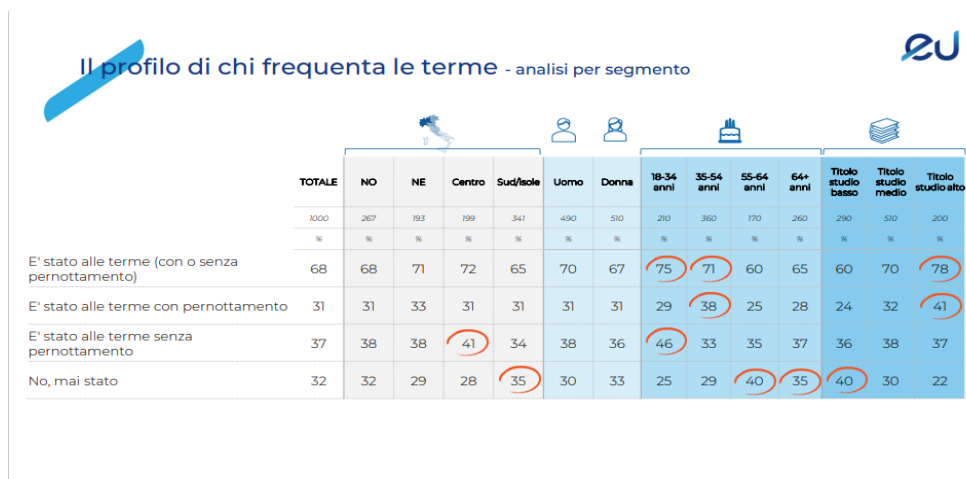
Infatti, il nostro paese si dimostra poco attrattivo per la clientela internazionale, che rappresenta poco più del 12% del totale (Federterme, 2018). Sul piano nazionale, la quota dei clienti esteri appare quindi piuttosto esigua, le uniche rilevanti eccezioni sono rappresentate dai Colli Euganei e dall' Isola d' Ischia, ove la domanda proveniente da clienti stranieri risulta superiore al 30%.

Altro dato che emerge dall'analisi di Federterme è la differenza nella tipologia di soggiorno tra italiani e stranieri; mentre questi ultimi sono più inclini a pernottare negli hotel terme, gli italiani tendono a non soggiornare.

Negli ultimi anni è anche cambiata la tipologia di clientela che frequenta gli stabilimenti termali, si è infatti registrato un significativo ringiovanimento.

Già dai dati di Federterme contenuti nel report per il centenario del 2019, è emerso che "è scesa sotto il 10% la quota delle persone con più di 65 anni di età (cioè gli anziani) ed salita oltre il 35% la quota delle persone con un'età compresa tra i 30 e i 50 anni".

I dati riportati, che mostrano il nuovo *trend* per cui sono le fasce più giovani della popolazione ad avvicinarsi all'esperienza termale, sono confermati dallo studio dal titolo "Osservatorio sul turismo termale Cultura e attrattività delle terme fra gli Italiani" commissionato da Federalberghi Terme alla società di rilevazione statistica Eumetra nel 2022.



Fonte: Federalbregghi Terme - Eumetra - 2022.

Come risulta dal grafico su riportato, infatti, ben il 75% dei giovani tra i 14 e i 34 anni è stato almeno una volta in uno stabilimento termale, seppur la maggior parte di essi (il 46%) senza pernottamento. Altro dato rilevante viene registrato nella fascia d'età 25-54 anni, in cui aumenta significativamente anche la percentuale di pernottamenti presso le strutture.

La decrescita dell'età media dei clienti delle strutture termali può essere attribuita ad una pluralità di fattori, tra cui, le campagne pubblicitarie volte a rinnovare l'immagine delle terme e le attività promozionali indirizzate alle coppie più giovani, l'offerta di servizi complementari al *core business* e gli investimenti in tecnologie dell'informazione e della comunicazione.

Per quanto riguarda le ragioni di scelta o meno delle terme da parte degli italiani, i dati a disposizione certificano la percezione degli stabilimenti come luogo di relax, di benessere ed utili per il miglioramento delle condizioni di salute. Ciò nonostante l'accesso agli stabilimenti viene ancora percepito come costoso e non v'è concordia sulla capacità dei c.d. pacchetti, di costituire una reale fonte di attrattività.



Fonte: Federalbregghi Terme - Eumetra - 2022.

Inoltre, d'interesse è anche approfondire quali sono gli aspetti sui quali si concentrano i clienti nello scegliere una soluzione o una certa località termale anziché un'altra.

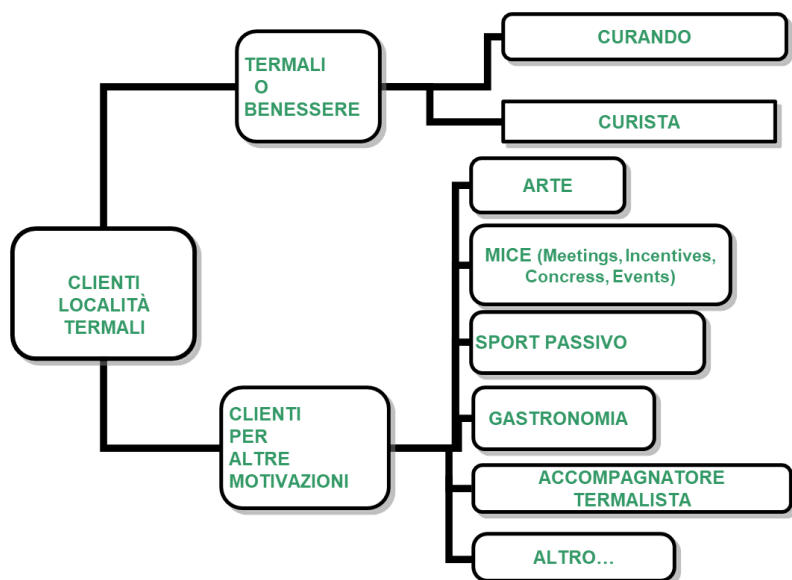


Fonte: Federalbregghi Terme - Eumetra - 2022.

Dall'analisi statistica emerge che la qualità delle acque, della struttura in cui pernottare e la bellezza del territorio, sono i fattori chiave che influenzano le scelte dei clienti italiani che si avvicinano al termalismo, mentre la notorietà della struttura e della località sembrano non essere fattori determinanti.

Non sorprende, infine, che ci sia un sostanziale disinteresse verso l'intrattenimento e i servizi per i bambini. L'esperienza del relax e del benessere non sono infatti compatibili con le esigenze dei più piccoli, circostanza che sicuramente si riflette nella scelta della tipologia di soggiorno da parte dei neogenitori.

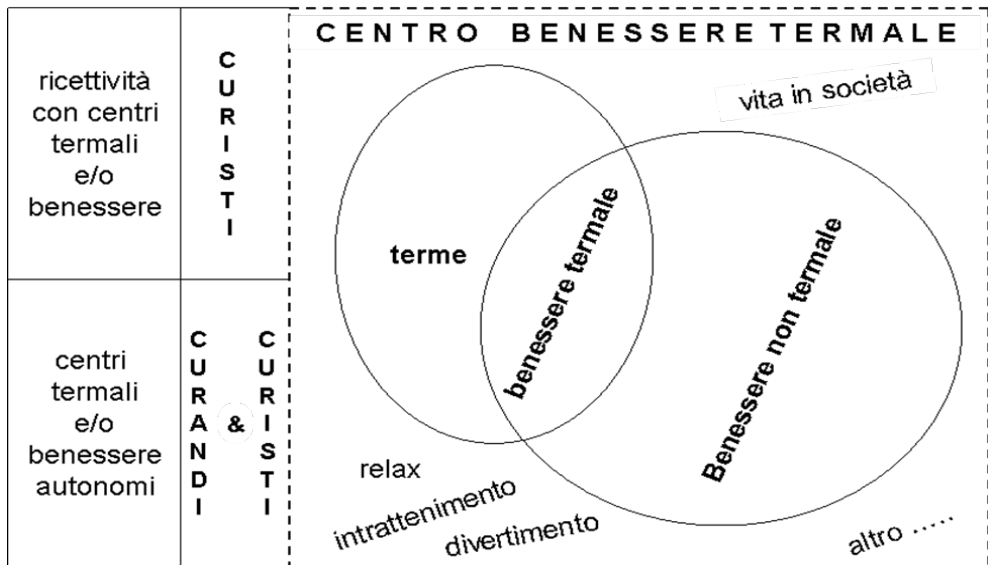
In ultimo, basandoci sulle ragioni della visita, è possibile individuare diverse tipologie di clientela termale. Infatti, le motivazioni che spingono alla domanda termale possono essere di ordine fisico o psicologico, dunque è possibile individuare un tipo di clientela mossa da necessità sanitarie, che sceglie le terme proprio su consiglio medico, e una clientela che vuole soddisfare esigenze di relax e di miglioramento della condizione fisica e, più in generale, di salute. Le ragioni che spingono al soggiorno termale dunque possono apparire simili per certi aspetti ma si vanno poi a concretizzare in maniera molto differente tra loro, sia per la tipologia dei servizi richiesti sia per la modalità di erogazione degli stessi.



Dunque, una prima categoria di clientela delle strutture termali prende il nome di **curandi**, neologismo efficace per individuare coloro che si sottopongono abitualmente a cure rigenerative con l'acqua termale e che hanno nell'esigenza di cura la principale ragione di soggiorno termale, anche temporaneo o pendolare.

Un'altra categoria è rappresentata dai **curisti**, che accanto all'esigenza di cura o benessere terapeutico, hanno anche un interesse marcatamente turistico, per cui ricercano località termali capaci di offrire al visitatore alti servizi e risorse.

Accanto a queste due figure, v'è la categoria di coloro che si avvicinano all'esperienza termale per ragioni assolutamente diverse dalle precedenti, come accompagnatori dei curandi che cercano servizi differenziati per il periodo che trascorrono nella struttura termale o comunque nella località che la ospita.



Fonte: Federterme 2011.

2. Cenni normativi in materia di turismo

La competenza legislativa in materia di turismo, a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione avvenuta con legge costituzionale n. 3 del 2001, è attribuita alla competenza residuale esclusiva delle Regioni, uniformando così la disciplina per Regioni ordinarie e Regioni speciali, che già prima del 2001 erano dotate di tale competenza.

Come per ogni materia di esclusiva competenza regionale, anche la disciplina del turismo è suscettibile di essere incisa dall'intervento del legislatore statale, a cui è attribuita la competenza, esclusiva o concorrente, in altre materie che hanno profili di connessione o sovrapposizione con la materia del turismo. Tra queste, ad esempio, la tutela della concorrenza, la tutela dell'ambiente e dei beni culturali, governo del territorio, la disciplina in materia di professioni ecc.

Infatti, anche la competenza regionale più ampia comunque non esclude a priori la possibilità per la legge statale di attribuire funzioni amministrative al livello centrale e di regolarne l'esercizio, in base ai principi di sussidiarietà, adeguatezza e differenziazione.

La normativa delle Regioni a Statuto ordinario in materia di turismo segue ora la direttrice tracciata dal D.lgs. 23 maggio 2011, n. 79 "Codice della normativa statale in tema di ordinamento e mercato del turismo, a norma dell'art. 14 della legge 28 novembre 2005, n. 246, nonché attuazione della direttiva 2008/122/CE, relativa ai contratti di multiproprietà, contratti relativi ai prodotti per le vacanze di lungo termine, contratti di rivendita e di scambio", o più semplicemente cd. Codice del Turismo, che ha abrogato la precedente legge quadro n. 135/2001.

Le singole Regioni hanno adottato una disciplina propria, nel quadro generale disposto dalla disciplina statale, mediante leggi organiche volte ad intervenire sui settori dell'organizzazione turistica regionale; sulla ripartizione di competenze tra regioni, province e comuni; sulla disciplina degli operatori turistici; delle strutture recettive e sul sostegno alle imprese turistiche.

La disciplina generale contenuta nel Codice del turismo è stata ridisegnata dalla Corte Costituzionale, con la sentenza n. 80 del 2012, in accoglimento dei ricorsi presentati da alcune Regioni per il mancato rispetto dei limiti, previsti nella delega legislativa, da parte del decreto. Con tale sentenza, il Codice è stato ridotto alle sole disposizioni afferenti il cd. diritto privato del turismo, mentre da ultimo, il D.lgs. 79 del 2011 è stato modificato dal D.L. 62 del 2018 attuativo della Direttiva 2015/2302/UE, in materia di pacchetti turistici e servizi.

Per ciò che attiene le funzioni amministrative, la Regione svolge un ruolo centrale nella programmazione e nell'attività di coordinamento, in particolare in materia di: programmazione dello sviluppo sostenibile e competitivo del turismo; innovazione dell'offerta; omogeneità dei servizi e delle attività connesse all'offerta turistica; promozione turistica; attuazione e finanziamento di specifici progetti d'interesse regionale.

Tale programmazione è attuata attraverso la redazione di Piani o Programmi di norma triennali, adottati o con delibera di Giunta o del Consiglio, e con il coinvol-

gimento, in applicazione del principio di sussidiarietà, degli enti locali, le organizzazioni territoriali, imprenditoriali e sindacali.

Sul quadro normativo relativo alla ripartizione di competenze e funzioni di enti locali e province in materia di turismo, ha inciso l'entrata in vigore della legge 7 aprile 2014, n. 56 "Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni", cd. legge Del Rio.

Con tale legge le province sono state trasformate in "enti territoriali di area vasta" le cui funzioni in materia di turismo vengo attribuite dalle Regioni.

A seguito dell'entrata in vigore della detta legge, inoltre, l'assetto dell'amministrazione pubblica del turismo, ha ricompreso sia soggetti pubblici dell'amministrazione centrale, sia dell'amministrazione periferica, che soggetti privati.

Per ciò che attiene le misure legate alla promozione del turismo in Italia, da ultimo, il Ministero del Turismo, con il Piano per il Turismo 2023-2027, ha cercato di sfruttare le misure economiche disposte dal Governo nell'ambito più generale dell'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Nel Schema del Piano per il Turismo, i progetti d'investimento in materia di turismo sono contenuti nella Componente C3 della Missione 1, "Turismo e cultura" ed in particolare nell'ambito d'intervento "Turismo 4.0" a cui sono stati assegnati, per la realizzazione di nuovi progetti, 2,4 miliardi di euro. Come specificato nello schema di sviluppo del Piano, gli investimenti sono volti al miglioramento delle strutture turistico – ricettive e dei servizi turistici, al fine sia di aumentare la capacità competitiva delle imprese sia di promuovere un'offerta turistica *smart digital* e *green*.

Di particolare importanza sono gli investimenti sul potenziamento delle infrastrutture e sulla rete di trasporti, sempre in chiave sostenibile, per poter competere in termini di qualità e facilità di accesso ai servizi con la proposta turistica degli altri Paesi. Può segnalarsi, inoltre, che il settore termale viene ricompreso nell'ambito tematico del "Turismo di alta gamma", le cui strategie sono volte a:

- posizionare l'Italia come destinazione del turismo di alta gamma a livello internazionale e rendere più diffusa e accessibile la sua offerta;
- potenziare ulteriormente la comunicazione sui canali specifici per il turismo di alta gamma;
- rafforzare il coordinamento per lo sviluppo del mercato di alta gamma a livello nazionale.

Per il settore del turismo termale, in particolare, ci si pone l'obiettivo di "dare sviluppo, a partire dall'ospitalità, a progetti di riqualificazione di alcune aree ter-

mali verso proposte di alta gamma fondate su un concetto di wellness che abbracci varie forme di benessere con un approccio olistico. In sinergia con le regioni, prevedere priorità per gli interventi sull'ospitalità che si accompagnino a una riqualificazione complessiva della località termale”

Nel quadro generale ora delineato la Regione Campania disciplina la materia del turismo con la Legge regionale n. 8 agosto 2014, n. 18, poi integrata con le modifiche apportate dalle leggi regionali 18 gennaio 2016, n. 1, 5 aprile 2016, n. 6 e 8 agosto 2016, n. 22, 23 dicembre 2016, n. 38, 2 agosto 2018, n. 26 e 30 dicembre 2019, n. 27, “Organizzazione del Sistema Turistico in Campania”, con cui riconosce il ruolo fondante e primario che il turismo ha storicamente avuto nella maturazione e nell'evoluzione del fenomeno a livello nazionale, europeo e mondiale (art. 1 comma 1).

La legge n. 18 chiarisce i compiti della Regione che cura e promuove il turismo nell'ambito pubblico e privato (art. 1 comma 2) e ha tra le proprie finalità quella di promuovere la qualità complessiva del sistema turistico regionale, dei prodotti e dei servizi turistici (art. 2 comma 1, lett. h).

La Regione inoltre esercita le competenze in materia di turismo, provvedendo allo svolgimento delle funzioni amministrative, tra cui: la programmazione delle attività a sostegno del turismo nella Regione, favorendo le iniziative ed il coordinamento dei soggetti che operano sui territori; la promozione dell'immagine della Regione, delle comunità locali, del patrimonio materiale ed immateriale, delle risorse naturali, delle produzioni e dei servizi in Italia ed all'estero; il riconoscimento dei poli turistici locali, la correlata vigilanza sull'attuazione dei programmi di attività dei medesimi e l'incentivazione ed il sostegno alle azioni di riqualificazione e di ammodernamento dei beni, degli impianti e dei servizi gestiti dalle imprese operanti per il turismo, anche con le misure dirette a favorire forme di aggregazione di imprese turistiche.

Vengono inoltre stabiliti i compiti di Comuni e città Metropolitane. Le Province e la Città metropolitana partecipano alla formazione dell'atto triennale di indirizzo della Regione per il turismo ed alla promozione dei Poli turistici, anche attraverso la partecipazione a Poli turistici locali, insieme ai Comuni. Questi ultimi, invece, curano l'organizzazione dei servizi turistici relativi all'informazione e all'accoglienza, provvedono alla organizzazione dei servizi pubblici in funzione delle esigenze dei flussi turistici, alla trasmissione dei dati relativi all'offerta turistica e all'attuazione delle procedure amministrative in materia di strutture ricettive.

Sono poi istituiti i poli turistici locali (PTL) ossia le forme associative di soggetti pubblici e privati che operano per il turismo all'interno degli ambiti turistici ter-

ritoriali omogenei, che sono aree delimitate nelle quali, per storia turistica o per chiara potenzialità, sono organizzate ed ottimizzate le offerte dei servizi pubblici e privati per il turismo e dove sono integrati il patrimonio umano, ambientale, produttivo e culturale del territorio.

Le funzioni amministrative vengono ora svolte, oltre che dall'assessorato, da strutture regionali facenti parte della cd. "amministrazione regionale indiretta", all'art. 15 della L.R. n. 18/2014 è stata istituita l'Agenzia regionale per la promozione del turismo della Campania, avente forma di ente pubblico non economico, strumentale, dotato di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile.

L'Agenzia opera per alimentare e diffondere l'immaginario turistico della Regione e per raccogliere, armonizzare, aggiornare e rendere accessibili i flussi di informazione dei servizi del turismo, inoltre, gestisce le attività dei club di prodotto nell'ambito delle politiche turistiche regionali; svolge le attività di promozione e di marketing territoriale, anche attraverso il raccordo delle azioni dei singoli PTL; assicura il monitoraggio dei flussi turistici in Campania; verifica le variazioni quali-quantitative dei servizi; verifica le principali variabili economiche e sociali che influenzano la domanda e l'offerta turistica; rileva disservizi e reclami; esegue indagini conoscitive sulla qualità dei servizi; fornisce il supporto conoscitivo alla programmazione delle attività promozionali e degli investimenti; propone alla Regione l'attuazione di interventi in funzione delle tendenze della domanda turistica nazionale ed internazionale.

In ultimo, all'art. 23, la Regione valorizza il ruolo delle associazioni pro loco nelle diverse ed autonome espressioni culturali e riconosce il valore sociale delle medesime liberamente costituite e delle loro attività come espressione di partecipazione, di solidarietà e di pluralismo.

SEZIONE IV

Conclusioni

1. Proposte generali

Il turismo costituisce un mercato dalle grandi potenzialità e contribuisce alla crescita del sistema economico delle micro e macro aree di un Paese, generando indotto, occupazione, reddito e dunque gettito fiscale. La globalizzazione ha accresciuto l'integrazione dei mercati turistici internazionali favorendo lo sviluppo anche di aree rimaste fino ad oggi ai margini dei flussi di questo settore.

Oggi, si è visto, una pluralità di fattori influenzano le scelte dei turisti, alcuni del tutto nuovi come l'offerta di servizi gestibili tecnologicamente e sembrano cambiate anche le finalità del turista, meno interessato all'esperienza standardizzata del "pacchetto" e maggiormente incline alla ricerca di prodotti nuovi ed esclusivi.

In questo contesto in Italia il comparto del turismo termale, che rappresenta una delle più antiche forme di turismo e cura della persona, fatica ad accogliere le esigenze di innovazione e rigenerazione industriale (così come ricostruiti nel corso del presente lavoro) che avrebbero dovuto segnare il passaggio dal termalismo classico al turismo del benessere, sebbene dai dati raccolti ed esposti emerge che quest'ultimo sia la forma trainante del settore a livello mondiale, con l'integrazione tra turismo termale e *wellness*.

D'altra parte, neanche sono state espresse adeguatamente le potenzialità del turismo sanitario, dopo la descritta fine della fase prevalentemente assistenziale che il settore termale ha vissuto negli anni '80.

Eppure anche l'implementazione del turismo sanitario in ambito termale secondo una logica concorrenziale che guardi al mercato transfrontaliero e interregionale rappresenta una evoluzione utile a risolvere i problemi legati alla crisi del comparto.

Volendo individuare direttrici da seguire per aumentare la competitività del settore termale, in particolare in Campania, è innanzitutto necessario uno studio economico approfondito che, partendo dal monitoraggio dei flussi turistici, dalla profilazione dei clienti e dall'analisi delle offerte degli stabilimenti presenti sul territorio regionale, possa evidenziare i punti di forza e debolezza del settore.

Un approccio di questo tipo consentirebbe di fare previsioni di medio e lungo periodo basate anche sulle pregresse esperienze economiche delle realtà, oggi di successo, che hanno dovuto risolvere problematiche simili a quelle del nostro territorio.

Parallelamente, occorre sia per l'implementazione del mercato sanitario che per un corretto posizionamento del prodotto turistico legato al benessere avere

una chiara definizione dei benefici terapeutici e preventivi apportati dalle diverse acque sul territorio nazionale e all'interno della regione Campania che presenta un vastissimo e differenziato patrimonio termale, oggi peraltro solo parzialmente sfruttato, come nel caso dei siti di Agnano e Castellammare di Stabia.

Inoltre è emerso che quasi la totalità degli stabilimenti, circa il 90%, opera in regime di accreditamento con il Servizio sanitario nazionale.

Occorre quindi, valorizzare le peculiarità delle acque delle diverse destinazioni termali campane, evidenziandone le potenzialità terapeutiche in relazione alle patologie che possono essere curate, così da poter differenziare l'offerta su basi scientifiche, collegando specifiche prestazioni a determinati territori secondo una logica di "destinazione" che, come evidenziato dalla ricerca, ha dato buoni risultati in altri Paesi (Turchia, Messico, Portogallo etc. cfr. Sez. II).

Una ricerca in tal senso sarebbe molto significativa dal punto di vista medico-sanitario e rappresenterebbe la base per le politiche di incentivazione e promozione affidate al settore pubblico.

In questo senso la Regione Campania potrebbe favorire la costituzione di uno o più gruppi di lavoro finalizzati:

- sul piano medico: alla predisposizione di un disciplinare che identifichi e qualifichi le acque in base alle loro proprietà terapeutiche;
- sul piano economico: a individuare nicchie di mercato non sfruttate nell'offerta transfrontaliera e strategie di differenziazione rispetto ad altre regioni per la mobilità interregionale;
- sul piano amministrativo: a individuare i servizi pubblici da implementare a beneficio della destinazione; a favorire l'integrazione delle attività termali con la valorizzazione del patrimonio edilizio di pregio (anche attraverso incentivi alla riqualificazione) con il contesto storico, ambientale e paesaggistico; a introdurre misure di semplificazione dei procedimenti.

In considerazione della pluralità dei soggetti istituzionali coinvolti di cui si è detto e del ruolo che nella architettura sostanziale del nostro ordinamento sta acquisendo il livello statale come centro di imputazione delle politiche unitarie volte a coordinare le iniziative delle autonomie territoriali e di concerto con queste ultime a promuovere il settore a livello internazionale, sarebbe utile redigere un documento condiviso con Università ed enti di ricerca da porre come *position paper* istituzionale sui seguenti punti:

- elaborazione di un disciplinare sulle acque termali e sul loro utilizzo in campo medico, redatto sulla base degli esiti dei lavori del gruppo di cui al

punto precedente, da offrire al dibattito aperto in sede europea in materia di criteri per il riconoscimento ed il rimborso delle prestazioni transfrontaliere. Termini come *healt tourism*, *wellnes tourism*, *SPA tourism* e *medical tourism* sono infatti usati come sinonimi e in maniera intercambiabile, ma anche per identificare però concetti e fenomeni diversi tra loro.

Si è visto, infatti, nel corso della ricerca che è ancora discusso sul piano delle definizioni concettuali, che sono alla base della normazione chiara e univoca di una materia, se *wellness tourism* e possa o meno essere ricompreso il concetto di *medical tourism* e se entrambe le categorie debbano essere inglobate dal più vasto concetto di *health tourism*.

All'efficace categorizzazione delle diverse tipologie di turismo si connette una più profonda conoscenza delle peculiarità di ogniuna di esse e di conseguenza dei potenziali mercati cui fanno riferimento, fondamentale per gli *stakeholder* interessati a distinguere le differenti opportunità che ogni singola categoria mette a disposizione per costruire un'offerta facilmente identificabile e perciò più efficace.

- proposte di incentivi ed agevolazioni fiscali compatibili con il regime concorrenziale del settore. Normative per la Qualità delle Acque Termali da portare in sede di Conferenza Stato- Regioni;
- semplificazione dei procedimenti amministrativi relativi alle concessioni delle risorse e all'approvazione di progetti legati allo sviluppo delle strutture termali, prevedendo premialità per quelli che promuovano l'accessibilità l'inclusività e l'ammodernamento tecnologico;
- elaborazione di proposte normative di tipo primario (statale e regionale) ma anche di tipo amministrativo (regolamenti e norme tecniche di attuazione dei piani urbanistici) che favoriscano l'integrazione delle attività termali con il contesto urbanistico, paesaggistico, culturale ed enogastronomico, codificando questa forma di politica termale di destinazione.

La Regione Campania ha avviato un percorso virtuoso aderendo al Programma Mattone Internazionale Salute (ProMIS) approvato su proposta del Ministero della Salute nella Conferenza Stato Regioni del 29 luglio 2015, finalizzato a costruire percorsi di studio e di confronto per armonizzare la politica sanitaria delle Regioni con quella statale ed europea e sviluppare proposte di interesse regionale.

Dai report pubblicati sul sito dedicato, si evince che ad un iniziale periodo di forte attivismo, è seguito un periodo di minore attenzione al tema del termalismo, coinciso anche con la vicenda pandemica. Sarebbe però opportuno, riprendere e rafforzare la presenza dell'Ente in questo utile programma cui, peraltro, aderisco-

no molti enti di ricerca oltre che istituzioni politiche ed in cui, quindi, si coltiva un dibattito utile, soprattutto sul piano medico.

La Regione potrebbe svolgere un importante ruolo di regia anche attraverso politiche attive volte alla costituzione di gruppi europei di cooperazione territoriale (GECT) già sperimentati in Campania (dieta mediterranea), creati per favorire la cooperazione transfrontaliera, transnazionale e interregionale tra gli Stati membri o le loro autorità regionali e locali.

I GECT, infatti, consentono di attuare progetti comuni, condividere conoscenze e migliorare il coordinamento della pianificazione territoriale.

Al GECT può essere affidata, inoltre, l'attuazione dei programmi cofinanziati dall'Unione europea, a titolo del Fondo europeo di sviluppo regionale, del Fondo sociale europeo e/o del Fondo di coesione, o di altri progetti di cooperazione transfrontaliera che possono o meno ricevere finanziamenti dell'UE.

Attraverso questo strumento la Regione Campania potrebbe promuovere iniziative con altri partner, quali Regioni italiane o di altri Stati europei, volte a rafforzare nei rispettivi territori un'azione sinergica per la salute e il benessere dei propri cittadini.

L'accordo a base del GECT potrebbe essere quello della cooperazione nel settore sanitario, replicando l'accordo tra Friuli Venezia Giulia, Regione Veneto e Land Carinzia (Austria). La Regione Campania mettendo a disposizione il proprio comparto termale potrebbe richiamare pazienti da altri Stati membri, avviando azioni congiunte atte ad agevolare la reciproca conoscenza e a promuovere le eccellenze presenti sul territorio.

Altra strada percorribile è l'affiancamento delle imprese del settore al fine di coadiuvarle nell'ottenimento dei fondi europei per lo sviluppo turistico. La Regione potrebbe promuovere la costituzione di una Rete regionale di imprese formata dalle aziende operanti nel settore delle cure termali e della geotermia che potrebbe negoziare un accordo con la Regione stessa avente tra le finalità, oltre alla promozione del settore, la ricerca di finanziamenti pubblici e privati.

Va considerato che la Commissione Europea con la comunicazione "Turismo e trasporti nel 2020 e oltre" del 2020, ha disposto un pacchetto completo di iniziative per riprendere i trasporti e il turismo in sicurezza, consentire ai cittadini di viaggiare, nonché affrontare questioni urgenti per operatori turistici e i consumatori. Il processo di co-creazione del Percorso di Transizione per il turismo (EU Tourism Transition Pathway) è stato invece avviato nel giugno del 2021 con la pubblicazione del documento di lavoro SWD sui potenziali scenari di transizione, a seguito del-

la richiesta del Consiglio europeo di “elaborare un’agenda europea per il turismo 2030/2050”. Il percorso di transizione, pubblicato nel febbraio 2022, individua 27 aree di misure per la transizione verde e digitale e per migliorare la resilienza del turismo dell’UE.

Naturalmente, ogni singola area rappresenta una realtà a sé stante per quanto riguarda i punti di partenza e i possibili limiti alla fattibilità delle azioni e per questo motivo gli obiettivi, le iniziative e il loro monitoraggio dovrebbero sempre tenere conto delle specificità delle singole aree. La Rete potrebbe tenere conto delle peculiarità delle singole aree e delle dinamiche proprie del settore per individuare quali risorse possono essere ottenute dalle imprese facenti parte della rete stessa.

La Commissione, su richiesta del Parlamento, ha lanciato numerose iniziative su temi di attualità a favore del turismo europeo, tra cui, ad esempio, l’iniziativa “Eden” incentrata sulla promozione delle destinazioni turistiche europee di eccellenza, destinazioni emergenti ancora poco conosciute, ma rispettose dei principi della sostenibilità o l’iniziativa “Calypso”, incentrata sul turismo per anziani, utenti svantaggiati, famiglie indigenti e persone con mobilità ridotta. Il programma ha consentito il cofinanziamento di diversi partenariati transnazionali tesi a promuovere la cooperazione e i meccanismi di scambio nel settore del turismo sociale.

Vi sono poi i fondi a cui è possibile accedere come il Fondo europeo di sviluppo regionale (FESR) e Fondo di coesione, per rafforzare la sostenibilità ambientale, socioeconomica e la resilienza del turismo a lungo termine nelle Regioni, o il RE-ACT-EU, per sostenere la ripresa economica post pandemia da COVID-19, nell’ambito del Next Generation EU.

Va poi considerato che il valore medico delle cure termali è riconosciuto dall’OMS, circostanza che permetterebbe alla Rete d’imprese di ottenere finanziamenti anche a valere sul settore sanitario e non solo turistico.

2. Proposte particolari: la D.M.O.

Sul piano più strettamente turistico, è stato evidenziato che il turismo termale, a differenza del *wellness tourism*, che si è oramai sganciato dalla componente “territoriale”, è necessariamente legato alla presenza di fonti termali, quindi è una forma di turismo strettamente connessa ai luoghi, all’ambiente, alla cultura e alla tradizione.

Il territorio gioca dunque un ruolo centrale nell’esperienza turistico-termale e di conseguenza nelle politiche territoriali regionali.

La promozione del turismo termale, sia esso medico-sanitario o del benessere, richiede, quindi, il coinvolgimento degli attori istituzionali e il coordinamento di

profili integrati che incidono sulla costruzione del marketing territoriale in cui l'attività termale è collocata (servizi pubblici, urbanistica, riqualificazione edilizia, promozione e valorizzazione della cultura).

In questo senso, uno strumento amministrativo utile è la **Destination Management Organization (DMO)** che ha proprio la finalità di creare una offerta riconosciuta e riconoscibile da porre a base di una politica di promozione territoriale.

La DMO è definita dall'Organizzazione Mondiale del Turismo come "l'organizzazione responsabile per il management ed il marketing della destinazione, il cui compito è quello di promuovere e organizzare l'offerta turistica, in modo che essa aumenti le sue performance e le sua capacità di competere".

L'idea di fondo di questo istituto è che la competizione primaria in ambito turistico avviene non tra le imprese turistiche, ma tra le destinazioni, per cui il successo di una meta, che dipende dal grado di cooperazione degli attori pubblici e privati e dalla collaborazione tra i diversi fornitori di servizi turistici, genera un vantaggio competitivo della destinazione territoriale che verrà preferita ad altre. Solo successivamente, all'interno della destinazione si svolgerà la concorrenza secondo le regole classiche.

Tra i vari operatori del settore si stabilisce, dunque, una *coopetition* (competizione cooperativa), che costituisce una forma di concorrenza in un quadro di collaborazione, caratterizzata dalla contemporanea presenza di competizione e cooperazione finalizzata a costruire il vantaggio competitivo "territoriale" a favore dell'economia regionale.

Tale strumento presuppone che siano coinvolti tutti i portatori di interessi presenti sul territorio per integrare la loro offerta con quella degli operatori termali così da ottenersi un prodotto unitario da proporre sui mercati, che soddisfi un *target* individuato ma anche le aspettative dei residenti.

L'attivazione di una DMO può articolarsi in 6 fasi:

- destination profile: si profila la destinazione dal punto di vista geografico e politico, si studiano le potenzialità in termini di turismo;
- analisi degli stakeholder: vanno individuati tutti i portatori d'interessi definendo ruolo e funzione di ciascuno all'interno della DMO;
- modello di governance e Piano di implementazione: vengono definiti ruolo e responsabilità del Project Management Team della DMO e ruolo e modalità di coinvolgimento dei principali stakeholder. Viene poi tutto esplicitato nel Piano di implementazione che contiene gli aspetti attuativi, comprese le forme di finanziamento;
- capacity building: tutti gli stakeholder individuati: definiscono, condividono e approvano il Piano d'intervento; trasferiscono procedure gestionali alla

DMO; creano prodotti turistici per target specifici; definiscono le priorità del piano strategico e le partnership pubblico-private;

- fundraising: vengono definite le strategie di fundraising;
- action plan: viene strutturato un piano di azione operativo caratterizzato da cadenzata produzione di output prestabiliti.

Mentre, le funzioni principali dell'azione della DMO sono (Morrison, Bruen, Anderson, 1998):

- economic driver: generare nuove entrate e nuova occupazione, contribuendo allo sviluppo di un'economia locale più diversificata;
- community marketer: comunicare un'immagine unitaria delle attrazioni principali della destinazione ai potenziali visitatori;
- industry coordinator: indirizzare lo sviluppo turistico locale verso strategie più focalizzate, incoraggiare le relazioni sistemiche tra le imprese turistiche locali, agire sulla ridistribuzione e diffusione delle positive ricadute del fenomeno turistico;
- quasi-public representative: mediare tra gli interessi dell'industria turistica, le esigenze dei residenti, le scelte politiche e le richieste della domanda turistica;
- builder of community pride: contribuire al miglioramento della qualità di vita per i visitatori e la comunità residente.

Per ciò che attiene alle opzioni di *governance* di una DMO, possiamo indicare, tra le principali:

- Dipartimento interno ad una specifica amministrazione pubblica: si tratta di un modello tradizionale che si sviluppa all'interno dell'amministrazione di riferimento della destinazione e a cui vengono assegnate funzioni di regolazione e pianificazione del settore. Principalmente, si fa ricorso a tale modello nell'ipotesi in cui la destinazione è turisticamente poco sviluppata nella dimensione dell'offerta e vi sia scarsa integrazione del sistema privato. Il principale vantaggio di tale modello risiede nella facilità con cui un sistema dalla natura totalmente pubblica riesce ad adattarsi al contesto amministrativo già esistente. Di contro, è un modello che non garantisce risposte rapide e in cui i privati svolgono un ruolo marginale, partecipando al sistema decisionale con un ruolo consultivo nell'ambito di un organismo di concertazione.
- Società mista pubblico-privata senza scopo di lucro: per l'attuazione di questo modello viene costituita una società di diritto pubblico di cui fanno parte la o le Amministrazioni pubbliche locali interessate dalla Destinazione e soggetti privati senza scopo di lucro.

L'obiettivo della società è quello di promozione e gestione di un servizio pubblico di interesse generale. La società mista ha il pregio di essere molto flessibile, nella misura in cui si pensi che il suo funzionamento è legato agli accordi che intercorrono tra le parti. Va inoltre considerato che tale modello consente di raccogliere fondi con una facilità maggiore, posto che la società potrà finanziarsi sia come entità pubblica che come soggetto privato.

- Società di diritto privato: in questo modello la DMO è un soggetto di diritto privato e l'assegnazione dell'incarico avviene tramite l'utilizzo della procedura del bando di gara.

Questo modello si contraddistingue per la flessibilità ed è infatti adatto alla gestione di strutture per il cui funzionamento è necessario fornire risposte rapide (es. gestione di contratti commerciali o strutture come Palacongressi) e più in generale a situazioni votate al mercato e interessate a generare utili in attività di interesse pubblico. Questa è la formula maggiormente attrattiva per il settore privato perché, al di là dei limiti posti dal bando di gara, non vengono posti ulteriori vincoli alla gestione da parte dell'amministrazione.

Questo modello si dimostra funzionale in particolar modo quando la società è senza scopo di lucro. Ciò si verifica quando i soci controllori sono portatori di interessi collettivi il cui fine è quello di accrescere la notorietà e competitività della Destinazione e non la generazione di utili.

È opportuno, a questo punto, analizzare la legislazione di alcune Regioni italiane che già hanno adottato e applicato tale sistema alle loro politiche di gestione e promozione turistica.

In particolare, si intende approfondire il sistema della Regione Emilia Romagna, per l'innovativo approccio legislativo alla tematica, e del Veneto, per l'abbondanza della risorsa termale che caratterizza il territorio.

L'Emilia Romagna con la legge regionale 25 marzo 2016, n. 4 ha disciplinato il nuovo ordinamento turistico regionale. Rispetto al precedente assetto regolato dalla L.R. 7/98, eccessivamente incentrato sui "prodotti", ossia l'insieme di beni e servizi di un territorio che, messi a sistema, compongono un'offerta turistica, la nuova disciplina all'art. 12 introduce le "Destinazioni turistiche di interesse regionale", per cui all'interno di ciascuna area vasta, la Regione con un apposito atto della Giunta, istituisce destinazioni turistiche per la promo-commercializzazione del turismo dell'Emilia-Romagna.

Le Destinazioni turistiche sono enti pubblici strumentali degli enti locali dotati di personalità giuridica e di autonomia amministrativa, organizzativa, finanziaria e contabile a cui possono aderire le Camere di commercio e qualsiasi altra ammi-

nistrazione, operante in ambito turistico, che rientri tra quelle indicate dall'ISTAT come pubbliche. Il concetto di destinazione è pensato e strutturato per aumentare la competitività, senza perdere l'efficacia del marketing.

Tra le varie DMO oggi presenti in Emilia possiamo citare la BolognaWelcome⁹ come la nuova DMO di Bologna Città metropolitana¹⁰.

La Regione Veneto è caratterizzata da eccellenze turistiche e, in particolare, possiamo tra queste annoverare il bacino termale eugeneo che costituisce una risorsa chiave per l'economia del territorio.

Con la Legge regionale n. 11 del 14 giugno 2013, "Sviluppo e sostenibilità del turismo Veneto", si è scelto di costruire un modello turistico *resource-based* basato sul concetto di destinazione turistica, intesa quale località o ambito territoriale nel quale ha sede un complesso di risorse, infrastrutture e servizi connesse con un prodotto turistico o una gamma di prodotti.

La Regione del Veneto riconosce, valorizza e favorisce il governo delle destinazioni turistiche e con atti propri della Giunta regionale riconosce per ciascuna destinazione turistica un'unica organizzazione della gestione. Ciascuna organizzazione di gestione della destinazione opera per creare sinergie e forme di cooperazione tra soggetti pubblici e privati coinvolti nel governo delle stesse e nello sviluppo dei prodotti turistici, al fine di rafforzare il sistema di offerta e per la gestione unitaria delle funzioni di informazione, accoglienza turistica, promozione e commercializ-

⁹ È una società nata per iniziativa della Camera di Commercio di Bologna, che è socio insieme a Bologna Fiere, Aeroporto G. Marconi di Bologna, Confcommercio, Federalberghi Bologna, Confartigianato Imprese Bologna, Confederazione Nazionale dell'Artigianato e della Piccola Impresa Associativa Provincia di Bologna, Legacoop Bologna, Confesercenti Provinciale di Bologna e Confcoop Unione Provinciale Bologna.

Ha il ruolo di promuovere la destinazione, di accogliere i turisti e far crescere il sistema di economia locale, attraverso momenti di formazione generica e più tecnica. Vuole supportare il sistema di offerta locale per identificare nuove opportunità di mercato, costruire prodotti di qualità economicamente sostenibili e realizzare azioni promozionali efficaci nei confronti dei target identificati, con l'obiettivo comune di rendere Bologna una destinazione turistica di primaria importanza a livello nazionale e internazionale.

¹⁰ I cui obiettivi sono: realizzare uno strumento unico con risorse qualificate e un know how altamente specializzato in grado di gestire con continuità l'attività di gestione turistica e di promozione della destinazione; rendere Bologna una destinazione turistica più attrattiva attraverso un'attività mirata di promozione nazionale e internazionale e l'organizzazione di eventi di richiamo turistico soprattutto nei periodi ad alto potenziale fuori dai momenti fieristici; promuovere in maniera integrata Bologna e il suo territorio, con i suoi punti di eccellenza turistica, in particolare culturale, paesaggistica ed enogastronomica; sviluppare una politica dell'accoglienza volta a cogliere i bisogni del turista e a rafforzare una dimensione valoriale che coinvolga i diversi attori interessati, a partire dagli operatori del settore.

zazione dei prodotti turistici della destinazione, nel rispetto della normativa e della programmazione regionale¹¹.

La legge regionale veneta inoltre introduce il concetto di sistema turistico tematico, ovvero un ambito territoriale omogeneo in termini di tipologie turistiche e specializzato in termini di presenza di risorse turistiche, capace di supportare lo sviluppo e la promozione di una gamma integrata di prodotti turistici ampia e coerente. Tra questi, alla lettera g) dell'art. 11 è previsto il sistema turistico tematico delle Terme Euganee e termalismo veneto.

Il sistema è organizzato tramite il coordinamento tematico che programma le attività finalizzate allo sviluppo strategico del settore, in coerenza con gli indirizzi regionali del programma regionale del turismo e con le attività del piano turistico annuale.

In questo contesto, la legge riconosce il prodotto turistico come fattore di competitività e la destinazione come l'evoluzione organizzativa delle località turistiche, infatti sia L.R.11/2013 che la DGR 2286/2013 incentivano i sistemi turistici a migliorare l'organizzazione turistica e a innovare e differenziare l'offerta in chiave sostenibile, attraverso la costituzione e il riconoscimento delle Organizzazioni e Gestione delle Destinazioni (OGD), che per metodo e funzione sono DMO, e l'approvazione del Destination Management Plan (DMP), ossia un progetto strategico condiviso di gestione della destinazione¹².

3. Il contesto campano

L'8 Agosto 2014 è stata emanata la Legge Regionale n.18 sull'Organizzazione turistica in Campania, che si occupa di promuovere il turismo nell'ambito pubblico e privato.

Nel sistema campano gli enti locali e i soggetti privati maggiormente rappresentativi sul territorio nel settore turistico, operanti in un ambito territoriale tu-

¹¹ Com'è stato osservato "l'obiettivo è quello di impostare nuovi o rinnovati sistemi turistici organizzati in Destinazioni capaci di innovare e/o innovarsi offrendo, coralmemente, esperienze determinate. Tali destinazioni richiedono di rimando pensiero e pianificazione strategici, una governance partecipata, un approccio di gestione della Destinazione e non del solo prodotto e una cittadinanza attiva e consapevole. Viene riconosciuto, quindi, il prodotto turistico sostenibile e di qualità come fattore di competitività che permette di rimanere sul mercato e la destinazione come l'evoluzione organizzativa delle località turistiche" (Raffaella Gabriella Rizzo, Luca Simone Rizzo, 2020).

¹² Nella cornice predisposta della legislazione regionale, i componenti dell'OGD "Terme e Colli Euganei" appartenenti a diverse aree amministrative locali, attraverso la costruzione di questo strumento di programmazione flessibile e partecipato, volto a definire una strategia comune per lo sviluppo dell'offerta turistica, hanno creato un esempio virtuoso capace di individuare i migliori binomi mercato/prodotto al fine di offrire specifiche prestazioni a segmenti mirati del mercato.

ristico omogeneo, in forma associata, propongono alla Regione la costituzione dei Poli Turistici Locali (da ora PTL). Questi ultimi vengono definiti “Forme associative di soggetti pubblici e privati che operano per il turismo all’interno di ambiti turistici territoriali omogenei”.

La pietra angolare per le politiche del turismo in Campania è l’istituzione degli ATTO, ambiti territoriali turistici omogenei ossia aree delimitate nelle quali, per storia turistica o per chiara potenzialità, sono organizzate ed ottimizzate le offerte dei servizi pubblici e privati per il turismo e dove sono integrati il patrimonio umano, ambientale, produttivo e culturale del territorio. In seno agli Atto dovrebbe essere poi incoraggiata la progettazione e l’attività dei PTL. Questi organismi andranno a sostituire gli Ept e le Aziende di soggiorno, quindi dovranno gestire e governare il movimento turistico nel territorio di competenza.

In tale contesto, il 26.6.2016 è stato costituito un gruppo di lavoro regionale incaricato di delimitare gli Atto e con la delibera 579/2017, la giunta regionale ha ne ha istituiti 12: Napoli; Campi Flegrei; Capri; Ischia e Procida; Penisola Sorrentina; Area Vesuviana; Caserta; Litorale Domizio; Irpinia; Sannio; Salerno, Cava, Costiera Amalfitana; Sele, Tanagro, Cilento e Vallo di Diano.

Tali ATTO, tuttavia, sono stati introdotti solo in via provvisoria dalla Giunta nel 2017 e stentano ad affermarsi.

La promozione globale del turismo è invece demandata all’Agenzia regionale, descritta negli articoli da 15 a 20 della legge regionale.

La legge campana è caratterizzata da un forte dirigismo, attribuendo alla Regione un ruolo di supervisione ma anche di politica attiva, essendo infatti previsti due strumenti importanti, l’Agenzia che è un ente strumentale della Regione e i PTL che sono invece espressione della sussidiarietà verticale e orizzontale e mirano alla collaborazione con i privati, pur necessitando del riconoscimento della Regione per poter operare.

La legge regionale, dunque, già ora dispone della strumentazione adeguata per la costituzione di DMO che potrebbero costituire strumenti di azione dei PTL o addirittura coincidere con essi, ma è necessario che questi siano maggiormente interconnessi oltre che, naturalmente, partecipati e funzionanti.

In questo senso, si potrebbero introdurre politiche di *management* e promozione turistica per **aree tematiche** ancor prima che territoriali gestiti dai PTL chiamati ad operare sostanzialmente come DMO.

Sarebbe però opportuno, in tal senso, superare la rigida categoria degli ATTO, prevista dall’art.7 della L.R. n. 18/2014, legata esclusivamente al carattere territoriale quasi a costituire una “circostrizione amministrativa” integrando la legge

con la possibilità di costituire ATTO tematici che possono raggruppare realtà territoriali affini ma non contigue.

In ambito termale, a seguito del riconoscimento della peculiarità delle acque in ambito medico, della predisposizione di un disciplinare per la gestione del servizio medico termale, potrebbero immaginarsi due percorsi turistici tematici, che integrano il turismo termale medico sanitario con il *wellness*, così differenziando prodotti e destinazioni in base alle peculiarità sanitarie delle acque e quelle dell'offerta territoriale (paesaggistiche, enogastronomiche, culturale etc.). Le aree costiere e le aree interne della regione, potrebbero consorziarsi e non necessariamente come ATTO, il cui limite è proprio la contiguità territoriale e non quella di interesse, per poi gestire le politiche turistiche tramite i PTL in funzione di DMO. In tal modo si sfrutterebbe da un lato la forza delle politiche attive promosse da multi attori territoriali con l'integrazione dei servizi e delle offerte e dall'altro si potrebbe studiare un'offerta economica legata all'interesse che sarebbe meglio collocabile sul mercato da parte dell'Agenzia regionale per la promozione del turismo della Campania.

Bibliografia

- ADNKRONOS, *Federterme compie 100 anni e celebra l'anniversario con la Fondazione*, 2019.
- AMOROSINO, S., *Le acque più "pregiate": i regimi amministrativi delle acque minerali e termali*, in *Rivista di Diritto alimentare*, anno II, numero 4, 2008. p. 1.
- ARAUJO, L., "Portuguese tourism strategy 2027 Leading the tourism of the future", *Worldwide Hospitality and Tourism Themes*, Vol. 9 No. 6, (2017), pp. 646-652.
- BARBATI C., *Voce Turismo* in "Enciclopedia del Diritto", i "Tematici, Funzioni amministrative", Milano 2022. 1211 e ss.
- BERRINO A., *Termalismo: libri su acque, bagni e terme*, in *Nuova informazione bibliografica, Il sapere nei libri* 4/2015, pp. 803-816.
- BOGGERO G., *Gli ostacoli alla mobilità sanitaria transfrontaliera in Italia*, in "Corti Supreme e Salute", 2018.
- BRANDÃO F., LIBERATO D., TEIXEIRA A.S., & LIBERATO P. *Motives for Thermal Tourism: An Application to North and Central Portugal*. *Sustainability* 2021, 132, 2688.
- CANNIZZARO S., *L'evoluzione del termalismo tra innovazione e inerzia. Il caso delle Terme di Acireale*, in "Geotema" - Rivista dell'Associazione Geografi Italiani (AGEI), 2014.
- CANNIZZARO S., *Il termalismo emergente nella sponda Sud del Mediterraneo. I casi di Marocco e Tunisia*, in "Geotema" - Rivista dell'Associazione Geografi Italiani (AGEI), 2019.
- CAPONE F., "I sistemi locali turistici in Italia: identificazione, misurazione ed analisi delle fonti di competitività", Firenze University Press, Firenze. ISBN, 2005.
- CAROLEO F.E., DE IUDICIBUS A., *Il Turismo in Campania, punti di forza e strategie per lo sviluppo del territorio: "il caso dei distretti turistici"*, 2018.
- CASSESE S., *Dalla proprietà all'impresa: i beni privati destinati dallo Stato alla produzione*, in *Pol. Dir.*, 1975, p. 609 e ss.
- CINTI M.G., *Turismo Termale in Italia: evoluzione, impatti e prospettive di rilancio*, in *doc. geografici*, 1/2021 pp. 65-88.
- Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Scienze del Patrimonio Culturale, *Rapporto sul turismo italiano XXV EDIZIONE 2020-2022*.
- CORBIN A., *Le territoire du vide: l'Occident et le désir du rivage (1750-1840)*, Flammarion, Paris, 2010.

Bibliografia

- CORTESE F., *Termalismo e benessere tra diritto statale e diritto regionale: storia di un laboratorio istituzionale*, in *Le Regioni, Bimestrale di analisi giuridica e istituzionale* 3-4/2009, pp. 581-616.
- CSIRMAZA É., PET K., *International Trends in recreational and wellness tourism*, University of Debrecen, Faculty of Economics and Business Administration, 2015.
- D'ARIENZO, M., *Contributo allo studio dei modelli organizzativi in sanità*, Torino 2022.
- Direzione generale delle Politiche interne dell'UE, *Research for TRAN Committee Health Tourism in the EU: A General Investig*, 2017.
- Dipartimento del Tesoro, *Patrimonio della PA Rapporto tematico. Le concessioni delle acque minerali e termali dati 2015*, su https://www.dt.mef.gov.it/export/sites/sitodt/modules/documenti_it/programmi_cartolarizzazione/patrimonio_pa/Rapporto_Concessioni_Acque_Minerali_e_Termali.pdf
- Distretto Idrografico dell'Appennino Meridionale, PIANO DI GESTIONE ACQUE (Direttiva Comunitaria 2000/60/CE, D.L.vo 152/06, L. 13/09, D.L. 194/09) Relazione Generale Allegato 8 SISTEMA ACQUE MINERALI E TERMALI, 2010.
- Direção Geral de Energia e Geologia, *Direção Geral de Energia e Geologia* (14 de Julho de 2020).
- DUNN, H. L., *High-Level Wellness: A Collection of Twenty-Nine Short Talks on Different Aspects of the Theme "High-Level Wellness for Man and Society"*. Arlington, 1961.
- ECONSTAT, *Un "Vademecum" per le nuove Destinazioni Regionali*, 2017, al link <https://www.ervet.it/wp-content/uploads/downloads/2017/10/Vademecum-per-le-Destinazioni-Regionali.pdf>
- EUMETRA, *Osservatorio sul turismo termale Cultura e attrattività delle terme fra gli Italiani*, 2022.
- EUROPEAN COMMISSION HEALTH & CONSUMER PROTECTION DIRECTORATE-GENERAL, *The Internal Market and Health services, Report of the High Level Committee on Health*, 2001, al link https://ec.europa.eu/health/archive/ph_overview/documents/key06_en.pdf
- EUROPEAN COMMISSION, *Report from the commission to the European Parliament and the council on the operation of Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare*, al link <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=COM:2022:210:FIN>.

- EUROPEAN PARLIAMENT'S COMMITTEE ON TRANSPORT AND TOURISM, DIRECTORATE-GENERAL FOR INTERNAL POLICIES POLICY DEPARTMENT FOR STRUCTURAL AND COHESION POLICIES TRANSPORT AND TOURISM , *Research for TRAN Committee - Health tourism in the EU: a general investigation*, 2017, al link [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2017/601985/IPOL_STU\(2017\)601985_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2017/601985/IPOL_STU(2017)601985_EN.pdf)
- FONDAZIONE GIMBE, Report Osservatorio GIMBE n. 2/2023, “La mobilità sanitaria interregionale nel 2020”, 2023.
- FRANCO S., *Salute e qualità della vita. Il turismo termale in Campania*, Litografia Libero Nicola, Napoli, 2001.
- GAMBINO C., *Una politica di rete per la Sicilia: il “Distretto produttivo del benessere termale”*, in “Geotema” - Rivista dell'Associazione Geografi Italiani (AGEI), 2014;
- GIANNONE M., *La componente territoriale nei Sistemi Turistici locali*, in: Dall'Ara G., Morandi F., *I sistemi Turistici locali. Normativa, progetti e opportunità* in, Halley Editrice, Matelica, 2006.
- GIANNINI, M. S., SEPE, O., *L'organizzazione turistica in Italia* in, Riv. Trim dir, pubbl., 1966, 763 e ss.
- GLOBAL WELLNESS INSTITUTE, Report: Global Wellness Tourism Economy – November 2018.
- GLOBALWELLNESSINSTITUTE(GWI),*TheGlobalWellnessEconomy:CountryRankings,2022* al link <https://globalwellnessinstitute.org/industry-research/2022-global-wellness-economy-country-rankings/>
- GLOBAL WELLNESS INSTITUTE, *Global Wellness Economy Monitor* 2023.
- GOODRICH J. N., & GOODRICH G. E., *Health Care Tourism—An Explanatory Study*. Tourism Management, 1987.
- GRA'CIO A., *Turismo Termal em São Pedro do Sul*. Coimbra: Universidade de Coimbra (2016).
- HOPKINS L. et al. *Medical Tourism Today: What is the state of existing knowledge?*, in *Journal of Public Health Policy*, n°31(2), pp. 185–198, 2010.
- IACOVIELLO A., *Il riparto della competenza legislativa tra lo Stato e le Regioni in materia di beni minerari*, in *Rivista Giuridica dell'Edilizia*, fasc. 3, 2018.
- INDOVINO FABRIS F., *Legislazione turistica*, Cedam, Bologna. 2004.

- ISTAT, *Atto del Governo n. 39, recante schema del piano strategico di sviluppo del turismo per il periodo 2023-2027*, 10 maggio 2023.
- KASPAR C., *A New Lease on Life for Spa and Health Tourism*, *Annals of Tourism Research*, 1990.
- MASETTI A., “*Salus per Aquam*”: *terme e termalismo nella storia* in, *Giornale di medicina militare GMM*, 2016.
- MERCATANTI L., PALMENTIERI S., SABATO G., *Marginalità, aoatenibilità e sviluppo. Analisi teorica e casi studio del Mezzogiorno*, Streetlib, Milano, 2019.
- MINISTERO DEL TURISMO, *Schema del Piano strategico del Turismo, 2023-2027*, al link <https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01375440.pdf>
- MINISTERO DELLA SALUTE, TAVOLO TECNICO TERMALISMO *Documento di programmazione e sviluppo 2016-2018*.
- MOTA M., NOSSA P.; OLIVEIRA MOREIRA C., *The Impact of Health and Wellness Tourism in the Regional Economy of Estrela UNESCO Global Geopark, Portugal. Sustainability* 2023.
- MULLER H. and KAUFMANN E.L., *Wellness Tourism: Market Analysis of a Special Health Tourism Segment and Implications for the Hotel Industry* in, *Journal of Vacation Marketing*, 7, 5-17, 2001.
- NETTI E. 28 ottobre 2022 *Terme, giro d'affari 2022 in ripresa. Accelerazione sull'attività medica*le in *Il Sole 24 Ore* al link https://www.ilsole24ore.com/art/terme-giro-d-affari-2022-ripresa-accelerazione-sull-attivita-medica-le-AEjAUFCC?refresh_ce=1
- O.G.D. “TERME E COLLI EUGANEI” *Destination Management Plan*, 2016, al link <https://www.visitabanomontegrotto.com/wp-content/uploads/2018/09/DMP-O-GD-TERME-COLLI-EUGANEI.pdf>
- ORMOND M. and KASPAR H., *Handbook of Global Urban Health*, Routledge (The metropolis and modern life), New York, NY, 2019.
- PENCARELLI T., DINI M., *Le destinazioni di benessere per lo sviluppo turistico*, 2020.
- PEREIRA S., SILVA J., MARQUES C., GALVÃO A., ALVES M.J., *Thermalism as A Determinant of Quality of Life and Sleep: A Novel Approach to The Sector Using SF-36v2 and Pittsburgh Index*, *Frontiers in Medical Case Reports*, 2021.
- POSTERARO N., *La compensazione e i rimborsi nella mobilità sanitaria interregionale e transfrontaliera*, in *Il diritto dell'economia*, anno 64, n. 97 (3 2018), pp. 851-880.
- PRO.M.I.S., WEBINAR *Turismo in salute il panorama post-covid tra restrizioni ed opportunità prime indicazioni “istituzionali” e bisogni emergenti* 3 giugno 2020.

- RAMOS, A., *O Termalismo em Portugal: Dos factores de obstrução à revitalização pela dimensão turística*, 2005.
- REGIONE SICILIANA, Assessorato del Turismo, dello Sport e dello Spettacolo Dipartimento del Turismo, dello Sport e dello Spettacolo: *Destination Management Organization; Linee Guida Processo di aggregazione*, 2017.
- REPORT FEDERTERME, *Storia del termalismo italiano dal 1920 fino al 2000*, 2011.
- ROCCA G., *La recente evoluzione del fenomeno salutistico e l'avanzamento degli studi geografici in materia*, 2009.
- ROMANO B.N., CRISCIONE C., *Diritto del turismo, L'evoluzione dal Consumatore al Viaggiatore* 2019; ROMANO B.N., *Il Turismo come "strumento" di realizzazione dei diritti al riposo ed allo svago sanciti dall'art. 24 della dichiarazione universale dei diritti umani*, 2019.
- SANTUARI A., *Il termalismo in Europa: un caso di turismo sanitario*, CEDAM, 2010.
- SAPIENZA, G., *Acque minerali e termali*, in *Enc. Giur. I*, 1988, 1.
- SERVIZIO STUDI SENATO DELLA RUPEUBBLICA, *Schema del piano strategico di sviluppo del turismo per il periodo 2023-2027*, 21 aprile 2023.
- SMITH M., PUCZKO L., *Health and Wellness Tourism*, Butterworth-Heinemann, London, 2009.
- SMITH M. K., JANCSIK A. & PUCZKO L., *Customer Satisfaction in Post-Socialist Spas: A Case Study of Budapest, City of Spas in International Journal of Spa and Wellness*, 3(2-3), 165-186, 2020.
- THE EUROPEAN HOUSE – AMBROSETTI PER IL CEFPAS, *Le potenzialità del turismo sanitario*, in *Meridiano Sanità Sicilia*, 2019.
- TUBERTINI C., *Il turismo tra Stato, Regioni ed enti locali: alla ricerca di un difficile equilibrio delle competenze*, in *Le istituzioni del federalismo*, Supplemento 1, 2007.
- VAZ M., MARIA JOSÉ ALVES, FERNANDA FERREIRA, VÂNIA COSTA, CRISTINA RODRIGUES PAULA ODETE FERNANDES AND ALCINA NUNES, *User's Profile of a Portuguese Thermal Establishment: Empirical Study*, 2022 (<https://papers.academicconferences.org/index.php/ictr/article/view/133>).
- VIPIANA P., *Diritto pubblico del turismo*, Pisa 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*, su https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1819_ulterioriallegati_ulterioreallegato_0_alleg.pdf

Bibliografia

WORLD TOURISM ORGANIZATION (UNWTO) *Impact assessment of the COVID-19 outbreak on international tourism*. da: <https://webunwto.s3.eu-west-1.amazonaws.com/s3fs-public/2020-03/24-03Coronavirus.pdf>

WORLD TOURISM ORGANIZATION AND EUROPEAN TRAVEL COMMISSION, *Exploring Health Tourism* report “Research for TRAN Committee – Health tourism in the EU: general investigation”, 2018.



IL TORCOLIERE • Officine Grafico-Editoriali d'Ateneo
Università di Napoli L'Orientale
stampato nel mese di dicembre 2024

Il turismo termale si configura come un fenomeno complesso e plurale, caratterizzato dalla presenza di molteplici elementi peculiari sia nella disciplina che nell'organizzazione in cui sono coinvolti diversi interessi e soggetti pubblici. La regolamentazione e l'amministrazione di questo settore richiedono, perciò, un approccio giuridico che tenga conto delle complesse interazioni tra i diversi profili coinvolti. Il volume raccoglie gli esiti della ricerca condotta nel 2023 dagli autori, in collaborazione con IFEL Campania, in cui sono state tratteggiate, anche attraverso una indagine comparativa, le possibili linee di indirizzo per la costruzione di un percorso amministrativo, a trazione regionale, di condivisione con gli altri livelli di governo, anche sovranazionali, della regolazione e delle strategie di sviluppo del settore, in modo da creare i presupposti per un vantaggio competitivo "territoriale" a favore dell'economia regionale, nel quale sviluppare successivamente la libera concorrenza fra operatori economici.

BRUNO MERCURIO è ricercatore di diritto amministrativo presso l'Università di Napoli L'Orientale dove insegna "Diritto digitale per le pubbliche amministrazioni". È docente in master e corsi di perfezionamento presso vari Atenei e membro di comitati scientifici ed editoriali di riviste scientifiche di classe A. È autore di numerose pubblicazioni in diritto amministrativo, in particolare in materia di partecipazione, urbanistica, ambiente e servizi pubblici.

MARCO AURIEMMA è avvocato e si occupa soprattutto di diritto amministrativo ed in particolare di servizi pubblici, urbanistica e ambiente. Nel 2023, è risultato vincitore della borsa di studio di IFEL Campania per la ricerca pubblicata in questo libro.