

## Le Terme di Viterbo: dal termalismo sociale ai progetti di rilancio nel segno del turismo del benessere

*Las termas de la ciudad de Viterbo: del termalismo social a la elaboración de proyectos innovadores destinados a relanzar el turismo de bienestar.*

*The thermal baths of Viterbo: from social thermalism to recent revitalization projects in wellness tourism*

*Donatella Strangio; Marco Teodori*

Sapienza Università di Roma. Roma, Italia. donatella.strangio@uniroma1.it; marco.teodori@uniroma1.it

**Riassunto** – Le motivazioni sottese a questo studio riguardano alcuni aspetti finora meno studiati del termalismo in Italia, in particolare le trasformazioni prodotte sul settore termale dall'intervento dello Stato a partire dagli anni tra le due guerre; tale intervento, intensificatosi nel corso della seconda metà del Ventesimo secolo, produsse un nuovo modello di sviluppo, fuori dalle logiche di mercato, incentrato sul termalismo sociale assistito. Divenuto insostenibile dal punto di vista finanziario, dalla fine del Novecento l'apporto statale si ridusse drasticamente costringendo le imprese del settore ad elaborare nuovi percorsi per uscire da un profondo stato di crisi.

Dopo aver fornito un inquadramento generale, tali processi sono stati studiati attraverso un particolare caso di studio, quello delle Terme di Viterbo. Le vicende di questa stazione termale sono state analizzate storicamente ricorrendo a fonti archivistiche inedite, ma sono state anche inquadrate nei loro assetti odierni sulla base di recenti indagini condotte dalle istituzioni locali, mosse dall'obiettivo di rivitalizzare i flussi turistici anche attraverso un nuovo connubio tra termalismo e benessere.

**Resumen** – *Las razones que llevaron a la elaboración de esta investigación están relacionadas, principalmente, con unos aspectos del termalismo italiano en los que no se ha profundizado mucho hasta ahora. Se quiere poner de relieve los cambios que la intervención del Estado produjo en el sector termal; a lo largo del siglo XX nació un modelo de desarrollo innovador que se sitúa más allá de la lógica del mercado, basándose en un termalismo social que cuenta con el apoyo financiero del Estado. A finales del siglo, por haberse vuelto muy oneroso, dicho apoyo fue disminuyendo drásticamente y el sector termal se vio obligado a elaborar nuevas estrategias para salir de una situación realmente muy crítica.*

*Tras haber trazado un marco general de la situación, la investigación se orientó hacia el "estudio de caso" del balneario de Viterbo. Se analizaron los sucesos de esta estación termal, desde un punto de vista histórico, aprovechando fuentes de archivos inéditas; al mismo tiempo, para analizar la situación actual, se tuvo que acudir a investigaciones recientes llevadas a cabo por las instituciones locales cuyo principal objetivo era revitalizar los flujos turísticos, también a través del encuentro entre termalismo y bienestar.*

**Abstract** – *This article analyzes an aspect of the history of the Italian spa sector, which has received less attention so far in the literature: the rise and the decline of so-called social thermalism. Since the interwar years, and to a greater extent during the second half of the twentieth century, the Italian State created a new model of development in the spa industry. This model was outside the market logic and based on thermal bath therapies paid by State social insurances for a large number of workers and pensioners. Subsequently, the cost of these spa treatments became unsustainable. Therefore, at the end of the twentieth century, the State contribution for workers' spa therapies was dramatically reduced and the spa industry was forced to tackle the emergence of a severe economic crisis.*

*After providing a general overview, the present essay studies the development and the decline of Italian social thermalism through a particular case study, the thermal baths of Viterbo. The history of this spa is analyzed using unpublished archival sources, but it is also framed in the present-day context, on the basis of recent surveys conducted by local institutions, with the aim of finding a way to revitalize the tourism flow through a new combination of hydrotherapy and wellness.*

**Parole chiave:** settore termale; termalismo sociale; Italia; terme di Viterbo; turismo del benessere

**Palabras clave:** sector balneario; termalismo social; Italia; balneario de Viterbo; turismo de bienestar

**Keywords:** spa sector; social thermalism; Italy; thermal bath of Viterbo; wellness tourism

**Información Artículo:** Recibido: 24 mayo 2014

Revisado: 15 julio 2014

Aceptado: 23 septiembre 2014

## ELEMENTI E CARATTERISTICHE DEL TURISMO TERMALE<sup>1</sup>

L'Italia, in termini di arrivi di visitatori esteri, ricopre la quinta posizione al mondo, con una quota di circa il 4,4% del mercato turistico complessivo ed è preceduta solamente da Francia, Stati Uniti, Spagna e Cina<sup>2</sup>. Questo risultato, malgrado la competitività sempre maggiore di diversi paesi, in primo luogo della Cina, è frutto anche dello sviluppo di turismi diversificati che sfruttano le varie tipologie di offerta disponibili nella penisola. Tra le offerte turistiche di nicchia si inserisce il settore termale, che sino ad oggi è stato poco pubblicizzato, ma la cui domanda sembra avere larghi margini di incremento.

Il turismo termale è un settore economico che ha delle caratteristiche particolari, a metà strada tra il turismo vero e proprio e l'attività sanitaria; rappresenta il più importante e tipico esempio di turismo per cura, e presuppone l'esistenza di acque minerali e l'impiego di mezzi ed energie umane capaci di adattare ai fini della cura. L'Italia vanta un'antica tradizione idroterapica, che ha guadagnato innumerevoli estimatori anche in alternativa alla medicina moderna, grazie soprattutto a nuove esigenze legate alla cura della persona<sup>3</sup>.

Le motivazioni sottese a questo studio riguardano il rapporto tra turismo e termalismo e le modalità con cui il turismo termale ha acquisito nel tempo il ruolo di settore economico particolare. Il lavoro si propone di investigare sul ruolo propulsivo dello Stato nel far decollare tale settore, attraverso l'apporto dato in particolare dall'INPS, l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale; sempre in quest'ottica sarà analizzato un caso particolare di studio, le Terme di Viterbo, come esempio di interessante connubio tra benessere e turismo.

Nel cercare di dare una definizione del settore terme, si possono usare le parole dello studioso Emilio Becheri<sup>4</sup>, secondo il quale "l'attività termale è qualcosa di più ampio del turismo legato alle cure, così come il turismo termale è qualcosa di più ampio e di diverso rispetto al movimento dei curandi". Infatti, il termalismo non può essere disgiunto dal concetto di turismo, anche in ragione delle nuove tendenze che portano a identificare la salute più con la bellezza estetica che con un fatto medico. Se si ammette che il turismo termale riassume in sé alcune fra le caratteristiche fondamentali del turismo stesso, cioè cura, cultura e divertimento, si può appunto affermare che il termalismo debba essere ascritto al turismo.

Secondo i dati dell'ENIT, l'Ente Nazionale Italiano per il Turismo, le località termali organizzate del nostro Paese sono 188 e sono distribuite in modo omogeneo in tutte le regioni della penisola, con l'unica eccezione del Molise<sup>5</sup>.

Per meglio definire e qualificare il settore, nel corso degli anni si sono susseguite diverse leggi e decreti, ripartendone le

1 Sebbene il saggio sia frutto di una riflessione comune, i paragrafi 1, 3, 4 e 5 sono opera di D. Strangio e il paragrafo 2 di M. Teodori.

2 UNWTO, 2014, 6.

3 Per una evoluzione della attività termale in Italia cfr. Berrino, 2011, 72-118; 2014. Becheri, 2012.

4 Barucci et al. 1998.

5 Le località con sorgenti minerali sono in realtà 450, ma solo parte di esse è provvista di strutture che ne garantiscono lo sfruttamento.

competenze tra Stato, Regioni e Comuni<sup>6</sup>. La Costituzione, agli articoli 117 e 118, prevede le competenze legislative ed amministrative per le acque minerali e termali, affidandole alle Regioni.

Nel 1957 con il Decreto Ministeriale del 20 Aprile le terme sono trasferite, quali aziende patrimoniali, al Ministero delle Partecipazioni Statali; con la successiva creazione dell'EAGAT, l'Ente Autonomo per la Gestione delle Attività Termali, vengono trasferite a tale organismo con la Legge n. 649 del 1960.

L'EAGAT è stato poi soppresso con la Legge n. 641 del 1978, legge che ha trasferito all'EFIM, l'Ente per la Partecipazione ed il Finanziamento delle Industrie Manifatturiere, le partecipazioni azionarie dell'EAGAT. L'EFIM ha finito col gestire le 13 aziende termali pubbliche fino al 1992. In quell'anno, infatti, il Decreto Legge n. 487 stabiliva che le aziende dell'ex EAGAT fossero sottoposte alla competenza del Ministero dell'Industria, a cui era affidato il compito di predisporre un programma per il riordino del settore termale<sup>7</sup>.

Infine, tra il 1994 ed il 1995, sono state trasferite le azioni e le competenze dell'ex EAGAT al Ministero del Tesoro, che a sua volta ha dato mandato all'Istituto per la Ricostruzione Industriale (IRI), per il riassetto del comparto.

Le due leggi Bassanini<sup>8</sup> hanno disposto la privatizzazione e la regionalizzazione delle terme che erano state di proprietà dell'EAGAT e che al momento dell'emanazione, come si è detto, erano gestite dall'IRI. Quindi, le leggi Bassanini hanno trasferito ai Comuni e alle Regioni interessate, a titolo gratuito, il pacchetto azionario, i beni, il personale, i patrimoni e i marchi delle aziende termali prima gestite dall'EAGAT.

Generalmente, l'utilizzo degli impianti era stato sempre riservato ad una clientela facoltosa e, oltre che per la sua funzione curativa, il soggiorno era vissuto come momento di intrattenimento sociale ed intellettuale. Nelle terme, quindi, è sempre stata presente una combinazione fra aspetti curativi ed intrattenimento, anche se, ovviamente, questo connubio ha subito dei mutamenti nel lungo periodo.

A tal riguardo si potrebbe usare la seguente periodizzazione per individuare gli aspetti più interessanti del settore e vedere come questo si sia trasformato seguendo i cambiamenti economici e sociali del sistema economico nazionale.

In una prima fase, che va all'incirca dalla fine dell'Ottocento agli anni Trenta del Novecento, il "prodotto" termale ha una forte connotazione curativa: ciò innanzitutto a causa della concorrenza dei soggiorni balneari. Si pensa infatti di sfruttare l'elemento che differenzia il soggiorno alle terme da un soggiorno al mare, ovvero la possibilità di curarsi, di rimettersi in salute, di rigenerare il proprio organismo.

La svolta si ha a partire dagli anni Trenta del Novecento, con lo sviluppo in Italia del Servizio Sanitario Nazionale, attraverso il quale le cure termali vengono garantite ad un numero sempre maggiore di persone. Così il turismo termale, da fenomeno d'élite,

6 Legge n. 281 del 1970; Decreto Presidente della Repubblica n. 2 del 1972; Decreto Presidente della Repubblica del 24.7.1976; Legge n. 833 del 1978.

7 Legge n. 202 del 1993.

8 Legge n. 59 del 1997 e Legge n.127 del 1997.

si trasforma in fenomeno di massa e richiede un intervento più incisivo, che solo lo Stato può affrontare.

Questa “rivoluzione” del settore si ha tra il 1930 ed il 1970. Le terme si caratterizzano sempre più come luogo di prevenzione e cura globale, dedicate alle terapie per il benessere del corpo, dell’aspetto esteriore e di quello interiore, attraverso l’utilizzo di tutte le tecniche possibili, da quelle tradizionali della medicina, a terapie naturali, fino ad avvalersi di terapie orientali.

Gli anni Settanta e Ottanta del Novecento rappresentano un periodo di transizione durante il quale le sovvenzioni concesse a coloro che, per esigenze terapeutiche, ottengono prestazioni di cure termali, vanno nel tempo dilatandosi per l’assenza di controlli e a causa di una bassa coscienza civica, tanto che molti ne usufruiscono non per necessità ma al solo fine di incrementare il proprio periodo annuale di ferie. Il periodo da dedicare alle cure alle terme spesso precede o segue (in continuità) quello delle ferie canoniche. Questo malcostume dura fino agli inizi degli anni Novanta, quando il sistema termale si trova nella situazione di non poter più far ricorso alle risorse del Sistema Sanitario Nazionale. Oltre a dover trovare le forze di reggersi in piedi da solo, il comparto termale, per recuperare posizioni, si deve necessariamente impegnare per rilanciare l’immagine del settore, immagine che nel tempo è andata degenerando a causa della scarsa qualità del servizio e dell’assenza di un valido supporto scientifico; le ricerche in questo campo, infatti, risalgono agli anni Sessanta del Novecento. L’insieme di tutte queste componenti conduce a disaffezione e a scarsa fiducia verso le cure e verso tutto il settore termale, traducendosi in un calo considerevole delle prestazioni e in una crisi del settore.

Per ridare credibilità al termalismo, negli anni Novanta viene promosso dal Ministero della Sanità e dall’Associazione delle Terme (Federterme, Unionterme e Assoterme) un progetto medico denominato NAIAD. Lo scopo principale di questo progetto, partito nel 1996 e durato 3 anni, è quello di studiare scientificamente l’efficacia delle cure somministrate all’interno delle strutture termali italiane (in tutto sono stati coinvolti 297 stabilimenti). Il progetto NAIAD doveva costituire lo strumento per rinviare il settore termale e garantire nuovo slancio ad un ambito, quale quello della salute e del benessere fisico ed estetico, che potenzialmente aveva notevoli margini di miglioramento.

Sempre allo scopo di mantenere sotto controllo le condizioni del settore termale, nel 1996 vengono istituiti l’Osservatorio Nazionale sul Termalismo e gli Osservatori Regionali, con il compito di disegnare anche una strategia di marketing di prodotto globale e nazionale, superando le precedenti strategie di marketing territoriali, incentrate sul ruolo delle singole località e dei singoli sistemi di cura.

Da una ricerca svolta dal Centro Studi della Federterme nel 1995, emerge che l’Italia era tra tutti i Paesi europei quello che riconosceva il ciclo di cura più breve, 12 giorni, ovvero circa la metà dei giorni di cura previsti dal Servizio Sanitario Nazionale in Francia, Russia, Belgio, Svizzera, Ungheria e Slovacchia. Anche la quota a carico della Sanità Pubblica, pari al 50%, non era tra le più alte in Europa.

L’attività termale costituisce anche un complesso fenomeno economico a causa sia degli aspetti legati alla risorsa originaria sia degli immobili concessi, nonché per le attività di impresa che su queste due componenti si sono sviluppate. Dopo il ridimensionamento prodotto dalla crisi, il settore termale italiano si è stabilizzato su posizioni che prevedono la presenza di più di 950 impiegati diretti, oltre 1.200 collaboratori e paramedici, 3.900 lavoratori stagionali e circa 1.500 lavoratori occasionali<sup>9</sup>. Complessivamente tutto il comparto dà lavoro a circa 11.000 persone, ed è paragonabile ad una grande azienda. All’interno dell’economia nazionale l’incidenza è relativamente ridotta, ma cresce se si prendono in considerazione, in aggiunta alla componente tipicamente termale, anche le unità di lavoro attivate nel settore dell’ospitalità, in quello dell’intrattenimento e negli altri servizi. Così, l’occupazione nel settore termale, calcolando sia quella diretta che quella indotta, è stimabile in circa 30.000 unità.

Le cure termali crescono proporzionalmente con gli anni, non sono molto praticate dai soggetti sino ai quarant’anni, ma poi diventano abbastanza diffuse tra i 40-60 anni, per essere, infine, molto utilizzate tra gli ultra-sessantenni, dei quali quasi la metà dichiara di farne uso. E’ possibile un enorme sviluppo di questo settore: se solo il 17% dei turisti intervistati pratica attività orientate al benessere fisico, ben il 74% dei soggetti intervistati dichiara di essere disposto a dedicare un periodo di tempo nel corso dell’anno alla cura della propria salute, mentre il 26% della popolazione non si dichiara disposto a privarsi di tempo utile ad altre attività per dedicarlo alle cure per il mantenimento della salute. Esiste quindi un potenziale di mercato, una domanda insoddisfatta pari al 57%: una percentuale molto alta, che fa intravedere ottime prospettive di sviluppo<sup>10</sup>.

Confrontando le presenze e gli arrivi del settore termale all’interno dell’intero settore turistico italiano, si nota che il termalismo ha un peso marginale. Infatti, gli arrivi nelle città termali rappresentano circa il 3,5% degli arrivi nelle località turistiche nazionali, mentre le presenze si assestano intorno al 5% del totale italiano<sup>11</sup>.

La permanenza media (presenze divise per il numero degli arrivi) dei turisti termali è più lunga rispetto a quella media del turismo nazionale. Nel 1990, per esempio, mentre i turisti soggiornavano in media per quattro giorni, per i turisti termali il soggiorno durava tra sei e sette giorni. Nel 2000 il soggiorno medio, in generale, restava di circa quattro giorni, non molto diverso quello termale che scendeva a cinque.

Il termalismo ha avuto negli anni un andamento che si è discostato molto da quello del settore turistico italiano. In particolare, mentre il turismo termale viveva il suo periodo di crisi, il turismo nazionale si affermava sempre di più, tanto che gli esperti hanno parlato di un vero e proprio “boom”, con risultati che superavano di gran lunga le più ottimistiche previsioni.

La situazione delle terme è stata stazionaria tra il 1986 ed il 1991: in questo periodo il numero delle cure termali è rimasto

9 Assoterme, IRI, Federterme e Unionterme, 1996.

10 Consorzio Toscana Termale, 1997.

11 Istat, 1997.

grossomodo invariato. Successivamente, a seguito dei provvedimenti restrittivi del Servizio Sanitario Nazionale, a partire dal 1992 si è registrato un crollo nel numero delle cure effettuate, che sono diminuite di circa il 40% tra il 1991 ed il 1995<sup>12</sup>. Il numero dei curandi, nel periodo 1991-1995, è drasticamente diminuito, passando dal 1,7 al 1,1 milioni, con una diminuzione di circa il 35%. Nello stesso periodo, al calo delle prestazioni termali si è accompagnata una forte diminuzione del fatturato totale direttamente attivato dalle terme, che è passato da 388 a 291 miliardi con un calo del 25%, mentre il fatturato verso il Servizio Sanitario Nazionale per le cure termali è diminuito del 45%, passando da 229 a 124 miliardi<sup>13</sup>.

Le grandi stazioni termali hanno denunciato diminuzioni più contenute rispetto alle piccole, fenomeno questo ascrivibile alle attrattive turistiche offerte dalle località maggiori, le quali sono in grado di offrire alle varie tipologie di turisti una vacanza che non si riduce alle sole cure termali. Nel 1996 si è verificata nel settore termale un'inversione di tendenza: rispetto all'anno precedente le prestazioni curative sono aumentate del 3% ed il fatturato addirittura dell'8%, tornando a superare la quota dei 300 miliardi annui, valore che non veniva più raggiunto dal 1992<sup>14</sup>. Tali aumenti sono dovuti soprattutto alla svalutazione della lira, fenomeno che richiamava diversi turisti stranieri grazie al rapporto tra moneta nazionale e valuta straniera per essi più vantaggioso.

Oggi, per rilanciare il termalismo italiano in modo che garantisca un apporto costante al settore turistico e non resti solo di nicchia, le singole strutture termali dovrebbero dar vita ad un disegno unitario per l'intero settore. E' necessario che le diverse strutture, sparse sul territorio italiano, rinuncino ai loro interessi campanilistici e diano vita ad un progetto comune. Da parte loro, le aziende termali pubbliche e private devono continuare l'opera di risanamento della loro immagine. A questo fine, i gestori devono essere sempre pronti ad interpretare nel migliore dei modi le esigenze di una domanda in continua evoluzione.

Le strutture termali dovrebbero curare il contesto ambientale in cui nascono per attrarre la domanda più sensibile sotto il profilo naturalistico e artistico; migliorare le attrezzature terapeutiche; rendere sempre più qualificato il personale. Dovrebbero quindi essere valorizzate, da una parte, le attività curative tradizionali, e dall'altra si dovrebbero cogliere le opportunità di una diversificazione dell'offerta verso modelli termali innovativi, quali i centri salute e le piscine termali; tutto ciò per avere benefici effetti in termini di attrattività e qualità del servizio, ed anche per richiamare nuove fasce di clientela con diverse possibilità di durata del soggiorno.

#### ALLE ORIGINI DEL TERMALISMO SOCIALE IN ITALIA.

#### L'ISTITUTO NAZIONALE FASCISTA PER LA PREVIDENZA SOCIALE E LE CURE TERMALI

I presupposti per la trasformazione che avrebbe caratterizzato il settore termale in Italia per il resto del Novecento furono

12 Dati tratti da Assoterme, IRI, Federterme e Unionterme, 1996.

13 Ibidem.

14 Barucci et al. 1997.

creati negli anni tra le due guerre. Dagli anni Venti lo Stato italiano iniziò ad introdurre le prime norme che, nel tempo, avrebbero consentito ad un numero sempre crescente di lavoratori di accedere a cure termali gratuite o semigratuite, il cui costo sarebbe stato supportato da fondi mutualistici pubblici.

Questa svolta coincise cronologicamente con l'esaurirsi della precedente fase evolutiva del settore termale italiano che, sia pure in ritardo, nel corso dell'Ottocento aveva recepito quelle trasformazioni che in altri paesi europei avevano incarnato il passaggio dal prototurismo al turismo moderno<sup>15</sup>. Ridisegnato in funzione di un crescente ruolo delle componenti ludiche e ricreative, il termalismo d'élite ottocentesco andava esaurendosi nell'Italia del nuovo secolo per l'affermarsi di altre mode turistiche; tuttavia, il coinvolgimento di nuove fasce sociali non giungeva ancora a creare un segmento di domanda sostitutivo quantitativamente sufficiente ad innescare una nuova fase di sviluppo sostenuto.

È in questo contesto che si inseriscono i provvedimenti che porteranno l'ente statale preposto a gestire le assicurazioni obbligatorie per l'invalidità e la vecchiaia a un coinvolgimento diretto nel settore termale. In Italia, l'istituzione di forme assicurative previdenziali pubbliche che integrassero e poi sostituissero il mutuo soccorso privato aveva avuto una lunga gestazione attraversando diverse fasi<sup>16</sup>. Uno dei momenti più significativi si colloca negli ultimi anni dell'Ottocento, con la creazione, in ritardo rispetto ad altri stati europei, della Cassa Nazionale per l'Invalidità e la Vecchiaia degli Operai, che gestiva un'assicurazione ancora su base volontaria ma integrata dall'intervento dello Stato<sup>17</sup>. L'obbligatorietà, così come l'estensione del sistema assicurativo pubblico a tutte le categorie di lavoratori dipendenti del settore privato, fu sancita dopo poco più di un ventennio, nel 1919, con la trasformazione dell'istituto originario nella Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali<sup>18</sup>. Negli anni successivi, fino all'inizio degli anni Quaranta, a questo ente pubblico furono attribuiti compiti previdenziali ulteriori rispetto a quelli originari relativi ad invalidità e vecchiaia –tra i più rilevanti quelli concernenti le assicurazioni per maternità, disoccupazione, tubercolosi, assegni familiari, integrazione guadagni– facendolo divenire un elemento centrale del sistema delle assicurazioni sociali<sup>19</sup>. Nel 1933, esso assunse il nome di Istituto Nazionale Fascista per la Previdenza Sociale (INFPS), denominazione che richiamava esplicitamente il ruolo assegnato a tale ente “quale organo unitario per l'attuazione della politica fascista in materia di previdenza sociale”<sup>20</sup>.

Nel passato non erano mancati in Italia esempi di iniziative pubbliche volte a consentire la fruizione di cure termali a categorie sociali che altrimenti non sarebbero state economicamente

15 Battilani, 2009, 224-239, 239-242, 260.

16 Per quadro comparativo in chiave continentale si rinvia a Ritter, 1996. Sulla storia dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale si vedano: INPS s.d., INPS, 1970. Gustapane, 1989. Melis, 1989. Giorgi, 2004.

17 Legge 17 luglio 1898, n. 350.

18 Decreto Legislativo Luogotenenziale 21 aprile 1919, n. 603. Nel corso degli anni, la Cassa aveva assorbito i fondi previdenziali già attivi per i lavoratori di diversi settori di attività; INPS, s.d.

19 INPS, s.d..

20 *Atti parlamentari, Senato del Regno, sessione 1934-1938, Legislatura XXIX, Atti interni, vol. VII, n. 700, Roma, Tipografia del Senato, 1939, p. 2.*

in grado di usufruirne. Tra i primi interventi, si ricordano quelli dei re di Sardegna nella stazione termale di Acqui in Piemonte tra la fine del Settecento e la metà del secolo successivo, volti a creare, tra l'altro, strutture per cure termali gratuite a favore di lavoratori poveri<sup>21</sup>.

Nel tempo, l'auspicio che l'accesso alle cure termali fosse sempre più esteso alle classi popolari si fece strada nel mondo scientifico e politico. In occasione del suo decimo congresso nazionale, nel 1910, l'Associazione Italiana di Idrologia e Climatologia modificò il proprio statuto per introdurre tra gli obiettivi sociali la promozione della fondazione di istituti popolari di balneo-terapia e di idro-terapia<sup>22</sup>. Nel 1922, il Quinto congresso italiano di medicina del lavoro espresse voti affinché le cure balneotermali fossero sempre più utilizzate per prevenire la cronicità delle malattie dei lavoratori<sup>23</sup>.

Pochi anni prima, anche la sezione dedicata all'Igiene sociale della cosiddetta Commissione per il dopoguerra, nella seduta del 4 novembre 1918, aveva chiesto l'intervento governativo affinché si realizzassero in Italia forme di assistenza termale di carattere popolare<sup>24</sup>.

Durante i primi decenni del Novecento, tra i più attivi in quest'opera di sensibilizzazione vi fu il professor Luigi Devoto, direttore della Clinica delle Malattie Professionali dei Regi Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano. Devoto affermava che le stazioni climatiche e termali sarebbero dovute essere accessibili non solo ai ceti più abbienti, ma anche a tutti gli altri strati sociali; in particolare, egli sottolineava come per le classi lavoratrici tale risultato sarebbe stato raggiunto solo attraverso le assicurazioni sociali<sup>25</sup>. Nel giro di alcuni anni, l'auspicio che lo Stato si adoperasse per avvicinare in modo non più solo episodico i lavoratori alle cure termali avrebbe iniziato a realizzarsi attraverso l'istituzione pubblica di previdenza sociale.

Il primo presupposto normativo per il coinvolgimento dell'ente previdenziale nell'erogazione di cure termali può essere ravvisato nel Decreto Legislativo Luogotenenziale n. 603 del 1919. Chiarito che lo scopo principale dell'assicurazione obbligatoria contro invalidità e vecchiaia era l'erogazione di una pensione, l'art. 3 citava tra le finalità aggiuntive anche "la prevenzione e la cura dell'invalidità"<sup>26</sup>; con identica formulazione, tali indicazioni furono ribadite dall'art. 3 del Regio Decreto Legge 30 dicembre 1923, n. 3184.

A metà degli anni Trenta –con il Regio Decreto Legge 4 ottobre 1935, n. 1827 *Perfezionamento e coordinamento legislativo*

*della previdenza sociale*<sup>27</sup>– il legislatore diede un'ulteriore conferma a tale indirizzo<sup>28</sup>, ma si spinse anche oltre creando le basi normative per l'ingresso diretto dell'INFP nel settore termale. Nella sezione III del decreto, significativamente intitolata *Provvedimenti per attenuare i rischi assicurativi*, l'art. 81 definiva le motivazioni che giustificavano un intervento che andasse oltre la semplice corresponsione della pensione da parte dell'INFP in caso d'invalidità dell'assicurato. Se l'invalidità del lavoratore poteva essere ritardata o evitata attraverso cure mediche, chirurgiche o con il ricovero in idonei istituti di cura, oppure se l'invalidità già accertata poteva essere eliminata o attenuata, l'Istituto previdenziale poteva ricorrere ad interventi terapeutici sopportandone il costo per intero<sup>29</sup>. Se, invece, le cure o il ricovero erano funzionali solo al generico miglioramento delle condizioni di salute dell'assicurato o del pensionato, senza poter incidere significativamente sull'invalidità già manifestatasi o futura, l'INFP poteva ugualmente avviare un percorso terapeutico ma chiedendo ai pazienti il concorso alle spese necessarie. Lo scopo della norma era implicitamente duplice: anzitutto ci si proponeva di favorire il miglioramento o la stabilizzazione dello stato di salute degli assicurati –tra l'altro, con effetti positivi sulla produttività sul lavoro– ma, al tempo stesso, si mirava a conseguire anche vantaggi finanziari per l'Istituto di previdenza. Le cure somministrate agli assistiti, in misura gratuita o semigratuita a seconda dei casi, si configuravano come un intervento volto ad evitare, rinviare o ridurre maggiori oneri finanziari futuri legati all'erogazione di pensioni d'invalidità da parte dell'Istituto.

In quest'ottica, un altro elemento della strategia di intervento preventivo prevista dal legislatore era rappresentato dalla facoltà data all'INFP di intervenire per la prevenzione o la cura dell'invalidità anche servendosi di "ospedali, convalescenziari, stabilimenti termali, ambulatori, preventori" gestiti direttamente (art. 83)<sup>30</sup>. In realtà, l'esplicito riferimento agli stabilimenti termali non faceva che sancire una tipologia di intervento che l'Istituto praticava da anni.

L'allora Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali aveva avviato il primo esperimento quantitativamente significativo di erogazione di cure termali per i lavoratori assistiti già nel 1925, inviandone un consistente gruppo a Salsomaggiore<sup>31</sup>, dove, alcuni anni dopo, avrebbe realizzato la sua prima struttura idrotermale gestita direttamente, le Terme Operaie. Dal 1928, l'iniziativa assunse un carattere e una struttura organizzativa più definita; il numero dei lavoratori assistiti crebbe così come quello delle stazioni termali coinvolte.

21 Francioni e Balducci, 1955, 450.

22 Ibidem.

23 Ibidem.

24 La Commissione centrale per lo studio e le proposte di provvedimenti occorrenti al passaggio dallo stato di guerra allo stato di pace fu istituita con il Decreto Luogotenenziale 30 giugno 1918. A presiederla era il Presidente del Consiglio dei Ministri V.E. Orlando.

25 Francioni e Balducci, 1955, 450-451.

26 Il Regolamento esecutivo del Regio Decreto Legge n. 603 del 1919 - approvato con il Regio Decreto 29 febbraio 1920 n. 245 - prevedeva a tale scopo che la Cassa nazionale per le assicurazioni sociali potesse "agevolare con la concessione di mutui, la creazione e il funzionamento di istituzioni igienico-sanitarie"; INPS, 1970, 435.

27 Convertito con modificazioni nella Legge 6 aprile 1936, n. 1155. In merito, si veda anche la relazione che accompagnò il provvedimento in Parlamento; *Atti parlamentari, Senato del Regno, sessione 1934-1938, Legislatura XXIX, Atti interni, vol. VII, n. 700*, Roma, Tipografia del Senato, 1939.

28 L'art. 4 stabiliva che "l'Istituto può gestire servizi assistenziali e attuare provvidenze intese a prevenire od attenuare i rischi delle assicurazioni obbligatorie e intensificare i vantaggi di queste, mediante convalescenziari, case di cura, ambulatori antitraumatismi, ed altre analoghe attività".

29 Addirittura, l'art. 82 prevedeva la sospensione dell'erogazione della pensione per gli invalidi che avessero rifiutato tali interventi terapeutici.

30 Non diversamente da quanto previsto dall'art. 66 riguardo alla prevenzione e cura della tubercolosi.

31 INPS, 1970, 435. Alcuni anni prima, gli stabilimenti di Salsomaggiore, una delle più importanti stazioni termali italiane, erano stati acquisiti dallo Stato: Ministero delle Finanze, 1929; Berrino, 2011, 186-188.

Parallelamente all'esaurirsi del cosiddetto termalismo ludico, per il settore termale italiano iniziò così in quegli anni a svilupparsi una nuova fase, alla quale nel secondo dopoguerra sarebbe stata attribuita la denominazione di termalismo sociale<sup>32</sup>. A caratterizzarla, la prevalente sanitarizzazione del settore con il ritorno al prevalere delle motivazioni terapeutiche indotto da un intervento dello Stato. Fu l'inizio della lunga fase del termalismo pubblico convenzionato, negli anni totalizzante; il settore termale divenne uno strumento del *welfare state* italiano nell'ambito del sistema delle assicurazioni sociali e, successivamente, anche del Servizio Sanitario Nazionale<sup>33</sup>. Ne derivò uno straordinario sovradimensionamento della domanda, ma il prevalente intervento pubblico avrebbe posto di fatto il settore fuori dai meccanismi di mercato. Per far fronte ai nuovi caratteri assunti dalla richiesta di cure termali, molti stabilimenti furono ristrutturati per essere adattati ad una fruizione di massa<sup>34</sup>.

Questa lunga fase durò fino alla metà degli anni Settanta, per poi sfociare in quella del cosiddetto termalismo assistito, fino alla metà degli anni Ottanta, in cui molti dei caratteri appena delineati si accentuarono. Inoltre, si evidenziò anche la sostanziale incapacità da parte del settore di percepire i mutamenti in atto, ad esempio approfittando delle opportunità di integrazione con il settore del benessere in progressiva crescita<sup>35</sup>. Nel frattempo, l'accesso quasi indiscriminato a cure termali pagate dal Servizio Sanitario Nazionale produsse una crisi di credibilità del sistema. L'introduzione di limiti più restrittivi per l'erogazione delle cure sovvenzionate, anche in relazione alle crescenti difficoltà della finanza pubblica, finirono per causare una grave crisi del sistema termale italiano, che innescò una ridefinizione del settore, tuttora in atto. Il settore, quindi, attraverserà ulteriori fasi evolutive<sup>36</sup>.

Per analizzare l'evoluzione delle attività termali riconducibili all'Istituto previdenziale italiano che dal 1943, con la caduta del fascismo, prese l'attuale denominazione di Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS), non è purtroppo possibile ricorrere alla cospicua documentazione prodotta negli anni dal Servizio Sanitario dell'Istituto, organo competente al riguardo, quasi interamente perduta a seguito di scarti archivistici<sup>37</sup>. Tuttavia, è stato possibile reperire dati statistici che in parte suppliscono a tale carenza, soprattutto per il periodo che giunge alla fine degli anni Sessanta.

Nel corso di quarant'anni, dal 1928 al 1968, quasi 1,1 milioni di lavoratori e pensionati italiani furono ammessi dall'Istituto previdenziale pubblico alle cure termali assistite (Tabella 1 e Grafico 1); in media, nell'intero periodo, circa 30.000 ogni anno<sup>38</sup>.

32 Francioni e Balducci, 1955.

33 Becheri e Quirino, 2012, 13-17.

34 Ibidem.

35 Ibidem.

36 Ibidem.

37 Sull'Archivio Storico dell'INPS, si rinvia a INPS, 2004. La documentazione superstite sugli impianti termali di proprietà dell'Istituto riguarda sostanzialmente gli aspetti patrimoniali: Archivio Storico dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (ASINPS), Direzione generale, VI Servizio patrimoniale, 3. Ufficio II - Immobiliare, 3. P. Stabilimenti termali. Si veda al riguardo la scheda descrittiva della sottoserie *Stabilimenti termali*, nel database dell'ASINPS, curata da B. de Iudicibus.

38 INPS, 1970, 436. Nel valutare tali cifre va sottolineato come molti degli assistiti, nel corso degli anni, venivano sottoposti a più di un ciclo di cure termali.

Tabella 1. Assistiti per cure termali dall'INFP e dall'INPS (1928-1968)

Anno	Assistiti	Anno	Assistiti
1928	2.513	1950	21.350
1929	2.766	1951	28.434
1930	3.144	1952	33.733
1931	3.923	1953	40.621
1932	5.542	1954	42.835
1933	7.201	1955	48.394
1934	10.574	1956	49.452
1935	12.109	1957	49.402
1936	15.783	1958	49.558
1937	20.720	1959	48.755
1938	24.294	1960	49.390
1939	26.217	1961	51.170
1940	28.761	1962	51.401
1941	14.811	1963	52.474
1942	11.499	1964	52.925
		1965	52.559
1947	3.360	1966	51.849
1948	9.279	1967	50.931
1949	14.844	1968	51.228

Fonte: INPS, 1970, 436.

Dalle cifre inferiori alle 3.000 unità della fine degli anni Venti si assiste ad un progressivo incremento che porta il numero degli assistiti a sfiorare i 29.000 nel 1940. La guerra produrrà una brusca inversione di tendenza nei due anni successivi e l'interruzione delle cure termali a carico dell'ente pubblico dal dicembre 1942<sup>39</sup>. Fino a quell'anno erano stati quasi 190.000 i lavoratori ammessi dall'INFP alle cure termali; mediamente, 13.000 ogni anno.

Terminato il conflitto, superato il periodo durante il quale molte delle strutture termali erano state requisite per esigenze militari<sup>40</sup>, ripristinati gli impianti che avevano subito danni o saccheggi, l'erogazione delle cure ricominciò nel corso del 1947, espandendosi molto rapidamente. Già all'inizio degli anni Cinquanta gli assistiti avevano nuovamente raggiunto livelli equivalenti ai massimi del 1940, per poi oltrepassarli decisamente. A metà decennio il numero tende a stabilizzarsi, avvicinandosi alle 50.000 unità, cifra che verrà superata di poco agli inizi degli anni Sessanta, fino ad un massimo di quasi 53.000 nel biennio 1964-1965<sup>41</sup>. Dalla ripresa fino al 1968, 904.000 persone usufruirono delle cure termali erogate direttamente o indirettamente dall'INPS, con una media annua di oltre 41.000.

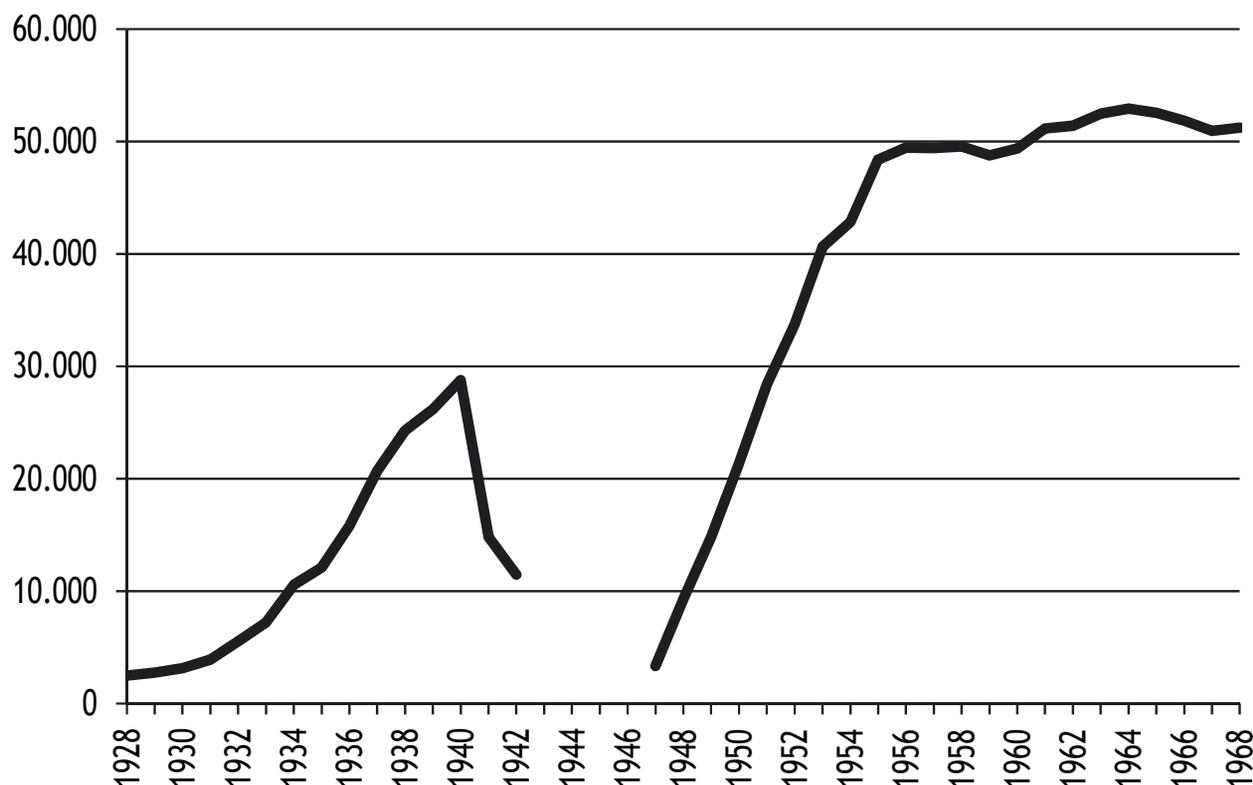
Nel giro di pochi anni, tuttavia, i livelli raggiunti negli anni Sessanta erano destinati ad essere largamente superati; dalla metà del decennio successivo gli ammessi alle cure tornarono a

39 INPS Servizio Statistico Attuariale 1951, 70.

40 Nel caso delle terme di La Fratta e, soprattutto, di quelle di S. Giuliano le cure termali ripresero con ritardo in quanto le strutture erano state momentaneamente convertite ad ospedale per accogliere i malati di tubercolosi: INPS Servizio Sanitario, 1949, 602.

41 Per il periodo successivo sono ancora in corso di reperimento dati altrettanto completi.

Grafico 1. Assistiti per cure termali dall'INFP e dall'INPS (1928-1968)



Fonte: cfr. Tabella 1.

crescere a ritmo impetuoso: nel 1975 superarono le 74.000 unità –più 40% rispetto al 1964– e l'anno successivo furono più di 93.000 (+75%)<sup>42</sup>.

I dati disponibili consentono di avere un quadro più dettagliato fino al 1954<sup>43</sup>. Riguardo alla distribuzione regionale delle cure erogate per l'assistenza dei lavoratori assicurati presso l'INPS, emerge una concentrazione piuttosto marcata in alcune regioni, soprattutto settentrionali (Tabella 2)<sup>44</sup>.

Del tutto prevalente è il ruolo delle terme situate in Emilia Romagna. Tra il 1928 e il 1954, in quella regione furono utilizzate fino a cinque stazioni termali per assistere circa 168.000 lavoratori, il 44,5% del totale. Per importanza dei flussi, seguono le terme in Veneto, più di 83.000 lavoratori (22,1%), in Toscana, 44.000 (11,7%), e in Lombardia, con oltre 26.000 (6,9%).

Nel complesso, nelle stazioni termali delle prime quattro regioni fu accolto l'85,4% del totale degli assistiti. Le terme delle regioni settentrionali prevalgono nettamente con quasi il 76% dei trattamenti; il contributo delle terme situate nelle regioni centrali, invece, arriva appena a sfiorare il 13%, mentre quello delle terme meridionali, di poco inferiore, si attesta all'11,5%.

42 ISTAT, 1979, 9. Ossi, 1978.

43 INPS Servizio Sanitario, 1949; 1955.

44 Anche se non tutte contemporaneamente, fino al 1954 l'INPS utilizzò 34 stazioni termali. Dalle quattro iniziali, il numero di quelle utilizzate annualmente crebbe rapidamente fino ad un massimo di 22 nel 1937, quando si registrò la massima diffusione geografica del fenomeno. Dopo la ripresa, livelli analoghi furono raggiunti già all'inizio degli anni Cinquanta. Nel dopoguerra, altre stazioni si aggiunsero a quelle utilizzate prima del conflitto.

Tabella 2. Distribuzione per regione dei trattamenti termali erogati dall'INFP e dall'INPS (1928-1954)

Regioni	Stazioni termali	Ammessi alle cure termali	% sul totale
Emilia Romagna	5	168.169	44,5
Veneto	2	83.318	22,1
Toscana	2	44.093	11,7
Lombardia	4	26.163	6,9
Campania	3	19.254	5,1
Calabria	3	8.736	2,3
Puglia	2	7.229	1,9
Piemonte	3	7.095	1,9
Marche	1	4.402	1,2
Abruzzo	1	4.340	1,1
Sicilia	5	2.130	0,6
Sardegna	1	1.708	0,5
Trentino Alto Adige	1	736	0,2
Lazio	1	391	0,1
Totale	34	377.764	100,0

Fonte: elaborazioni su dati tratti da INPS Servizio Sanitario, 1949; 1955.

Qualche differenza in termini di distribuzione geografica dei trattamenti si nota distinguendo tra la fase precedente l'interruzione bellica e quella successiva. Nel dopoguerra hanno un peso più rilevante le terme in Campania (5,8%), che nel periodo 1948-1954 si collocano in quarta posizione, al posto di quelle

Tabella 3. Assicurati ammessi alle cure termali dall'INFPS e dall'INPS distinti per stabilimento termale (1928-1954)

<i>Stabilimenti termali</i>	<i>Provincia</i>	<i>Regione</i>	<i>Tipo di gestione</i>	<i>Totale</i>	<i>%</i>
Salsomaggiore	Parma	Emilia Romagna	D	132.586	35,1
Battaglia	Padova	Veneto	D	80.350	21,3
San Giuliano	Pisa	Toscana	D	41.495	11,0
La Fratta	Forlì	Emilia Romagna	D	18.711	5,0
Trescore	Bergamo	Lombardia	C	13.603	3,6
Tabiano	Parma	Emilia Romagna	C	10.513	2,8
Pozzuoli	Napoli	Campania	C	9.631	2,5
Sirmione	Brescia	Lombardia	C/D	8.137	2,2
Castellammare	Napoli	Campania	C/D	6.872	1,8
Santa Cesarea	Lecce	Puglia	C	6.481	1,7
Guardia Piemontese	Cosenza	Calabria	C	6.065	1,6
Valdieri	Cuneo	Piemonte	C	4.585	1,2
Acquasanta	Ascoli	Marche	C	4.402	1,2
Caramanico	Pescara	Abruzzo	C	4.340	1,1
Salice	Pavia	Lombardia	C	4.209	1,1
Bagno di Romagna	Forlì	Emilia Romagna	C	3.461	0,9
Abano	Padova	Veneto	C	2.968	0,8
Riolo	Ravenna	Emilia Romagna	C	2.898	0,8
Agnano	Napoli	Campania	C	2.751	0,7
San Casciano	Siena	Toscana	C	2.598	0,7
Acqui	Alessandria	Piemonte	C	2.446	0,6
Cassano Jonio	Cosenza	Calabria	C	2.340	0,6
Sciacca	Agrigento	Sicilia	C	1.480	0,4
Acireale	Catania	Sicilia	C	1.046	0,3
Margherita di Savoia	Foggia	Puglia	C	748	0,2
Comano	Trento	Trentino Alto Adige	C	736	0,2
Sardara	Cagliari	Sardegna	C	452	0,1
Viterbo	Viterbo	Lazio	C/A/D	391	0,1
Ali Marina	Messina	Sicilia	C	342	0,1
Locri Antonina	Reggio Calabria	Calabria	C	331	0,1
Castroreale	Messina	Sicilia	C	286	0,1
Santa Venera	Catania	Sicilia	C	232	0,1
Rivanazzano	Pavia	Lombardia	C	214	0,1
Vinadio	Cuneo	Piemonte	C	64	0,0
Totale				377.764	100,0

Fonte: INPS Servizio sanitario, 1949; 1955.

Note: A: in appalto; C: in convenzione; D: diretta da parte dell'INPS.

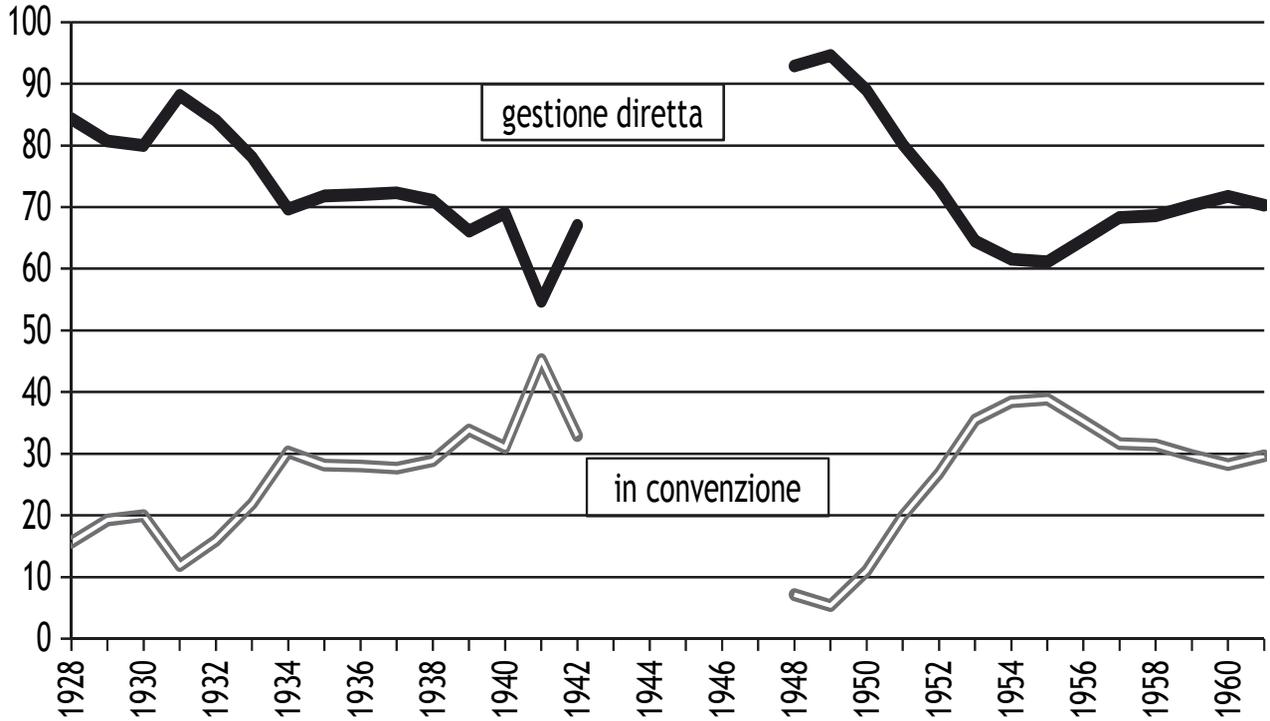
lombarde scivolata in decima con appena lo 0,7% degli assistiti. Ciò contribuisce all'aumento dall'8 a quasi il 15% della quota delle terme meridionali e insulari. Allo stesso tempo, si riduce dal 78 al 74% quella delle terme settentrionali, nonostante gli assistiti nelle terme emiliano-romagnole crescano fino a superare il 50% del totale. Diminuisce dal 14 a poco meno del 12% anche il contributo di quelle dell'Italia centrale.

I dati relativi ai singoli stabilimenti termali, riportati nella Tabella 3, offrono ulteriori indicazioni sulle modalità di erogazione

delle cure offerte dall'INPS, consentendo di valutare anche l'entità dei flussi di assistiti accolti nelle strutture gestite direttamente dall'INPS rispetto a quelli affluiti presso le terme convenzionate.

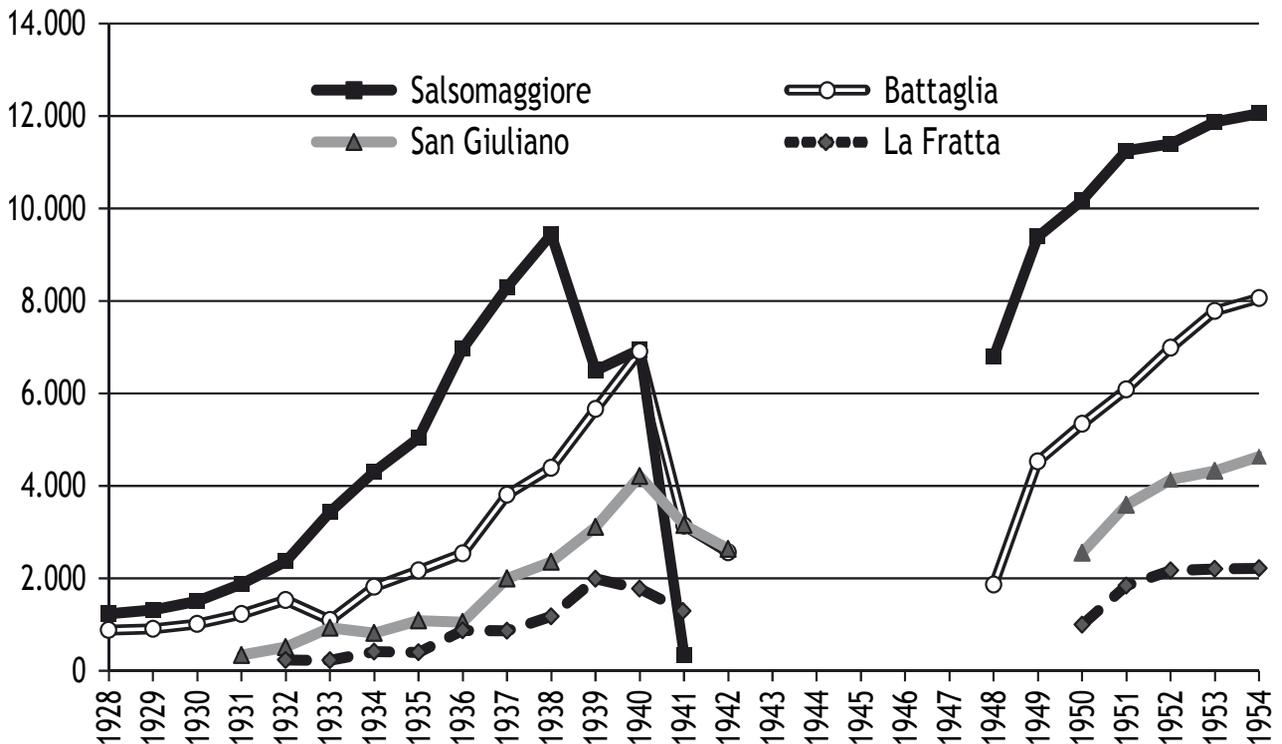
I flussi complessivi per l'intero periodo sono di entità fortemente diseguale nelle diverse stazioni termali. Ai primi quattro posti per numero di lavoratori e pensionati ammessi ai trattamenti figurano proprio gli impianti che l'INPS ha gestito direttamente con continuità: a Salsomaggiore, in provincia di Parma, a

Grafico 2. Percentuali degli assistiti per cure termali dall'INFPS e dall'INPS negli stabilimenti a gestione diretta e in quelli convenzionati



Fonte: Elaborazioni su dati tratti da Fronzaroli, 1963, 860.

Grafico 3. Andamento del numero di lavoratori ammessi alle cure negli stabilimenti termali gestiti direttamente dall'INFPS e dall'INPS (1928-1954)



Fonte: INPS Servizio sanitario, 1949; 1955.

Battaglia (Padova), a San Giuliano (Pisa) e a La Fratta, poi Fratta Terme, frazione del comune di Bertinoro (Forlì)<sup>45</sup>. Tra il 1928 e il 1954 hanno assorbito insieme più del 72% del totale degli assistiti. Si tratta ovviamente di un valore medio; il rapporto tra il numero degli assistiti negli stabilimenti gestiti direttamente e quelli trattati negli impianti in convenzione è variato nel corso degli anni in misura anche sensibile (Grafico 2). A questo riguardo, va anche rilevato come, con il forte incremento degli ammessi alle cure termali da parte dell'INPS a partire dagli anni Settanta, il numero di assicurati indirizzati presso gli stabilimenti in convenzione sono divenuti largamente prevalenti.

Il ruolo di Salsomaggiore appare del tutto predominante con il 35% dei flussi, seguito da Battaglia con più del 21% e da S. Giuliano con l'11%; assai più contenuto il contributo di Fratta Terme (5%), che si caratterizza anche per dinamiche meno marcate nell'andamento cronologico dei flussi (Grafico 3).

Nel corso degli anni Trenta, l'INPS realizzò appositamente tre nuove grandi strutture per la cura dei propri assistiti a Salsomaggiore (1932), a Battaglia (1936) e a La Fratta (1936)<sup>46</sup>. Si intervenne anche a San Giuliano, ristrutturando lo stabilimento risalente al periodo granducale<sup>47</sup>.

Oltre a quelli appena elencati, anche gli stabilimenti di Sirmione (Brescia) e Castellammare (Napoli) furono gestiti direttamente dall'INPS in alcuni periodi<sup>48</sup>. Per Castellammare si pensò addirittura alla costruzione di una nuova struttura di proprietà per favorire l'afflusso di assistiti dal Meridione, ma il progetto fu poi abbandonato<sup>49</sup>. Furono invece le terme di Viterbo ad essere scelte, dopo la seconda guerra mondiale, per la realizzazione di un nuovo stabilimento dell'Istituto previdenziale nazionale, come verrà illustrato nei paragrafi successivi<sup>50</sup>. A metà degli anni Cinquanta, nelle sue cinque strutture termali l'INPS disponeva di un totale di 1.425 posti letto<sup>51</sup>, saliti a 1.680 nei primi anni Sessanta<sup>52</sup>.

Nel secondo dopoguerra, il termalismo di Stato si inserì sempre più nel quadro del turismo sociale, che iniziava a trovare una sua precisa definizione<sup>53</sup>. Nel giro di pochi anni, l'INPS non fu più l'unico ente di Stato ad erogare cure termali, ma venne affiancato da altri istituti che gestivano assicurazioni pubbliche

per le malattie e gli infortuni. Tra questi, ricordiamo l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie (INAM), creato nel 1943; l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), sorto nel 1933; l'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza per i Dipendenti Statali (ENPAS), istituito nel 1942; l'Ente Nazionale di Previdenza per i Dipendenti degli Enti di Diritto Pubblico (ENPDEDP), risalente al 1928 e riformato nel 1939; l'Istituto Nazionale di Assistenza per i Dipendenti degli Enti Locali, creato nel 1925 (INADEL)<sup>54</sup>.

Ne derivò un'enorme dilatazione del numero degli assistiti con cure termali sovvenzionate da istituti mutualistici statali. Alla fine degli anni Settanta si stimava che dei circa 1,6 milioni di persone che avevano ricevuto cure presso stazioni termali, almeno la metà lo avesse fatto usufruendo delle sovvenzioni erogate da un fondo mutualistico pubblico<sup>55</sup>. Ciò che va sottolineato è che, nell'erogazione dei trattamenti termali sovvenzionati, l'INPS conservava a quell'epoca un ruolo ancora significativo ma ormai ridimensionato in termini relativi. Per il 1976 i dati mostrano come per numero di assistiti fosse stato quasi raggiunto dall'INADEL (87.183), superato ampiamente dall'ENPAS (125-135.000 circa), mentre l'INAM, con oltre 340.000 trattamenti, si collocava ormai su un ordine di grandezza del tutto diverso<sup>56</sup>.

Quello del termalismo sovvenzionato era ormai un sistema dilatato con una spesa sempre meno governabile. Per quanto riguarda l'INPS, l'iniziale intendimento del legislatore, che aveva voluto legare l'erogazione di cure termali ad un possibile futuro risparmio finanziario per l'istituto, non si era certo realizzato nei termini previsti, nonostante i risultati ottenuti dal punto di vista medico<sup>57</sup>. Già nel secondo dopoguerra questo aspetto era stato ben percepito; in un articolo a cura del Servizio Sanitario dell'INPS, pubblicato sulla rivista ufficiale dell'Istituto, si affermava: "ad onore del vero il vantaggio assicurativo che sotto tale profilo risulta conseguibile in base all'esperienza del passato, non è certamente pari all'entità degli impegni finanziari"<sup>58</sup>. Dopo un trentennio, la situazione era notevolmente peggiorata, soprattutto a causa della grave dilatazione dei costi per i servizi termali erogati direttamente dall'INPS, al punto da spingere lo Stato ad intervenire.

Nella Legge 23 dicembre 1978 n. 833, che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale, si stabiliva che gli stabilimenti termali gestiti dall'INPS dovessero essere trasferiti ai comuni competenti per territorio e destinati a diventare "presidi [...] delle unità sanitarie

45 Per la descrizione di queste località termali e delle altre elencate in tabella, relativamente agli anni Trenta, si rinvia a Touring Club Italiano, 1936.

46 L'intervento edilizio dell'INPS era stato particolarmente rilevante anche per la realizzazione di istituti destinati alla cura della tubercolosi. Tra il 1928 ed il 1939, l'Istituto costruì 53 ospedali sanatoriali per un totale di 16.212 posti letto; tra questi, l'ospedale Forlanini di Roma con 1.435 letti; INPS, s.d., 91.

47 Già da metà Settecento, quando era ancora denominata Bagni di Pisa, la stazione termale di San Giuliano era stata tra le prime in Italia a ridefinire offerta termale e ricettiva, iniziando a recepire gli influssi provenienti da altri paesi europei; Battilani, 2009, 230-232.

48 INPS s.d., 244.

49 Scheda descrittiva della sottoserie *Stabilimenti termali*, nel database dell'ASINPS, curata da B. de Iudicibus.

50 Il vecchio stabilimento di Viterbo, a lungo gestito dall'Opera Nazionale Dopolavoro, era già stato appaltato all'INPS negli anni 1938-1941. INPS Servizio Sanitario 1949, 612-613.

51 Francioni e Balducci, 1955, 465. La disponibilità di posti letto nelle terme dei lavoratori dell'INPS era così ripartita: Salsomaggiore 670, Battaglia 400, San Giuliano 240, La Fratta 115, Viterbo 150.

52 Salsomaggiore 670 posti letto, Battaglia 442, San Giuliano 250, La Fratta 120 e Viterbo 198. Fronzaroli, 1963, 857.

53 Carera, 2008.

54 Francioni e Balducci, 1955, 447-462. ISTAT, 1953-1979. Per un quadro comparativo sul termalismo sociale in altri paesi europei a metà degli anni Cinquanta si rimanda a Francioni e Balducci, 1955, 464-465.

55 Messina, 1978, 43.

56 Ossi, 1978, 16-22. Nello stesso anno, gli assistiti avviati alle cure termali dall'INAIL furono solo 12.775. Ibidem. Nel 1975 i cicli di cure termali sovvenzionati dall'ENPDEDP erano stati poco meno di 33.000; quelli erogati l'anno precedente dall'Ente Nazionale Previdenza e Assistenza Lavoratori dello Spettacolo (ENPALS) avevano superato appena quota 2.000. Oltre agli enti citati, anche la Federazione Nazionale delle Casse Mutue di Malattia degli Esercenti Attività Commerciali offriva cure termali sovvenzionate ai suoi assistiti. ISTAT, 1979.

57 Le affezioni prevalenti tra gli assicurati dell'INPS che si sottoponevano alle cure termali agli inizi degli anni Sessanta erano le reumartropatie degenerative (69%), seguivano le reumartropatie infiammatorie (21%); completavano il quadro le forme broncoasmatiche (10%). Fronzaroli, 1963, 862.

58 INPS Servizio Sanitario, 1949, 605.

Tabella 4. Valore degli stabilimenti termali da iscrivere nei bilanci previsionali dell'INPS (1983)

Stabilimenti	Superficie (mq.)					Valore (miliardi di lire correnti)		
	Totale	Scoperta	Totale	Coperta alberghiera	Sanitaria	Parte alberghiera	Parte sanitaria	Totale
Salsomaggiore	31.500	25.000	6.500	4.500	2.000	32,11	11,11	43,22
Battaglia	84.750	77.698	7.052	3.624	3.428	19,04	11,55	30,58
S. Giuliano	24.206	19.363	4.843	2.610	2.233	10,71	5,72	16,43
La Fratta	152.868	150.048	2.820	1.800	1.020	7,73	4,03	11,75
Viterbo	61.862	58.189	3.673	2.000	1.673	5,26	4,69	9,95
Totale generale	355.186	330.298	24.888	14.534	10.354	74,85	37,09	111,94

Fonte: ASINPS, Direzione generale, VI Servizio patrimoniale, 3. Ufficio II - Immobiliare, 3. P: Stabilimenti termali, Terme di Salsomaggiore, b. 6, fasc. 7.

locali<sup>59</sup>. Il trasferimento alle Unità Sanitarie Locali non fu però perfezionato. Gli impianti termali INPS rimasero ancora a lungo parte del patrimonio dell'Istituto e agli inizi degli anni Ottanta figuravano ancora in bilancio con i valori riportati nella Tabella 4.

Lo Stato prese atto del fallimento del precedente intervento. Con la Legge n. 412 del 1991 fece formalmente riacquisire da parte dell'INPS il suo patrimonio termale; l'Istituto avrebbe dovuto conferirlo in capitale a società per azioni appositamente costituite, le quali avrebbero provveduto a gestirlo "sulla base di criteri di economicità ed efficienza" (art. 15).

Nel frattempo, la gestione diretta continuava a produrre ingenti perdite dovute a costi di gestione del tutto fuori scala rispetto a quelli che caratterizzavano le gestioni termali private<sup>60</sup>. Il punto di rottura fu raggiunto con la Legge finanziaria 1992, che stabiliva una pesante restrizione dei trasferimenti statali all'INPS<sup>61</sup>. Dopo pochi mesi, il commissario straordinario, Mario Colombo, disponeva la chiusura delle terme di proprietà dell'Istituto<sup>62</sup>.

Si apriva una nuova fase che ci si limiterà a riassumere nei tratti essenziali. L'impatto economico negativo della chiusura degli stabilimenti sui territori coinvolti alimentò le pressioni da parte di organizzazioni sindacali ed enti locali per la riapertura delle terme. La riapertura, che comunque non riguardò lo stabilimento di Viterbo, fu attuata attraverso l'affidamento temporaneo della gestione a privati tramite un bando ad evidenza pubblica<sup>63</sup>. I risultati di questa nuova forma di gestione furono negativi per le terme di Battaglia ma molto incoraggianti per quelle di San Giuliano, Salsomaggiore e La Fratta. In vista della scadenza dell'affidamento temporaneo ai privati, nel luglio 1999 l'INPS costituì la GETI SPA, della quale deteneva l'intero capitale, che avrebbe dovuto riassumere la gestione diretta degli stabilimenti. Con la Legge 24 ottobre 2000 n. 323<sup>64</sup>, il legislatore sancì definitivamente il passaggio delle terme INPS alle regioni e ai comuni competenti per territorio, dando loro il compito di elaborare pia-

ni di gestione e rilancio. Si apriva un'ulteriore fase dagli esiti non univoci, tuttora in corso di definizione.

#### IL SISTEMA TERMALE VITERBESE, TRA PUBBLICO E PRIVATO

Nel 1918<sup>65</sup> Madame Curie venne in Italia per alcune ricerche e, visitando diverse stazioni termali, ne esaminò le acque, rinvenendo nella maggior parte di esse una forma di radioattività cosiddetta "naturale", dovuta ad emanazioni di radio che, penetrando nell'organismo, svolgeva un'azione anabolica e stimolante in tutto il corpo. Il fenomeno era già stato evidenziato da Aristide Ranelletti e Camillo Lacquaniti<sup>66</sup>, tra il 1913 ed il 1915, in alcuni loro studi condotti sulle acque viterbesi.

Le guide turistiche dei primi del Novecento riferiscono che lo Stabilimento era situato sul declivio di un lieve avvallamento e circondato da terreno coltivato ad ulivi. Costeggiato a Sud dal Torrente Faul, constava di un fabbricato vecchio e di uno nuovo; infatti, nel 1900, lo Stabilimento fu ampliato con una nuova ala che gli conferiva una caratteristica forma ad L. Era composto da tre piani, ognuno adibito ad una determinata classe di utenti: il piano sotterraneo per la terza e seconda classe, il piano terreno per la seconda classe ed il primo piano per gli alloggi di lusso. La nuova ala era la parte della struttura più moderna e dotata di maggiori confort e attrezzature innovative.

Il Comune gestiva direttamente lo Stabilimento Bagni, mentre l'albergo corrispondente, arredato con mobili anch'essi di proprietà comunale, venne dato in concessione ad un privato. Le tariffe per soldati e sott'ufficiali feriti o malati in servizio erano ridotte del 50%, secondo l'atto di Giunta del 27 giugno 1916<sup>67</sup>.

La maggior parte dei bagnanti prendeva alloggio a Viterbo, collegata allo Stabilimento tramite corse effettuate a tutte le ore del giorno da vetture chiuse a due cavalli e da omnibus "uso tram". Il trasporto dei bagnanti da Viterbo alle Terme e viceversa era affidato dal Comune, per le diverse stagioni balneari, in appalto a soggetti privati, i quali tenevano a disposizione del pubblico una carrozza-omnibus di venti posti (ad esempio nel 1917

59 Art. 36, Termalismo terapeutico.

60 Atti parlamentari. Senato, XIV legislatura, Atto di sindacato ispettivo, n. 3-00207. In tale documento si affermava che nelle strutture private in convenzione i costi erano di dodici volte inferiori a quelli sopportati dall'INPS.

61 Legge 31 dicembre 1991, n. 421, art. 6.

62 Atti parlamentari. Senato, XIV legislatura, Atto di sindacato ispettivo, n. 3-00207.

63 Ibidem.

64 In base all'art. 22 della Legge 15 marzo 1997, n. 59.

65 Angiolini, Selmi, Giovanardi, 1971.

66 Lacquaniti pubblicò due monografie sul tema: *Analisi della radioattività di alcune acque termali di Viterbo e Ricerche sulla radioattività dei prodotti di alcune sorgenti termali di Viterbo*.

67 Archivio di Stato di Viterbo (ASVT), Archivio Storico del Comune di Viterbo (ASCVT), Categoria 4, Titolo 8, busta 120 (1917).

il trasporto venne appaltato al signor Achilli Augusto)<sup>68</sup>. Anche il caffè-ristorante, situato vicino all'albergo annesso allo Stabilimento, veniva appaltato a privati<sup>69</sup>.

Tutte le acque termali viterbesi erano reputate alla pari con quelle affini di Montecatini, S. Pellegrino, Bormio. I fanghi venivano prelevati dai depositi delle polle del Bagnaccio, situato a qualche km a nord dello Stabilimento, e poi trasportati giornalmente alle Terme; nel 1917 il Comune affidava al signor Pietro Cappetti il rifornimento del fango<sup>70</sup>.

Già in questi primi anni del nuovo secolo, nonostante i tentativi di ampliamento e valorizzazione delle Terme Comunali, si proponeva la questione della costruzione di un grande edificio termale in grado di sfruttare tutte le potenzialità del bacino idrogeologico viterbese: lo impedivano le carenze finanziarie di una città ancora legata alla povera economia agricola del suo territorio. Vennero pubblicate le prime guide: la *Guida* del 1915 dei fratelli Treves<sup>71</sup> e la *Guida di Viterbo* del 1922 di Signorelli<sup>72</sup>, ma nonostante tali tentativi di promozione turistica, l'affluenza alle Terme era di gran lunga inferiore a quella che esse avrebbero meritato in virtù delle glorie passate e delle proprietà curative delle acque, peraltro sconosciute alla maggior parte dei medici e dei malati anche della vicina Roma.

D'altro canto, la capienza dell'edificio non avrebbe potuto accogliere maggiori richieste: molti malati non venivano accolti per indisponibilità delle camere dell'albergo situato nei pressi dello Stabilimento. Era dunque necessario reclamizzare meglio le Terme presso i medici e la potenziale clientela, e dare maggior sviluppo alle strutture di accoglienza. Molti progetti furono formulati per risolvere l'annoso problema: il primo fu avanzato dal docente dell'università di Roma Aristide Ranalletti nel 1914. Secondo lo studioso, il Comune di Viterbo avrebbe dovuto affidare a un concessionario la completa gestione delle Terme, non essendo in grado di affrontare le spese dell'ampliamento come un privato. Egli proponeva la costituzione di una Società Anonima per l'Esercizio delle Terme e Acque Minerali per Bevande di Viterbo, che doveva attuare un programma minimo e poi un programma massimo di sviluppo termale.

Il programma minimo prevedeva l'ampliamento dello Stabilimento, aumentando il numero dei camerini e delle camere d'albergo, l'istallazione persino di una lavanderia a vapore, essendo la biancheria ancora trattata con "metodi primitivi"<sup>73</sup>. Quello più completo prevedeva la costituzione di un nuovo stabilimento termale e di un grande albergo, l'attivazione di un servizio di tramvia fino alle terme e infine l'industrializzazione dell'imbottigliamento delle acque minerali per bevande, favorendone l'esportazione.

Nel 1919 fu fondata la Società Anonima Terme di Viterbo, non solo con l'obiettivo di valorizzare le risorse termali, ma anche di creare nuovi posti di lavoro, contribuendo allo sviluppo

dell'economia cittadina. Era prevista la costruzione di un nuovo stabilimento al posto delle Terme Comunali e la realizzazione di un altro stabilimento in località al Bagnaccio; un terzo stabilimento, con albergo annesso, doveva essere realizzato direttamente in città. Viterbo avrebbe avuto così il più importante stabilimento termale di tutta l'Italia centrale, in grado di curare le infermità reumatiche ed artritiche, aumentate a causa della grande guerra: si contava infatti di ospitare i reduci della regione.

La Società si proponeva di tenere aperte le Terme in maniera continuativa per tutto l'anno, e non limitare più l'esercizio al periodo estivo, da giugno a settembre, per non più di un centinaio di giorni di attività. I tre stabilimenti tuttavia non furono mai realizzati, ed il progetto non ebbe neanche una parziale attuazione. Il 12 marzo 1920 il Regio Commissario di Viterbo deliberava la concessione in affitto delle Terme ad una nuova Società delle Terme di Viterbo, per sei stagioni balneari. La società si doveva impegnare nell'esecuzione di lavori volti a migliorare l'attività degli impianti e ad eseguire "opportuni baraccamenti" al Bagnaccio, per uno stabilimento da gestire a tariffe popolari. La società si doveva inoltre occupare del Grand Hotel, corrispondente al Palazzo Grandori, albergo di primo ordine destinato ad accogliere i clienti in esubero rispetto alla capacità ricettiva di quello delle Terme Comunali. La stagione continuava ad essere limitata a pochi mesi e le tariffe erano suddivise su tre fasce. La terza, quella più economica, era la più richiesta dalla popolazione. Potevano accedere anche i poveri del comune e gli invalidi di guerra, che pagavano per l'assistenza termale prezzi irrisori. Nonostante le apparenze, la gestione societaria mirava più al conseguimento di utili immediati che al miglioramento di strutture e servizi<sup>74</sup>.

La qualità della clientela era migliorata, ma il numero dei clienti era diminuito: nel primo anno di gestione della Società si contavano 1.200 visitatori, nel secondo anno 1.100, nel terzo circa 1.000. Erano mancate "le colonie" marchigiane, umbre, abruzzesi, forse a causa della scarsa pubblicità. Il 22 settembre 1922, infatti, l'Ufficiale Sanitario, dopo averne verificato la situazione di degrado, aveva affermato che non era lecito per il buon nome di Viterbo fare alcuna réclame allo stabilimento del Bagnaccio né spendervi capitali. La situazione non cambiò nei successivi due anni. Anzi, andò peggiorando: l'albergo praticava prezzi troppo alti, le corse del tramvai erano disponibili per un periodo troppo breve e le strutture erano carenti. Il resoconto di fine stagione presentato dall'Amministrazione delle Terme al Sindaco di Viterbo il 23 settembre 1924 era sconsigliante: il numero dei bagnanti, 814, era infatti sceso sensibilmente rispetto al 1922 ed al 1923; gli ospiti dell'albergo passavano dai 226 del 1923 ai 147 del 1924<sup>75</sup>.

Come già si è detto, il passaggio al nuovo secolo aveva segnato notevoli cambiamenti sulla clientela degli stabilimenti termali: le cure, considerate per tutto il diciannovesimo secolo una opportunità riservata alle classi aristocratiche, erano finalmente divenute accessibili a gran parte della popolazione. Inoltre, l'uso delle terme fu destinato a scopi non puramente terapeutici ma anche preventivi e riabilitativi; infatti, la Cassa Nazionale delle

68 Idem.

69 Ibidem, busta 27 (1903).

70 Ibidem, busta 120 (1917).

71 Cusani, 1915.

72 Signorelli, Rosi, 1922.

73 Ranalletti, 1914.

74 ASVT, ASCVT, Categoria 4, Titolo 8, busta 260 (1928).

75 Ibidem, busta 201 (1924).

Assicurazioni Sociali concedeva la terapia idrotermale ai suoi assicurati.

Il Regio Decreto n. 1443 del 19 luglio 1927, integrato dalla Legge n. 1360 del 7 novembre 1941, stabilì il diritto demaniale dello Stato su tutte le acque minerali, la cui concessione a privati era solo temporanea e soggetta a garanzie economiche e professionali. Questa regolamentazione agevolò il compito dell'istituto previdenziale pubblico e degli enti mutualistici nelle cure termali a carattere popolare. Con il sorgere della mutualità sindacale, accanto ad una terapia idrotermale, quale prevenzione e cura dell'invalidità, andò affermandosi anche una terapia idrotermale quale prestazione diretta alla prevenzione e alla cura delle malattie. Infatti, i vari contratti di lavoro stipulati dal 1926 prevedevano prestazioni contro le malattie e fra le varie forme di assistenza provvidero all'erogazione delle prime prestazioni balneo termali.

Il 27 marzo 1927 il Podestà deliberava di anticipare la scadenza dell'affitto (fine stagione del 1933) degli stabilimenti comunali concessi alla Società Anonima delle Terme di Viterbo; la gestione degli stabilimenti e delle acque fu ceduta all'Opera Nazionale del Dopolavoro (OND), l'organizzazione fascista che si interessava del tempo libero, sotto la cui gestione si provvide al restauro degli impianti termali. La gestione dell'OND si protrasse dal 1930 al 1938<sup>76</sup>. La Società Igino Garbini provvedeva, tramite linee automobilistiche, al collegamento del capoluogo con lo Stabilimento e con la sorgente sulfurea del Bagnaccio, dove funzionava una rudimentale piscina con cabine in legno su palafitte che vide la chiusura definitiva nel 1933.

Il Regime fascista aveva dato grande rilievo al turismo<sup>77</sup> istituendo, nel 1931, un Commissariato ed un Consiglio Centrale del Turismo. Con la creazione degli Enti Provinciali per il Turismo si ebbe la diffusione sempre più vasta ed efficiente del turismo attivo. Inoltre, agli organi direttamente statali si affiancarono altri enti come la Gioventù Italiana del Littorio (GIL) e la già ricordata Opera Nazionale del Dopolavoro, i quali, con l'organizzazione di colonie, campeggi, crociere e treni popolari, diedero al turismo interno uno sviluppo notevole. Anche Viterbo ebbe dunque la possibilità di usufruire di inaspettati finanziamenti provenienti dal Governo.

Al momento dell'acquisizione da parte dell'OND, il vecchio fabbricato si presentava notevolmente deteriorato e privo delle più modeste attrezzature. I medici, per insufficienza di tecnici locali e di mezzi, non potevano spiegare una attività curativa efficace, né seguire le cure degli ammalati. L'organizzazione dei servizi procedeva slegata, senza direttive e senza il controllo degli esperti. I camerini erano insufficienti, il personale inesperto e non adeguato, l'arredamento presentava un aspetto misero. La località delle Terme risultava polverosa, triste,

invasa da insetti e priva di ogni confort. Nei testi di idrologia si menzionavano tutte le Terme d'Italia tranne quelle di Viterbo. Nel 1930 l'OND, avendo preso possesso delle Terme, avviò immediatamente i lavori di rinnovamento ed accrescimento. Il 24 agosto 1930 riuni nella Sala Regia del Comune un Convegno Medico Provinciale, che rappresentò la prima iniziativa importante per la diffusione della conoscenza delle Terme viterbesi nella provincia<sup>78</sup>. Furono fissate due tipologie di tariffe per le cure: gratuite per i dopolavoristi più indigenti e semigratuite, con riduzione del 50% per gli altri. Per ridurre il costo del viaggio i dopolavoristi usufruivano dello sconto del 30% accordato dalle Ferrovie dello Stato per i viaggi in corsa semplice in comitiva di almeno 5 persone, da effettuarsi in qualsiasi giorno della settimana. Si verificò subito un grande afflusso di pazienti, soprattutto romani. Si ebbe il tutto esaurito, sia nell'albergo delle terme che nei pochi alberghi dislocati in città. Le terme lavoravano a pieno regime: lo stabilimento termale in legno del Navisio, ubicato al Bagnaccio e successivamente demolito, fornì 246 applicazioni di fangoterapia e bagni, mentre quello comunale raggiunse 854 applicazioni. Nel 1925 operava una Associazione Nazionale dei Comuni di Cura, la quale incentivava e guidava le attività dei Comuni iscritti. L'Associazione si occupava di organizzare congressi periodici per consentire alle varie amministrazioni comunali di entrare in contatto con realtà dei comuni più avanzati, per confrontare approcci diversi e per migliorare i sistemi di accoglienza e gestione degli impianti. Nel 1926 l'Associazione Nazionale dei Comuni di Cura divenne Consorzio Nazionale delle Stazioni di Cura, Soggiorno e Turismo, ed il Comune di Viterbo, "ritenuta doverosa e conveniente la adesione al Consorzio medesimo"<sup>79</sup>, il 23 novembre 1926 deliberò di iscriversi. Ogni stazione accantonava una somma non inferiore al 5% dell'imposta di cura o soggiorno, da impiegare nei servizi di pubblicità svolti poi dal Consorzio.

Tabella 5. Movimento delle cure nelle Terme di Viterbo tra il 1930 ed il 1934

Tipologia delle cure	1930	1931	1932	1933	1934
Fanghi	10.279	8.550	10.300	9.269	10.769
Bagni di fango	10.279	8.550	10.300	9.269	10.769
Bagni solforosi	1.751	609	1.668	694	1.219
Grotta sudorifera	518	308	945	1.234	1.164
Camera di reazione		263	281	570	584
Bagno in piscina			7.569	2.950	6.396
Inalazioni	61	20		139	115
Irrigazioni					335
Massaggio manuale	88	40		50	190
Massaggio con macchine			129		
Alta frequenza			127	95	200
Diatermia	134				
Esami di laboratorio			837	1.750	2.500
Visite mediche di amministrazione	1.100	909	1.022	1.038	1.226
Visite mediche in corso di cura			858	1.350	3.250

Fonte: OND, 1933, 80. OND, 1934, 13.

<sup>76</sup> Barbini, Carosi, 1988.

<sup>77</sup> ASVT, ASCVT, Categoria 4, Titolo 8, busta 344 (1932).

<sup>78</sup> Ibidem, busta 298 (1930).

<sup>79</sup> Ibidem, busta 241 (1927).

Attraverso le pubblicazioni dell'Opera Nazionale Dopolavoro è possibile ricostruire il movimento delle cure nel periodo 1930-1934 (Tabella 5). Le terme di Viterbo, dopo cinque anni, presentavano finalmente un flusso ricettivo che non aveva nulla da invidiare alle altre.

Nel 1938 vi fu la cessione da parte dell'OND all'Istituto Nazionale Fascista per la Previdenza Sociale: l'atto di compravendita ebbe però conseguenze negative per lo Stabilimento.

Durante la seconda guerra mondiale Palazzo Grandori fu occupato dall'Aeronautica militare. Lo Stabilimento, essendo vicino all'aeroporto militare ed alle caserme, dopo l'8 settembre 1943 divenne sede di un comando della Wehrmacht. Nei primi giorni del giugno 1944 i Tedeschi, ritirandosi dalla zona, lo fecero saltare, riducendo parte di esso ad un ammasso di macerie.

#### LA SITUAZIONE DELLE TERME COMUNALI DAL DOPOGUERRA AD OGGI

Nel periodo postbellico, la facoltà di erogare cure termali fu confermata o attribuita per la prima volta a vari enti previdenziali. Le cure termali vennero considerate sotto un duplice aspetto a seconda dello scopo che si prefiggevano: cura preventiva delle cause di invalidità, di competenza dell'INPS; cura di ripristino della capacità lavorativa perduta o ridotta a causa di malattia, di competenza dell'INAM (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie) e degli altri enti previdenziali.

Dopo la caduta del Fascismo si raggiunse un accordo fra l'INPS ed il Comune di Viterbo: a questo veniva restituita la proprietà del vecchio stabilimento, la piscina ed il terreno del Bagnaccio, mentre l'INPS avrebbe costruito un proprio stabilimento termale, con diritto di prelievo d'acque e di fanghi sufficienti alle cure dei suoi assistiti<sup>80</sup>. Il nuovo stabilimento, realizzato con criteri tecnici più moderni, era ubicato accanto alle Terme Comunali, alla distanza di un chilometro circa dal Bullicame, in modo da avere un rapido rifornimento di acqua dalla polla. Esso fu terminato nel 1956, e divenne il quinto in Italia per importanza. Era gestito direttamente dall'INPS, con propri dirigenti e personale. Gli assicurati arrivavano direttamente allo stabilimento, dove trovavano alloggio presso l'albergo; ultimate le cure, però, ripartivano verso il proprio luogo di residenza: queste terme, quindi, non potevano rappresentare un incentivo economico per la città di Viterbo<sup>81</sup>.

Si cercò di ovviare al problema con una serie di progetti per collegare in maniera più agevole la città di Viterbo con la zona termale<sup>82</sup>. Inoltre, dal luglio 1951 al marzo 1953 la Società Terni effettuò dei sondaggi nel sottosuolo; in particolare, effettuò tre trivellazioni (rispettivamente al Bagnaccio, alle Zitelle ed a S. Sisto) alla ricerca di forze endogene al territorio viterbese. La ricerca si rivelò vincente, in quanto permise l'individuazione di nuove fonti di acque termali, che risultarono, all'analisi chimica, del tutto uguali a quelle del Bullicame. Dopo che la Società Terni ebbe compiuto il programma di studi avviato, decise di vendere, in seguito a laboriose trattative, i tre pozzi al Comune di Viterbo.

<sup>80</sup> INPS, Servizio sanitario, 1952.

<sup>81</sup> Torelli Landini, Arcangeli, Dall'Armellina, 1999.

<sup>82</sup> Di Gregorio, 1977.

Il Comune cercò di monopolizzare le iniziative termali ottenendo la concessione mineraria per le varie sorgenti; le Terme Salus sorsero in un'atmosfera di "semiclandestinità", ad opera della Società Sait, che ottenne dall'INPS la somministrazione di mezzo litro al secondo di acqua termale. Viterbo era ancora negli anni Settanta del Novecento zona depressa e le risorse dalle quali poteva trarre vantaggio erano il turismo, l'agricoltura, le terme.

Gli anni Ottanta sono gli anni della consacrazione del termalismo di massa grazie all'estensione delle convenzioni mutualistiche pressoché a tutta la popolazione invece che a poche categorie di lavoratori: si calcola che in Italia un milione e mezzo di cittadini fosse avviato alle cure termali, con un incremento progressivo di anno in anno.

La clientela termale era costituita per il 47% da uomini e per il 53% da donne; il 65% dei fruitori di questo servizio era al di sopra dei 40 anni. Il 50% degli stabilimenti era ubicato al Nord, ed il rimanente nel Centro, nel Sud e nelle Isole. Le stazioni termali del Nord Italia, oltre ad avere le attrezzature migliori anche dal punto di vista medico, svolgevano una attività stagionale più ampia di quella di altre regioni. In generale, infatti, il 78,8% delle cure termali si praticava in particolare nei mesi di luglio, agosto, settembre, con un evidente sottoutilizzo delle strutture. Nel Lazio, circa il 50% dei curandi si recava in stabilimenti di altre regioni, soprattutto al Nord. A Viterbo i tre stabilimenti più importanti in questi anni erano le Terme Salus, lo stabilimento INPS e le Terme Comunali<sup>83</sup>. Inoltre la SIV (Società Imprenditori Viterbesi) aveva realizzato l'Hotel Oasi, situato sulla Tuscanese; questo complesso alberghiero si trovava nel comprensorio della zona termale ed era stato edificato con l'intenzione di una futura valorizzazione del turismo termale.

Il 10 luglio 1986 a Viterbo fu stipulato tra il Comune di Viterbo e la Società Gestione Terme un contratto di appalto per la ristrutturazione, l'ampliamento e la gestione delle Terme Comunali. Inizia così per lo stabilimento una nuova fase: da centro termale risistemato in maniera approssimativa, si trasforma in una azienda rinnovata, ristrutturata e con prezzi adeguati. Gli impianti erano molto affollati durante il fine settimana, soprattutto la piscina termale che, essendo riscaldata, veniva frequentata anche d'inverno. Nei mesi estivi ed autunnali si aveva il maggior affollamento per le cure preventive, che riguardavano soprattutto l'apparato respiratorio. In media si avevano circa 15.000 curandi all'anno.

Nel 1993 lo Stabilimento INPS decise di concedere in comodato le proprie strutture ma, nonostante il fatto che una società viterbese, la C.E.V<sup>84</sup>, si fosse mostrata interessata, esso fu chiuso in quanto non costituiva un investimento redditizio. Le Terme Salus affittavano i propri locali per feste private, ma l'aria che si respirava visitando il complesso alberghiero e termale aveva un sentore di decadenza. Oggi le terme rappresentano una grande risorsa naturale, sfruttata grazie soprattutto all'impegno di imprenditori privati che hanno dato vita a centri specializzati nella cura, nella prevenzione, nella riabilitazione e nel recupero della

<sup>83</sup> Comune di Viterbo, 1980.

<sup>84</sup> Impresa con sede legale ed amministrativa a Viterbo, si occupa di promuovere progetti di miglioramento delle fonti energetiche.

forma fisica, anche se necessita ancora di ulteriore sviluppo<sup>85</sup>. A Viterbo esistono due strutture private che sfruttano direttamente le fonti termali: sono le Terme dei Papi e le Terme Salus. Entrambe sono dotate anche di alberghi che dispongono rispettivamente di 23 e 100 camere. Ancora però le terme viterbesi non sfruttano adeguatamente il loro potenziale<sup>86</sup>. Le Terme dei Papi, ad esempio, nel 2000 hanno fornito complessivamente alla propria clientela 15.808 prestazioni termali, un numero che confrontato alle 61.931 delle vicine Terme di Saturnia evidenzia il largo margine di miglioramento di questo tipo di turismo. E ciò soprattutto per una città come Viterbo che ha vicino a sé il più grande bacino di utenza turistica del nostro paese: Roma.

Per questo risulta importante una tra le prime indagini condotte sul turismo termale del viterbese, avviata attraverso la somministrazione di questionari, il cui uso è ancora praticato attualmente, presso le Terme dei Papi. Dai risultati dei questionari è emersa una maggiore presenza femminile presso le terme attrezzate (54,9%), e una maggiore presenza maschile presso le terme libere (57,5%). Per terme attrezzate si intendono le terme di proprietà privata, in cui è possibile svolgere le cure seguiti dai medici e a cui si può accedere solamente tramite pagamento, diretto o indiretto, mentre per terme libere si intendono le piscine termali comunali che sono gratuite e accessibili a tutti.

Per quanto riguarda l'età dei frequentatori<sup>87</sup>, la classe maggiormente rappresentata nelle terme pubbliche è quella tra i 25-40 anni col 41,4% circa, seguita dagli over 60 col 26,4% e dalla classe 41-50 col 14,9%. Le due classi rimanenti, 51-60 anni e under 25, sono poco rappresentate, e raggiungono percentuali basse, rispettivamente dell'11,5% e del 5,8%.

Tabella 6. Ripartizione percentuale degli intervistati per classi di età

Classi di età	Terme libere	Terme attrezzate
Fino a 25	5,8	4,4
25-40	41,4	12,4
41-50	14,9	8,0
51-60	11,5	22,1
Oltre i 60	26,4	53,1
Totale	100,0	100,0

Fonte: Indagine diretta tramite questionari, 2000

La situazione, invece, cambia notevolmente all'interno delle terme attrezzate, nelle quali si riscontra una età media molto più elevata: il 75,2% dei turisti ha più di 50 anni. Ciò è dovuto alla necessità dei più anziani di essere seguiti da medici e di svolgere le cure termali in strutture attrezzate, accoglienti e confortevoli.

Il 51,3% degli intervistati tra i frequentanti le terme attrezzate sono dei pensionati, mentre nelle terme libere questa percentuale scende al 34,5%. La condizione professionale più frequente presso la clientela delle terme libere è quella degli

<sup>85</sup> Camera di Commercio, Industria, Artigianato, Agricoltura Viterbo, 1991.

<sup>86</sup> Le Terme Salus, infatti, non hanno acconsentito a partecipare a questo studio.

<sup>87</sup> Rispecchiando la ripartizione apportata dall'Ottavo Rapporto sul Turismo Italiano ovvero: fino a 25, 25-40, 41-50, 51-60 e oltre i 60; Barucci et al., 1998.

occupati (39,1%), categoria che raggruppa nelle terme attrezzate solo il 23,9%. Le terme attrezzate sono frequentate in misura maggiore anche dalle casalinghe (19,5%), mentre minori sono le quote di disoccupati e di studenti che vi si recano. Maggiore è la presenza di queste due categorie presso le terme libere.

Tabella 7. Ripartizione percentuale degli intervistati per professione

Professioni	Terme libere	Terme attrezzate
Occupato	39,1	23,9
Pensionato	34,5	51,2
Casalinga	8,0	20,0
Disoccupato	11,5	2,7
Studente	6,9	2,7
Totale	100,0	100,5

Fonte: Indagine diretta tramite questionari, 2000.

Circa la metà degli intervistati nelle terme libere si trova impegnata nel ramo della pubblica amministrazione (53,1%), mentre il 25% lavora nel commercio, il 15,6% nell'industria ed una percentuale del 5,3% nei trasporti e servizi. Nelle terme attrezzate invece la situazione è maggiormente diversificata. Anche qui c'è una forte presenza di lavoratori impegnati nella pubblica amministrazione (36%), seguiti da quelli impegnati nell'industria (16%), nel commercio (16%), nell'agricoltura (12%), ristorazione (8%), trasporti e servizi (4%) e sanità (4%).

I visitatori delle terme sono soprattutto escursionisti: le terme sono frequentate quasi esclusivamente da turisti provenienti dalle zone limitrofe (94% dei casi), che sono giornalieri e dormono raramente nelle strutture ricettive viterbesi.

Il mezzo di trasporto più utilizzato dai turisti per recarsi alle terme è risultato essere l'auto propria (83,3%); anche se vi sono pullman di linea destinati appositamente al raggiungimento delle Terme dei Papi, quelle libere sono raggiungibili solo con l'automobile. Il 70% dei turisti termali delle terme private non soggiorna a Viterbo, o si ferma solo per un giorno mentre chi effettua cure termali presso le strutture attrezzate (circa il 20%) si ferma più a lungo. I turisti termali che si fermano per più di un giorno soggiornano maggiormente in alberghi (26,9%) o in case prese in affitto (23,1%); nella maggior parte dei casi i turisti termali usufruiscono di proprie abitazioni (38,5%).

Tabella 8. Durata del soggiorno degli intervistati non viterbesi

Durata del soggiorno	Terme libere	Terme attrezzate
Un giorno	63,0	73,3
Una settimana	0,0	1,7
7-14 giorni	14,8	15,0
15-21 giorni	7,4	3,3
Un mese	3,7	1,7
Oltre un mese	11,1	5,0
Totale	100,0	100,0

Fonte: Indagine diretta tramite questionari, 2000.

Tabella 9. Strutture utilizzate dagli intervistati non viterbesi per il soggiorno

Tipologie di strutture	Terme libere	Terme attrezzate
Albergo	50,0	12,5
Casa in affitto	10,0	31,5
Casa di amici	0,0	6,0
Casa propria	30,0	43,8
Altro	10,0	6,2
Totale	100,0	100,0

Fonte: Indagine diretta tramite questionari, 2000.

Il turista termale presta molta attenzione alla tranquillità ed al benessere psicofisico; generalmente, dopo aver frequentato le terme, egli preferisce trascorrere il tempo passeggiando, stando in pieno relax o in compagnia di altre persone. I turisti delle terme libere mostrano di essere attirati innanzitutto dalla mancanza di vincoli di orario e dall'ambiente naturale, meno costruito, in cui si trovano le piscine termali pubbliche. Le terme attrezzate, invece, sono scelte per l'efficacia delle cure che vengono somministrate e per la pulizia garantita al loro interno.

I turisti delle terme libere sono più assidui, mentre tra quelli delle terme attrezzate il 67,3% afferma di frequentarle solo una volta l'anno. La differenza notevole è da imputare innanzitutto ai costi, ma anche al fatto che presso le terme attrezzate ci si reca per svolgere delle cure, come afferma circa l'80% degli intervistati, e le cure hanno una durata standard di circa dodici giorni. Ciò che meno ha soddisfatto i turisti intervistati riguarda le possibilità di svago, le occasioni culturali, i collegamenti e i trasporti.

## CONCLUSIONI

Il turismo termale ha cominciato ad essere consistente negli anni Ottanta del Novecento quando si è affermato un più stretto legame tra benessere e termalismo, creando l'opportunità per il turista di effettuare soggiorni nei quali le prestazioni termali tradizionali sono abbinata a cure estetiche e fitness. Oggi il termalismo sta conoscendo una fase ulteriore e cioè quella del mercato della salute, un concetto ampio che va al di là delle cure tradizionali o del semplice benessere<sup>88</sup>. Terme e benessere sono percepite sempre più come soggiorno individuale, con la permanenza riservata alle cure ridotta all'essenziale, in modo da poter dedicare più tempo ad "altri" turismi. Pure se continua la presenza del Servizio Sanitario Nazionale, si è verificato il passaggio da una concezione sociale del "fare terme" ad una di tipo individuale, quasi in contrapposizione all'aspetto socio sanitario delle prestazioni sanitarie tradizionali<sup>89</sup>. Alcune stazioni termali sono posizionate meglio di altre per il loro livello qualitativo, inteso come mix di ospitalità, o perché integrate con "altri" turismi dell'area in cui sorgono. La quantità e la qualità delle informazioni in questa epoca digitale diviene strategica, anche perché

<sup>88</sup> Sull'evoluzione del mercato della salute e del settore termale in generale cfr. Becheri et al. 2012, 35-38.

<sup>89</sup> Ibidem, 20.

rende protagonista il turista, che si fa esso stesso promotore e parte attiva della promozione di un luogo piuttosto che di un altro, attraverso l'elaborazione di questionari a lui rivolti direttamente o compilabili attraverso internet. Ecco quindi che nel caso di Viterbo, pur con la sua tradizione secolare, il turismo termale è di provenienza locale, ma non per propri limiti qualitativi: esso necessiterebbe di un'azione più efficace dal lato della promozione e della commercializzazione sui mercati italiani ed esteri al fine di essere maggiormente valorizzato. Manca ancora alle terme di Viterbo quello che hanno le più blasonate località termali italiane, ovvero l'identificazione città-terme.

Dall'analisi dei dati emersi, è possibile desumere la tipologia dei turisti che scelgono le terme di Viterbo come meta dei loro soggiorni. Innanzitutto, il turismo termale viterbese è giornaliero, poiché, escludendo una piccola percentuale che soggiorna in città, i turisti dopo essere stati alle terme tornano alla propria residenza abituale. Di conseguenza, l'indotto sull'economia viterbese determinato da questo tipo di turismo è praticamente nullo, visto che i turisti "giornalieri" fanno acquisti limitati e non soggiornano nelle strutture alberghiere della zona. I turisti provano un elevato grado di soddisfazione nella fruizione delle strutture termali viterbesi. Emerge la necessità di un'azione più efficace dal lato della promozione e della commercializzazione sui mercati italiani ed esteri del prodotto termale viterbese.

Appare comunque importante un'opera di potenziamento delle altre componenti del prodotto turistico, in particolare con interventi sul versante delle manifestazioni culturali e delle occasioni di svago e di divertimento, ambito in cui il privato può rappresentare l'elemento strategico e può fare la differenza, potenziando i servizi alla persona.

## BIBLIOGRAFIA

- Angiolini, G., Selmi, G., Giovanardi, E. 1971: *Evoluzione storica e sociale dell'idroterapia e del termalismo*. Imola, Galeati.
- Assoterme, IRI, Federterme e Unionterme, 1996: *Primo Rapporto sul termalismo italiano*.
- Barbini, B., Carosi, A. 1988: *Viterbo e la Tuscia. Dall'istituzione della Provincia al decentramento regionale (1927-1970)*. Viterbo, Cassa di Risparmio.
- Barucci, P. et al. (a cura di) 1997: *Settimo Rapporto sul Turismo Italiano*. Firenze, Turistica-Mercury.
- Barucci, P. et al. (a cura di) 1998: *Ottavo rapporto sul turismo italiano, 1998*. Firenze, Turistica-Mercury.
- Battilani, P. 2009: *Vacanze di pochi, vacanze di tutti. L'evoluzione del turismo europeo (2ª ed.)*. Bologna, Il Mulino.
- Becheri, E., Quirino, N. (a cura di) 2012: *Rapporto sul sistema termale in Italia 2012*. Milano, Franco Angeli.
- Berrino, A. 2011: *Storia del turismo in Italia*. Bologna, il Mulino.
- Berrino, A. 2014: *Andare per terme*. Bologna, il Mulino.
- Camera di Commercio, Industria, Artigianato, Agricoltura Viterbo, 1991: *Indagine sul Turismo nella Provincia di Viterbo*. Centro Studi Turistici Firenze.
- Carera, A. 2008: "Il turismo sociale: definizioni ed esperienze europee (1936-1963)", in *Storia del turismo. Annale 2006-2008*, a cura di A. Berrino. Milano, Franco Angeli, 165-182.

- Comune di Viterbo, 1980: *Atti Convegno Viterbo Città Termale*. Viterbo, Eurograph.
- Consorzio Toscana Termale, 1997: "Immagine delle terme e sull'atteggiamento del pubblico verso la salute e le cure termali", in *Turistica*, 6, 2-3, 71-109.
- Cusani, M. 1915: *Guida descrittiva e medica alle stazioni idrominerali, idroterapiche e climatiche d'Italia, con un cenno sui soggiorni d'inverno, sui sanatori e sulle cure dietetiche di latte e di uva*. Milano, Fratelli Treves.
- Di Gregorio, S. 1977: *Lo stato delle acque termali viterbesi e le prospettive della loro utilizzazione*, Relazione svolta in occasione della conferenza provinciale del turismo tenutasi a Viterbo il 15 dicembre 1976. Viterbo, s.n.
- Federterme. *Relazione del 2013* (www.federterme.it).
- Francioni, G., Balducci, E. 1955: "Termalismo sociale: aspetti medici, giuridici, organizzativi", relazione al XXXIII Congresso nazionale dell'Associazione medica italiana di idro-climatologia, talassologia e terapia fisica (Varese, Milano, 25-27 aprile 1955), in *Previdenza sociale*, XI, 2, 447-471.
- Fronzaroli, L. 1963: "Le cure balneo-termali nella prevenzione dell'invalidità al lavoro", in *Previdenza sociale*, XIX, 3, 843-882.
- Giorgi, C. 2004: *La previdenza del regime. Storia dell'Inps durante il fascismo*. Bologna, Il Mulino.
- Gustapane, E. 1989: *Le origini del sistema previdenziale: la Cassa nazionale di previdenza per l'invalidità e per la vecchiaia degli operai (19 novembre 1898-19 luglio 1919)*, in INPS, Roma, 35-98.
- INPS, [1950]: *Mezzo secolo di attività assicurative e assistenziale (1898-1948)*. Roma, Tipografia Operaia Romana.
- INPS, 1970: *Settant'anni dell'Istituto nazionale della previdenza sociale. Cinquant'anni dell'assicurazione generale obbligatoria per l'invalidità e la vecchiaia. Raccolta di studi*. Roma, INPS.
- INPS, 1989: *Novant'anni di previdenza in Italia: culture, politiche, strutture*, Atti del convegno (Roma, 9-10 novembre 1988), supplemento a *Previdenza sociale*, XLV, 1.
- INPS, 2004: *Guida all'archivio storico*, a cura di M. Frustaci, s.l., s.n.
- INPS, Servizio Sanitario (a cura di). 1949: "Origini, sviluppi e orientamenti dell'assistenza idrotermale dell'INPS", in *Previdenza sociale*, V, 5, 601-614.
- INPS, Servizio Sanitario (a cura di). 1952: "Ricostruzione dello stabilimento termale dell'INPS in Viterbo", in *Previdenza sociale*, VIII, 3, 1011-1021.
- INPS Servizio Sanitario (a cura di), 1955: "Le cure termali dell'INPS per i lavoratori nel 1954", *Previdenza sociale*, XI, 2, 497-502.
- INPS, Servizio Statistico Attuariale 1951: *Notizie statistiche 1943-1948*. Roma, Istituto Poligrafico dello Stato.
- INPS, Servizio Statistico Attuariale 1953: *Notizie statistiche 1948-1951*. Roma, Istituto Poligrafico dello Stato.
- ISTAT, 1953: *Annuario statistico dell'assistenza e della previdenza sociale 1951-52*. Roma, Abete.
- ISTAT, 1954: *Annuario statistico dell'assistenza e della previdenza sociale 1952-53*. Roma, Abete.
- ISTAT, 1955: *Annuario statistico dell'assistenza e della previdenza sociale 1953-54*. Roma, Abete.
- ISTAT, 1957: *Annuario statistico dell'assistenza e della previdenza sociale 1954-55*. Roma, Abete.
- ISTAT, 1958: *Annuario statistico dell'assistenza e della previdenza sociale 1955-56*. Roma, Abete.
- ISTAT, 1959: *Annuario statistico dell'assistenza e della previdenza sociale 1956-57*. Roma, Abete.
- ISTAT, 1960: *Annuario statistico dell'assistenza e della previdenza sociale 1958*. Roma, Abete.
- ISTAT, 1961: *Annuario statistico dell'assistenza e della previdenza sociale 1959*. Roma, Abete.
- ISTAT, 1962: *Annuario statistico dell'assistenza e della previdenza sociale 1960*. Roma, Abete.
- ISTAT, 1966: *Annuario statistico dell'assistenza e della previdenza sociale 1964*. Roma, Istat.
- ISTAT, 1967: *Annuario statistico dell'assistenza e della previdenza sociale 1965*. Roma, Istat.
- ISTAT, 1973: *Annuario statistico dell'assistenza e della previdenza sociale 1970-71*. Roma, Istat.
- ISTAT, 1979: *Annuario statistico dell'assistenza e della previdenza sociale 1974-75*. Roma, Istat.
- ISTAT, 1999: *Statistiche del turismo*. 1997. Roma, Istat.
- Kolega, A. 2004: *Cenni storici*, in INPS, 2004, 9-11.
- Melis, G. 1989: *L'organizzazione della gestione: l'INPS nel sistema amministrativo italiano (1923-1943)*, in INPS, 1989, 99-129.
- Messina, B. 1978: "I problemi del termalismo sociale", in *Atti del Convegno su turismo e vacanze nella politica sanitaria e dei servizi sociali* (Fiuggi, 2 aprile 1977). Roma, Istituto Italiano di Medicina Sociale, 43-49.
- Ministero delle Finanze-Direzione Generale del Demanio Pubblico e delle Aziende Patrimoniali, 1929: *Salsomaggiore. Le terme e l'Istituto chimico del Regio demanio dall'avvento del governo fascista a tutto l'anno 1928*. VII. Roma, Libreria dello Stato.
- Opera Nazionale Dopolavoro, 1933: *La specializzazione delle terme di Viterbo*. Roma, Edizioni dell'OND.
- Opera Nazionale Dopolavoro, 1934: *Terme di Viterbo. Primi cinque anni di attività dell'opera nazionale dopolavoro*. Roma, Edizioni dell'OND.
- Ossi, G. 1978: *Il termalismo sociale nella riforma sanitaria*. Eurosia, Roma.
- Ranelletti, A. 1914: *Proposte per il maggiore incremento delle Terme e la valorizzazione delle acque minerali per bevande, del Comune di Viterbo*. Roma, Tip. Ed. Nazionale.
- Ritter, G. A. 1996: *Storia dello Stato sociale*. Roma-Bari, Laterza.
- Signorelli, G., Rosi, G. 1922: *Guida di Viterbo*, Viterbo, Z. Mattioli.
- Torelli Landini, E., Arcangeli, R., Dall'Armellina, C. 1999: *Le terme dei Lavoratori dell'INPS*. Roma.
- Touring Club Italiano, 1936: *Guida pratica ai luoghi di soggiorno e di cura in Italia. Parte II. Le stazioni idrominerali*. Milano, TCI.
- UNWTO, 2014: *Tourism highlights 2014 edition*. UNWTO.