

EL REPLANTEAMIENTO DE LOS SERVICIOS REGIONALES DE SALUD EN ITALIA, TRAS LA PANDEMIA: ¿VERDADERA TRANSFORMACIÓN?

CLAUDIA TUBERTINI
PROFESORA TITULAR DE DERECHO ADMINISTRATIVO
UNIVERSIDAD DE BOLOGNA, ITALIA

SUMARIO: 1.- Introducción: los retos de los servicios regionales de salud en Italia tras la pandemia. 2.- El diseño de la transformación de la asistencia sanitaria de proximidad en el Plan Nacional de Recuperación y Resiliencia. – 3.- Oportunidades y riesgos en la implementación de los nuevos modelos de atención primaria. 4.-Posibles efectos de la revisión del plan nacional de recuperación sobre el proyecto de reforma de los servicios de salud. 5.-Los proyectos de autonomía regional diferenciada y su posible impacto sobre la reforma de los servicios de salud según el Plan Nacional. 6.- Conclusiones.

RESUMEN: En Italia, los problemas demostrados por los servicios regionales de salud durante la pandemia han llevado a la previsión, dentro del Plan Nacional de Recuperación y Resiliencia, de una importante transformación y homogeneización de los modelos organizativos de atención, en particular, de la atención primaria. La transformación prevista por el PNRR sería una gran oportunidad para superar algunas fallas históricas en nuestra organización de atención médica, pero su implementación requiere una fuerte coordinación entre todos los niveles de gobierno involucrados y corre el riesgo de ser cuestionada por el reconocimiento de una autonomía diferenciada a algunas Regiones también en la materia de la salud.

PALABRAS CLAVE: Derecho a la salud – Servicios sanitarios – Plan Nacional de Recuperación – Regiones – Asistencia primaria.

ABSTRACT: In Italy, the problems demonstrated by regional health services during the pandemic have led to the forecast, within the National Recovery and Resilience Plan, of a major transformation and homogenisation of organisational models of care, in particular primary care. The transformation envisioned by the PNRR would be a great opportunity to overcome some historical flaws in our healthcare organization, but its implementation requires strong coordination between all levels of government involved, and runs the risk of being questioned by the beginning of the process of recognition of differentiated autonomy for some Regions also in the field of health.

KEY WORDS: Right to health – Health services – National Recovery Plan – Regions – Primary care

1.- INTRODUCCIÓN: LOS RETOS DE LOS SERVICIOS REGIONALES DE SALUD EN ITALIA TRAS LA PANDEMIA

Por causa de la pandemia, la protección de la salud en Italia, como en otros países, ha vuelto a ser el centro de la atención de los poderes públicos, convirtiéndose en un objetivo prioritario hasta el cual reorientar políticas que durante años habían estado dirigidas casi exclusivamente a contener la deuda pública. De este modo, ya a través de la primera legislación de emergencia de los años 2020-2021, se ha empezado un esfuerzo masivo de adecuación de la organización de la asistencia sanitaria¹ que, sin embargo, no ha impedido la crítica generalizada relacionada con los efectos determinados por la anterior desinversión del Estado y de las Regiones sobre, en particular, la asistencia primaria (*assistenza sanitaria territoriale*), señalada también por las más altas instituciones nacionales como la principal causa de la limitada capacidad de respuesta a la pandemia en algunas zonas del país. Ciertamente, la crisis sanitaria ha dejado aún más claro que una red de asistencia de proximidad adecuada, utilizando las palabras del Tribunal de Cuentas, “*no es solo una cuestión de civilización ante las dificultades del individuo y de las personas con discapacidad y cronicidad, sino que representa la única herramienta de defensa para afrontar y contener rápidamente fenómenos como el que estamos combatiendo*”².

La crisis económica y financiera que ha golpeado a Europa a lo largo del decenio 2010-2020 y que, como es bien sabido, ha requerido intervenciones extraordinarias por parte de muchos países para reducir su deuda pública global, había provocado una contracción progresiva de los incrementos anuales de los recursos destinados a la salud y, en particular, a la asistencia de proximidad, con evidentes dificultades crecientes para cubrir el servicio, frente a un aumento progresivo de la demanda y oferta de prestaciones. Por lo tanto, los factores distorsionantes de estas políticas para contener el gasto ya eran evidentes antes del advenimiento de la crisis pandémica³.

Es también claro que las diferentes opciones adoptadas por las distintas Regiones durante la pandemia, en gran medida moldeadas y predeterminadas por la estructura organizativa preexistente de sus servicios de salud, han tenido diferentes efectos: las Regiones que ya contaban con una sólida red de atención en su territorio, y más acostumbradas a un enfoque integrado a las exigencias

¹ A lo largo del 2020, como resultado de varios decretos-leyes, se han asignado recursos adicionales a los servicios regionales de salud para aumentar la dotación de personal, a menudo por un plazo determinado, ampliar el número de las estructuras privadas acreditadas, aumentar y mejorar el número de camas en cuidados intensivos y subintensivos, apoyar la atención domiciliaria y recuperar las listas de espera de las prestaciones “no Covid” dejados atrás de la emergencia. En 2021, un aumento de los recursos para la salud vino de la Ley de presupuestos y unos decretos de urgencias.

² Corte dei Conti, *Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica*, Marzo 2021.

³ Como señalaban muchos autores, entre los cuales BUSATTA, L., *La salute sostenibile, La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, Torino, Giappichelli, 2018.

de las personas, asumieron el desafío con mayor prontitud y eficacia, mientras que los sistemas regionales más centrados en la atención hospitalaria presentaron una mayor dificultad de adaptación⁴. Esta circunstancia ha aumentado aún más los temores, ya presentes, de una diferenciación ya no fisiológica, sino patológica, entre áreas geográficas, capaz de invalidar la garantía de la seguridad física de todos los residentes en el territorio nacional⁵.

Estas son las situaciones que, especialmente durante la pandemia, han avivado las propuestas de una decidida redistribución de poderes a favor del Estado, en nombre de una renovada necesidad de uniformidad jurídica y de la organización sanitaria. La propuesta más clara, planteada, de verdad, más en el debate político que en el científico, fue modificar la Constitución, transformando la competencia legislativa compartida entre el Estado y las Regiones en materia de “cuidado de la salud” (art. 117, apartado 3, Constitución) en una competencia legislativa exclusiva del Estado.

Otra propuesta fue la de insertar en el mismo artículo 117 de la Constitución una “cláusula de supremacía” que permitiría al Parlamento, a propuesta del Gobierno y con sujeción al simple dictamen de la Conferencia Estado-Regiones, intervenir en asuntos no reservados a la legislación exclusiva estatal cuando así lo exigiera la protección de la unidad jurídica o económica de la República o la protección del interés nacional⁶.

Los riesgos que una cláusula de este tipo podría determinar, aunque solo en términos de confusión y solapamiento con la cláusula que ya permite al Gobierno, de conformidad con el artículo 120 de la Constitución, sustituir a los organismos regionales en circunstancias muy similares, han llevado al abandono de estos proyectos. Igualmente, con respecto a la hipótesis de una modificación de la distribución competencial en materia de salud, prevaleció al final la idea de que la preservación del carácter unitario del servicio de salud no debe buscarse a través de la eliminación del poder legislativo regional en favor del estatal, sino interviniendo en las formas de ejercer las competencias respectivas, de manera que se compatibilicen entre sí las exigencias de uniformidad y las de diferenciación.

Desde este punto de vista, de hecho, el Estado dispone ya del formidable instrumento de la competencia exclusiva en materia de “niveles esenciales de prestaciones” (llamados, en ámbito de salud, *livelli essenziali di assistenza* – LEA - art. 117, apartado 2, letra m) Const.), que también puede extenderse,

⁴ PIOGGIA, A., La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro, *Diritto pubblico*, 2020, 385 ss; Id., La lezione dell’epidemia di Covid-19 sul sistema sanitario e il suo ruolo, *Istituzioni del federalismo*, 2020, 17.

⁵ CUTTAIA, F.G., *Il recupero della centralità del diritto alla salute. Prospettive di riforma del Servizio Sanitario nazionale*, Torino, Giappichelli, 2022; L. CHIEFFI, Equità nella salute e nei servizi sanitari tra politiche europee e interventi statali, *Corti Supreme e Salute*, núm. 1, 2022, 175 ss.

⁶ Véase el proyecto de ley constitucional n.º 2422 firmado por Ceccanti y otros, presentado en la Cámara de Diputados el 3 de marzo de 2020, y a la propuesta similar n.º 1825 presentada al Senado firmada por Parrini y otros.

según la jurisprudencia constitucional consolidada, hasta comprender no solo el listado de prestaciones garantizadas en todo el territorio, sino también requisitos estructurales y cualitativos (estándares del servicio), que se definirán de acuerdo con procedimientos que prevean la adecuada participación de las Comunidades Autónomas⁷. Según la jurisprudencia constitucional, además, la competencia estatal de bases sobre protección de la salud puede extenderse a aspectos relacionados con la respectiva organización, de manera que las Regiones no pueden plantear una competencia exclusiva en ámbito de organización se sus servicios.

Desafortunadamente, el uso que el Estado ha hecho hasta ahora de estas competencias exclusivas y de bases tiene sus altibajos. Si la definición de los niveles esenciales de asistencia se llevó a cabo garantizando un amplio listado, y en 2017 finalmente se logró el objetivo de actualizar y ampliar las prestaciones incluidas, la ausencia de una identificación previa y uniforme de estándares a observar por todas las estructuras del Sistema Nacional de Salud ha llevado a la dificultad de construir un marco coherente de indicadores cualitativos. A esta ausencia se puede, como menos en parte, atribuir la existencia de las profundas brechas que aún caracterizan los resultados en términos de salud y acceso a la atención médica en las diferentes áreas del territorio italiano. Es decir, en muchos casos, el Estado ha tardado en utilizar sus propios instrumentos de homogeneización o en llevar a cabo intentos definitivos de reforma, generando, a su vez, la actual diferenciación entre Regiones “virtuosas”⁸, que anticipan, o al menos intentan anticipar la intervención del Estado, y las Regiones donde ha prevalecido el inmovilismo, si no la oposición abierta, o la incapacidad de producir innovaciones significativas⁹.

2.– EL DISEÑO DE LA TRANSFORMACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE PROXIMIDAD EN EL PLAN NACIONAL DE RECUPERACIÓN Y RESILIENCIA

En este escenario se aprobó el Plan Nacional de Recuperación y Resiliencia (*Piano nazionale di ripresa e resilienza* – PNRR)¹⁰, en el que la parte asignada a la Misión 6, es decir, la Misión Salud¹¹, está destinada en gran me-

⁷ Tribunal Constitucional, decisiones n. 282/2002 y 134/2006.

⁸ Este es el término utilizado en Italia para indicar las Regiones que consiguen los mejores éxitos en relación con el nivel de garantía del derecho a la salud a lo largo de su territorio, sin superar el nivel permitido de deuda.

⁹ Sobre la diferenciación, en términos legales y factuales, entre Servicios regionales de salud, D’ARIENZO, M.C., *Contributo allo studio dei modelli organizzativi in sanità*, Torino, Giappichelli, 2022.

¹⁰ Aprobado definitivamente por Decisión de Aplicación del Consejo de la Unión Europea el 13 de julio de 2021.

¹¹ 15.630 millones de euros, además de 1.710 millones de euros del fondo React-UE + 2.890 millones de euros del Fondo Complementario.

didada precisamente a superar muchas de las dificultades que han mostrado los servicios de salud regionales durante la pandemia.

Así se desprende claramente de los objetivos generales incluidos dentro de los dos componentes en los que se articula la Misión, pero sobre todo en la parte dirigida a la atención de proximidad y a la telemedicina (*component 1*): «*Superar la fragmentación y la falta de homogeneidad de los servicios sanitarios mediante el fortalecimiento de la respuesta territorial, la atención domiciliaria, la telemedicina, para conseguir sistemas territoriales completos e integrados con los servicios sociales*».

Este objetivo supone, en primer lugar, un favor decisivo hacia la superación definitiva de la dicotomía entre el ámbito social (donde, en Italia, tienen relevantes competencias administrativas los Municipios) y lo sanitario (de competencia regional, sea legislativa que administrativa), que ha condicionado desde el principio la organización de la asistencia y ha limitado su capacidad para garantizar un nivel de bienestar adecuado a la concepción moderna de la salud que ya no es sólo la ausencia de enfermedad.

El diseño de la “nueva sanidad primaria” en el Plan se traduce, entre otros, en la previsión de específicos modelos organizativos de asistencia:

- las “Casas de Comunidad (*Case di Comunità*)”, dotadas de equipamiento tecnológico, que garanticen la igualdad de acceso, la proximidad territorial y la calidad de la atención primaria a las personas;

- los “Hospitales de comunidad” (*Ospedali di Comunità*), para el fortalecimiento de la atención intermedia de salud, es decir, aquellos servicios asistenciales que son necesarios después de las cirugías hospitalarias y antes del regreso a casa¹²;

- los servicios prestados en atención domiciliaria (*Assistenza domiciliare integrata* - ADI) apoyados en las nuevas tecnologías (telemedicina, domótica, digitalización) como “primer lugar de cuidado” (*casa come primo luogo di cura*), para asistir mejor a los pacientes con enfermedades crónicas, con el objetivo, a mediados de 2026, de alcanzar hasta el 10% de la población mayor de 65 años con una o varias enfermedades crónicas y/o no autosuficientes¹³;

- uso generalizado de la Telemedicina, con el objetivo de ayudar al menos a 200.000 personas utilizando herramientas específicas para 2025.

Estos dos últimos objetivos también están vinculados a la activación de un sistema de información capaz de manejar datos clínicos en tiempo real y la institución en cada distrito de un Centro Operativo Territorial (COT), con la función de coordinar los servicios a domicilio con otros servicios de salud, asegurando el enlace con los hospitales y la red de emergencias-urgencia.

¹² Estos centros sanitarios realizarán una función intermedia entre el domicilio y la hospitalización, con el objetivo de evitar ingresos hospitalarios indebidos y prestar lugares más adecuados para la prevalencia de necesidades sociosanitarias, estabilización clínica, recuperación funcional y autonomía y más cercanos al domicilio.

¹³ Sobre retos y perspectivas de esta forma de asistencia, SANDULLI, M.A. (Dir.), *L'assistenza domiciliare integrata*, Napoli, ESI, 2021.

Ya en el momento de la asignación del primer tramo de financiación, en agosto de 2021, la identificación de las entidades ejecutoras, el seguimiento y la presentación de informes sobre la Misión 6 se encomendaron de forma centralizada al Ministerio de Salud. La identificación de los Ministerios y de la de la Presidencia del Gobierno como titulares de las reformas e inversiones previstas por el PNRR representa un elemento estructural que caracteriza todo el sistema de Gobernanza del Plan italiano, aplicado sin distinción a todos los sectores, independientemente de la existencia de poderes legislativos regionales. Sin embargo, para llevar a cabo estas inversiones, se ha previsto la utilización de instrumentos de programación negociada entre Estado y cada Región (*Contratti di sviluppo* – CIS, Contratos Institucionales de desarrollo), aplicados por Planes operativos regionales, necesarios para asegurar la coordinación entre niveles institucionales y otros organismos involucrados. De hecho, las Regiones, directamente o a través de sus infraestructuras sanitarias, son responsables de la ejecución y gestión de las inversiones. En caso de incumplimiento por parte de la Región, se revocará la asignación de fondos y se activarán procedimientos de sustitución.

De verdad el PNRR, con su financiación, involucra también los servicios de atención hospitalaria, a los que destina fondos para la renovación tecnológica e infraestructural; pero, si consideramos la totalidad de los 24.000 millones disponibles para la salud atribuibles a los proyectos descritos en el PNRR, encontramos, de hecho, que por primera vez la financiación total para la salud primaria supera la de la salud hospitalaria.

El objetivo más novedoso del Plan es, efectivamente, recomponer dentro de modelos homogéneos una actividad -la de la asistencia de proximidad, o sea, “territorial”, en el sentido italiano - que hasta ahora se ha caracterizado por una amplia autonomía organizativa de las Regiones. Se trata, sin duda, de una homogeneidad que apunta sobre todo a la implantación de servicios esenciales según criterios cualitativos y cuantitativos válidos en todo el territorio nacional, pero que más que en el pasado presupone también una mayor homogeneidad de los modelos organizativos a través de los cuales se asegura esta asistencia¹⁴. Así lo demuestra claramente el decreto del Ministro de Salud n. 77 del 2022, que dicta finalmente las Normas cualitativas, estructurales, tecnológicas y cuantitativas de las estructuras dedicadas a la asistencia territorial. Eso define las Casas de Comunidad como “el lugar físico y de fácil identificación al que los ciudadanos pueden acceder para la atención sanitaria, las necesidades sociosanitarias y el modelo organizativo de atención de proximidad para la población de referencia” (Anexo I, párrafo 5)¹⁵.

¹⁴ Subraya este aspecto PIOGGIA, A., La sanità nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, *Giornale di diritto amministrativo*, 2022, núm 1, 170.

¹⁵ Sobre la reforma de la asistencia sanitaria de proximidad puesta ne marcha por el PNRR, véase CUTTAIA, F.G., La riforma dell’assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale e le problematiche connesse alla sua attuazione, *Federalismi.it*, núm. 23, 2022, 91 ss.; ANGELA, S., Prospettive future: l’evoluzione della sanità territoriale alla luce della missione 6,

Muy importante es la disposición que prevé en cada estructura un “Punto Único de Acceso” (PUA) donde trabajarán equipos integrados compuestos por personal perteneciente al Servicio Nacional de Salud y a los servicios sociales municipales (médicos generales, pediatras, médicos especialistas, enfermeras comunitarias, otros profesionales sanitarios) con la tarea de asegurar una evaluación multidimensional del paciente y permitir que la persona en condiciones de no autosuficiencia pueda vivir en su propio hogar y contexto social. La función clave de las Casas Comunitarias es, por tanto, la prestación de servicios dedicados a las personas mayores que no son autosuficientes, además de las prestaciones ya garantizadas por los Municipios en acuerdo con las autoridades sanitarias; por otro lado, algunos servicios con fuerte interacción social y sanitaria siguen siendo opcionales, como los dirigidos a la salud mental, las adicciones patológicas, la neuropsiquiatría infanto-juvenil. Por lo tanto, las Regiones siguen teniendo un importante margen de elección, especialmente en lo que se refiere a la intensidad de la integración de los servicios sociales, por la necesaria flexibilidad que se les ha tenido que garantizar, dada la diversidad de los modelos organizativos iniciales. A la Agencia nacional para los servicios sanitarios (AGENAS) se le ha encomendado garantizar apoyo y seguimiento a todo el proceso. Es significativa, desde este punto de vista, la aprobación por parte de esta Agencia del “Documento de orientación para el metaproyecto de la Casa Comunitaria”, cuyo objetivo último es precisamente garantizar líneas básicas de intervención compartidas y la adopción de un lenguaje uniforme, para una fácil identificación del servicio.

Otro aspecto novedoso es la concepción de *comunidad* bajo la nueva estructura: no sólo receptora de servicios, sino parte activa en la mejora de las habilidades y oportunidades de salud y en el fortalecimiento de la cohesión social dentro de la propia comunidad, diseñando nuevas soluciones de servicios, ayudando a construir y organizar intervenciones para mejorar la calidad de vida y el territorio y volviendo a poner en el centro sus valores. Por lo tanto, la participación y el empoderamiento de los ciudadanos en los procesos de desarrollo de la salud deben encontrar síntesis en las Casas Comunitarias, tanto en el fortalecimiento de la participación de los ciudadanos individuales para la gestión y promoción de la salud como individuos, como en la participación de los sujetos del tercer sector como promotores y ejecutores de actividades desarrolladas también a través de las oportunidades de co-diseño¹⁶.

componente 1, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, *Sanità pubblica e privata*, 2022, núm 4, 24 ss.; ROSSI, E., Le “Case della comunità” del PNRR: alcune considerazioni su un’innovazione che merita di essere valorizzata, *Corti Supreme e salute*, núm 2, 2021, 361 ss.; ANDREANI, T., Il Servizio sanitario nazionale, tra storia e attualità: riflessioni intorno alla gestazione e alle prospettive di attuazione della riforma della sanità territoriale, *BioLaw Journal*, 2023, núm 1, 335 ss.

¹⁶ Sobre la importancia del involucramiento de las comunidades, y de los municipios que conforman su cuerpo exponencial, en la construcción de las nuevas Casas Comunitarias PIZZOLATO, F., Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute, *Dirittifondamentali*, 2022, núm. 1, 421 ss.

La puesta en marcha de este ambicioso proceso de transformación de las estructuras preexistentes en estructuras comunitarias, en el sentido antes mencionado, presupone, en primer lugar, un proceso de reorganización y adaptación para que ellas respondan a los criterios exigidos, sino también la realización de nuevas estructuras, por las Regiones que ya antes no tenían una red de “Casas de Salud”, el antecedente más próximo, en términos de requisitos, a las Casas de Comunidad. Hay que recordar, de hecho, que ya en el 2012 el legislador estatal, con la Ley N° 189 de 8 de noviembre de 2012, intentó plantear una nueva forma de organización de la asistencia de proximidad, basada sobre las “Casas de Salud”, que podían asumir diferentes tamaños (pequeñas, medianas y grandes), y querían representar los espacios donde garantizar la continuidad, la proximidad y la integración multiprofesional en la prestación de servicios de salud¹⁷. Esta reforma, que tenía ya como objetivo una mejor integración de los servicios sociales y sanitarios mediante la reducción de las camas hospitalarias y el fortalecimiento de la red de asistencia territorial, se ha implementado de manera desigual, contribuyendo a la creación de diferentes establecimientos de salud y a la producción de servicios con diferente consistencia¹⁸; tanto que incluso las Regiones que más han intentado aplicar este modelo, como Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Lazio, consiguieron resultados no totalmente satisfactorios¹⁹. En definitiva, a pesar de una serie de interesantes experiencias, las “Casas de salud” aún no han logrado reunir a los médicos generales en un solo lugar, eliminar la distancia entre las esferas social y sanitaria, ni sobre todo asegurar, salvo excepciones, una participación cívica continua, presentándose más bien como puntos de agregación de la oferta de servicios de salud.

Por lo tanto, en la aplicación del PNRR, incluso las regiones que ya habían experimentado el modelo de las Casas de salud están llamadas a centrar sus esfuerzos en su recualificación y difusión, mientras que todas las demás deben crearlas desde cero. Lograr este objetivo requiere de un proceso que parte de la identificación detallada de los recursos ya presentes y de las nuevas necesidades: la verificación de las estructuras que ya existen y corresponden a las características necesarias para lo que deben realizar; la elección de los edificios a adaptar; la planificación de las Casas de nueva creación. Se trata de un estudio

¹⁷ Sobre esta reforma véase BOTTARI, C., DE ANGELIS, P. (Dir.), *La nuova sanità territoriale*, Rimini, Maggioli, 2016.

¹⁸ Para un panorama de la presencia de estas estructuras intermedias en el territorio nacional, antes la aprobación del PNRR, véase el análisis realizado en el documento de la Cámara de Diputados, *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale*, 1° marzo 2021.

¹⁹ Como señala MORANA, D., I decreti del 2012 tra le riforme della Riforma sanitaria, *Corti Supreme e salute*, 2018, núm. 3, 601, todavía a finales de 2018 la implantación del modelo organizativo establecido a nivel estatal se encontraba todavía en los puntos de partida, con excepción de algunas Comunidades Autónomas, además con diversas adaptaciones y diferenciaciones. Sobre las causas del fracaso de esta reforma, véase también JORIO, E. y SERVETTI, D., La difficile riforma dell’assistenza primaria, tra legge statale, accordi collettivi e programmazione regionale, *Corti supreme e salute*, 2019, núm 2, p. 259 ss.

y de una actividad de planificación que, ciertamente en una medida mucho más sustancial que para otros proyectos del PNRR, requiere la implicación no sólo de las Regiones, sino también de los Municipios y comunidades a los que estas estructuras deben representar –precisamente - la “Casa”.

3.- OPORTUNIDADES Y RIESGOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS NUEVOS MODELOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

La realización de la Misión 6 del Plan y, en particular, dentro de ella, la implantación de la nueva sanidad territorial es, como hemos visto, un programa ambicioso, pero su puesta en marcha se produce en un contexto financiero cada vez más crítico para el servicio sanitario público. Se suponía que la emergencia pandémica representaría un parteaguas y la salida del Covid la oportunidad para un gran relanzamiento del Servicio Nacional de Salud: la relación entre el gasto sanitario y el PIB había superado el umbral del 7% y la respuesta excepcional del PNRR, destinado precisamente a inversiones en Salud, parecía abrir nuevas fronteras; lamentablemente, las previsiones para el 2025, son, en cambio, de un gasto público del 6,2% del PIB para la salud. Estos recursos, que no se ajustan a las necesidades y expectativas de la población, se ven reflejados en un SNS que se ve obligado a practicar un racionamiento implícito, lo que trae consigo un nivel de inequidad muchas veces superior a aquella producida por los mecanismos del mercado.

En este contexto, no es superfluo recordar que los recursos puestos en marcha por el PNRR se refieren solamente a las inversiones *en infraestructuras*: los gastos del personal que tendrá que gestionar y poner en funcionamiento los nuevos establecimientos sanitarios forman parte de los gastos corrientes y, por lo tanto, deben financiarse al margen de los recursos del PNRR. Es precisamente la incertidumbre sobre la cantidad de recursos disponibles para el aumento del personal del SNS que se empleará en las estructuras previstas para la nueva asistencia de proximidad, lo que constituye uno de los principales problemas por las Regiones, empeorado por la crónica escasez de personal médico y paramédico. Esto es un problema profundo y sin solución fácil, que afecta a todos los niveles organizativos de la administración sanitaria italiana, originado por una rotación insuficiente y una fuga progresiva de muchos profesionales de los servicios públicos a la sanidad privada²⁰. A nivel nacional, es la medicina general una de las disciplinas de especialización con deficiencias de personal más apremiante, agravado aún más por la distribución desigual de los médicos de cabecera entre regiones y por la distribución por edades de estos profesionales, altamente concentrada en los grupos de mayor edad²¹.

²⁰ Como recuerda BUSATTA, L., *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative*, *Federalismi.it*, 2023, núm. 26, 19.

²¹ Como puede leerse en OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), *Italia: Profilo della Sanità 2023*, OECD Publishing, Paris (<https://doi.org/10.1787/1e266bea-it>).

A pesar de esto, el Gobierno nacional no parece estar a favor de la supresión gradual del techo de gasto para el personal sanitario, aunque sea una prioridad absoluta para relanzar las políticas de capital humano, y ya anuncia un recorte de los recursos asignados al Servicio nacional de salud del 6,6% al 6,1%, que solo puede extenderse al gasto para el personal. Sin un esfuerzo global por parte del Estado para acompañar las inversiones en infraestructuras con la financiación corriente, incluso las Regiones que en los últimos años han hecho un gran trabajo para garantizar el máximo nivel de prestaciones corren el riesgo de tener que reducir, si no aplazar, la resolución de sus problemas estructurales²².

Según la idea del Gobierno nacional, evidentemente, y del Plan nacional, el uso de innovaciones tecnológicas debería ofrecer una valiosa ayuda en la solución de estos problemas, permitiendo utilizar menos recursos, profesionales y económicos, para alcanzar los objetivos marcados. Esto significa que, con los mismos recursos utilizados, las administraciones públicas podrán alcanzar un mayor número de objetivos y podrán garantizar a los pacientes nuevos niveles de atención sanitaria y asistencial, articulándolos cada vez más específicamente²³. Por otro lado, hay muchos que señalan como la importante inversión en Telemedicina sea ciertamente útil, pero no decisiva: las diferencias regionales representan contextos en los que la digitalización afectará inevitablemente de forma diferenciada y, teniendo en cuenta el poco tiempo de tratamiento que el personal sanitario asegura actualmente en el domicilio²⁴, el riesgo es que la telemedicina solo sirva para aumentar el número de personas asistidas, reduciendo aún más la relación cara a cara.

Otro problema relevante es la interacción entre los médicos de medicina general y las nuevas estructuras de comunidad, que en el modelo ideal de “Casa de Comunidad” representa un elemento esencial para el encuentro entre demanda y oferta de servicios. En la actualidad, no existe ninguna norma que obligue o fomente a los médicos de cabecera a trasladarse de sus estudios profesionales a los ambulatorios de las Casas del Comunidad; la gran mayoría de ellos quieren seguir siendo lo que son, autónomos profesionales que, como tales, pueden decidir trabajar de forma independiente y sin ser colocados en una estructura pública, junto al personal del Servicio Sanitario regional.

Todos estos factores podrían dar lugar a la creación de contenedores que se instalarán, pero sin posibilidad de utilizarlos adecuadamente. En otras palabras, el riesgo de que el Plan de Recuperación y Resiliencia se convierta, desde

²² NERI, S., Il Servizio Sanitario Nazionale e la riforma dell’assistenza territoriale: tra collasso e rilancio, *Autonomie locali e servizi sociali*, 2023, núm. 1, 3 ss.

²³ Sobre esta forma de asistencia véase también el Decreto del Ministerio de la Salud del 29 de abril 2022, done se encuentran las directrices del modelo Digital para la Implementación de la Atención Domiciliaria.

²⁴ Los sistemas regionales han prestado hasta ahora escasa asistencia al domicilio, durante un tiempo limitado y de manera muy diferenciada en los distintos territorios. El anuario estadístico del Ministerio de Salud muestra que el tiempo que los profesionales de la salud pública pasan en el domicilio del paciente atendido es de una media de 18 horas al año, mientras que la media europea es de 240 horas al año.

una oportunidad de verdadera transformación de los Servicios de salud, en una inversión en infraestructuras vacías, es grande.

4. POSIBLES EFECTOS DE LA REVISIÓN DEL PLAN NACIONAL DE RECUPERACIÓN SOBRE EL PROYECTO DE REFORMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Como es sabido, desde el principio, la ambición y la amplitud del Plan Nacional se han combinado con la provisión de plazos estrictos para el uso efectivo de subvenciones y préstamos, efecto de las previsiones contenidas en el Mecanismo Europeo de Recuperación y Resiliencia. Los mecanismos de verificación periódica de la consecución de las metas y objetivos, necesarios para el reconocimiento de los tramos semestrales de recursos son, sin duda, tales que han obligado todos los países europeos a un esfuerzo extraordinario para no incurrir en bloques de financiación y responsabilidad frente a las instituciones europeas.

En este contexto, el 7 de agosto de 2023, Italia envió a la Comisión Europea una significativa propuesta de revisión del PNRR que, en relación con la Misión 6 Salud, pedía, entre otros, la reducción de la cantidad de Casas Comunitarias y Hospitales Comunitarios inicialmente programados. El documento también contenía la solicitud de aplazamiento de los términos para el logro del objetivo relacionado a las personas atendidas a través de Telemedicina (+12 meses). Según el Gobierno nacional, el aumento de los costes de ejecución de las obras presupuestadas en la era prepandémica y previamente a la crisis energética habían hecho inevitable la eliminación de un número sustancial de nuevas instalaciones. Esta propuesta ha llevado mucho debate entre quien estaba en favor de un “baño de realidad” respecto a estos proyectos, para proteger a nuestro país del riesgo de responsabilidad por la no aplicación del PNRR, y quien ha destacado las numerosas incertidumbres y contradicciones en las motivaciones declaradas por el Gobierno para justificar la revisión y, sobre todo, la incertidumbre sobre las fuentes de financiación de las obras excluidas del Plan.

Las modificaciones al Plan aprobadas por el Consejo Europeo han confirmado, al final, muchas de las propuestas del Gobierno, y, en cambio, un aumento en la meta cuantitativa, tanto en el número de personas mayores de 65 años que atender en atención domiciliaria (de al menos 800 mil a 842 mil), como en el número de pacientes que asistir por telemedicina (de al menos 200 mil a 300 mil).

Hasta el momento se desconocen los criterios y la distribución regional de los recortes que se aplicarán a los proyectos de Casas y Hospitales de Comunidad. Sin embargo, si la reducción del tamaño del proyecto afectará las nuevas instalaciones, mas que la recualificación de las ya existentes, serán principalmente las Regiones Centro-Sur a ser penalizadas por la revisión del Plan.

Es importante destacar que el art. 1 del reciente decreto-ley n. 19 del 2 de marzo 2024 prevé que las intervenciones programadas en el Contratos de Desarrollo Institucional (CIS) ya firmados y que ya no se pueden llevar a cabo con los recursos del PNRR tienen que ser financiadas por las Regiones con sus propios recursos, sin la aportación de recursos adicionales por parte del Estado. De hecho, se prevé que las Regiones utilicen los recursos que ya se les han asignado sobre la base del art. 20 de la Ley n.º 67 de 1988, destinadas a edificios sanitarios que las mismas ya han programado. Por esta razón habrá muchas Regiones que se encontrarán frente a una encrucijada: ¿realizar nuevas Casas de Comunidad o mejorar los hospitales? Optar por la segunda vía sería realmente una oportunidad perdida para devolver a la asistencia de proximidad esa centralidad que con demasiada frecuencia se olvida en la adopción de medidas para hacer efectivo el derecho a la salud.

5.- LOS PROYECTOS DE AUTONOMÍA REGIONAL DIFERENCIADA Y SU POSIBLE IMPACTO SOBRE LA REFORMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN EL PLAN NACIONAL

Para completar el razonamiento sobre los retos actuales de los servicios de salud en Italia, hay que preguntarse si el esfuerzo que todos los niveles territoriales están haciendo para eliminar las deficiencias del servicio nacional en su conjunto, y en particular las brechas territoriales que lo caracterizan, en línea con los compromisos asumidos con la Unión Europea y las condiciones a las que está sujeto el uso de los fondos *Next Generation UE* asignados a Italia, sea compatible con el reconocimiento de una mayor autonomía a algunas Regiones, según el procedimiento establecido por el art. 116, párrafo 3 de la Constitución. Los tan discutidos proyectos de autonomía diferenciada o asimétrica, presentados, a partir de 2016, por algunas Regiones (en particular, Véneto, Lombardía y Emilia-Romagna), parecen ahora tener un margen de aplicación gracias a la iniciativa legislativa gubernamental ahora identificada por todos con el nombre del Ministro inspirador, es decir, el proyecto de ley “Calderoli”, y a punto de ser aprobada por el Parlamento²⁵, con el fin de definir tanto los principios para la atribución de una mayor autonomía a las Regiones como el procedimientos para la aprobación de los acuerdos previstos por el art. 116.

Este proyecto ha sido objeto de muchas críticas, tanto en el ámbito político como en lo científico²⁶. No debe sorprender, por tanto, que una parte

²⁵ El título exacto del proyecto de ley es Disposiciones para la Implementación de la Autonomía Diferenciada de las Regiones con estatutos ordinarios de conformidad con el párrafo tercero del artículo 116 de la Constitución (Proyecto de ley n.º 615) presentada por el Ministro de Asuntos Regionales y Autonomía y comunicada a la Presidencia del Senado el 23 de marzo de 2023.

²⁶ Para una visión completa de las cuestiones planteadas por el proyecto de ley, así como de los textos de las numerosas audiencias celebradas en la Comisión de Asuntos Constitucionales

de la doctrina sugiera como menos suspender, por el momento, la solicitud de formas de autonomía diferenciada, para centrarse en los proyectos de equiparación económica y estructural del país contenidos en el PNRR, prestando atención, en todo caso, a la corrección de aquellas partes del Título V que más que otras se prestan a interpretaciones competitivas de la autonomía regional ajenas al espíritu más auténticamente solidario de la Constitución²⁷. Las mayores perplejidades y temores derivan de los mecanismos de compensación y solidaridad económica puestos como contrapeso a la posible transferencia de funciones y recursos adicionales a las Regiones que proponen el acuerdo de diferenciación competencial, porque todavía no parece claro cómo se puede no poner en peligro la plena prestación de servicios en el resto del territorio nacional. En este sentido parecen tranquilizadoras las previsiones contenidas en el proyecto de ley del Gobierno, donde se excluye que pueda surgir de la aplicación y aprobación de cada acuerdo mayores cargas para las finanzas públicas y, sobre todo, donde se dice que «se garantiza la estabilidad financiera, en relación con los acuerdos aprobados por ley que desarrolla el artículo 116, c.3, de la Constitución, para las personas físicas de regiones que no forman parte del acuerdo».

Si entendemos la búsqueda de la equidad en el ámbito de la salud, en primer lugar, como garantía de acceso efectivo a los servicios en todo el territorio nacional con el mismo nivel de calidad, es claro que el sistema de financiamiento parece ser de crucial importancia, porque la cantidad total de recursos asignados anualmente a la salud pública debe estar vinculada precisamente a las demandas necesarias para cubrir estos servicios. Sin embargo, es precisamente en el ámbito del servicio de salud donde el nivel estándar de coste, aunque han sido identificado, aún no constituye la base para la cuantificación y distribución de la financiación global, así como falta todavía el mecanismo de perecuación diseñado para garantizar la solidaridad interterritorial, que se recoge entre los principios del art. 119 de la Constitución, cuyo cumplimiento es una condición para la aplicación del mismo artículo 116, c. 3²⁸. Esta es la razón principal de la oposición de muchos autores a nuevos y más amplios márgenes de autonomía en el ámbito sanitario para algunas Regiones, antes que se sea solucionado el equilibrio general del sistema²⁹.

del Senado, en la extensa bibliografía se puede consultar ASTRID, Documento n° 93, L'autonomia regionale "differenziata" e la sua attuazione: questioni di procedura e di metodo, abril 2023 (en www.astrid-online.it).

²⁷ En este sentido CALAMO SPECCHIA, M., L'autonomia differenziata e la solidarietà interterritoriale: spunti di riflessione per una riforma costituzionalmente sostenibile, *Osservatorio Costituzionale AIC*, núm 5, 2023.

²⁸ Como señala RIVOSECCHI, G., Riparto delle competenze e finanziamento delle funzioni tra Stato e Regioni nella tutela del diritto alla salute: dall'emergenza alla stabilizzazione, *Diritto e società*, 2021, núm 2, 223 ss.

²⁹ En este sentido SANDULLI, M.A., Le tante facce (non tutte auspicabili) del regionalismo differenziato: i presidi non rinunciabili della solidarietà e i gravi rischi della competizione, *Corti Supreme e salute*, 2020, núm. 1, 253 ss.

Frente a muchos aspectos que tienen que ser clarificados en el modelo, efectivamente, hay que poner máximo cuidado en aplicar un camino -el llamado “regionalismo diferenciado” – que, en el estado actual del Sistema Nacional de Salud, podría acentuar sus defectos estructurales, en primer lugar, las disparidades territoriales en el acceso y disfrute de un servicio de calidad adecuada. Una condición preliminar sería preguntarnos cuáles son los objetos sobre los que una sola Región podría experimentar innovaciones positivas para todo el sistema, y qué formas de autonomía podrían serles concedidas sin desmantelar el sistema. Sobre estas preguntas, sin embargo, el debate parece escaso, porque prevalece el rechazo total de la sola idea de una diferenciación ulterior en la organización sanitaria³⁰ o, en cambio, la defensa de la reivindicación de una mayor autonomía en favor de las Regiones que más, hasta ahora, han garantizado con su esfuerzos y recursos, el funcionamiento del Servicio Nacional de salud³¹.

Cuanto el tema del regionalismo diferenciado sea conectado, al final, con la actuación del PNRR, es otro elemento que parece poco considerado en el debate actual, mientras que es evidente que desde el buen éxito de la Misión 6 del Plan dependerá, también, la prosecución o la renuncia al proyecto por parte de las Regiones solicitantes. Claro es, por otro lado, el riesgo que, frente a la perspectiva concreta de alcanzar una mayor autonomía, algunas Regiones no quieran someterse al diseño homogeneizador del PNRR³², dando lugar a modelos diferenciados de asistencia no totalmente en línea con los entendimientos del legislador nacional. También para evitar estos efectos, en el caso de que la consecución de los objetivos intermedios y finales del PNRR pueda ser comprometido por parte de las Regiones, la ley estatal ha regulado procedimientos sustitutivos cada vez más detallados³³.

6.- CONCLUSIONES

Como clausura de este breve *excursus* sobre las principales trayectorias de transformación de los servicios de salud en Italia, parece obvio observar que el bienestar de los ciudadanos exige que las funciones asignadas al Estado, a las regiones y a las autoridades locales se concilien armoniosamente. No es útil defender las competencias de los demás ni la mera demanda de nuevos ámbitos de intervención por parte del Estado, de las regiones y de las autoridades

³⁰ En autores como VIESTI, G., *Contro la secessione dei ricchi. Autonomie regionali e unità nazionale*, Roma-Bari, Laterza, 2023.

³¹ Como, por ejemplo, en BERTOLISSI, M., *Autonomia. Ragioni e prospettive di una riforma necessaria*, Venezia, Marsilio, 2019.

³² Sobre este objetivo, y el mecanismo de Gobernanza del Plan como instrumento para actuarlo, reenvío a TUBERTINI, C., El reto de la cohesión del servicio nacional de salud en Italia, ¿hacia una homogeneización?, *Revista española de derecho administrativo*, núm. 224, 2023, 143 ss.

³³ Véase el art. 2 del último decreto-ley 19/2024 (Responsabilidad para la consecución de los objetivos del PNRR).

locales; más bien, es necesario centrarse en las prioridades, en los objetivos comunes a todo el sistema y en las formas concretas de aplicarlos. Es necesario, es decir, examinar el conjunto de las reformas que se van a emprender en este ámbito para evitar cualquier egoísmo institucional, sobre todo después de los efectos de la pandemia.

Hay que destacar, también, la importancia de foros y procedimientos para garantizar la equidad interterritorial, cruciales para una distribución correcta y más equitativa de los recursos para las demás Regiones, como también demuestran las experiencias de los otros países³⁴, según una lógica de regionalismo cooperativo que sigue siendo el modelo más compatible con el Estado del bienestar³⁵.

Estas parecen ser algunas de las condiciones preliminares para que la imponente cantidad de fondos destinados por el PNRR a la transformación de los servicios de Salud se conviertan en una verdadera oportunidad de cambio de paso para nuestro sistema sanitario.

La última, pero no la menos importante, condición es que en el proyecto de transformación de los servicios sanitarios regionales sea más involucrada la sociedad civil y también los niveles territoriales más próximos al ciudadano, o sea, los Municipios, tomando en serio la referencia a la “Comunidad” de la cual está lleno nuestro Plan Nacional. Esto lo impone la conexión inextricable ente asistencia sanitaria y servicios sociales, y el envejecimiento de nuestra población, verdadero punto sensible de Italia, como de España y de otros países de Europa. Lo impone el aumento exponencial del coste de la financiación del servicio, frente a la necesidad de un mayor cuidado a las efectivas necesidades de las personas. Lo exige, en último, la garantía de efectividad del derecho a la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDREANI, T., Il Servizio sanitario nazionale, tra storia e attualità: riflessioni intorno alla gestazione e alle prospettive di attuazione della riforma della sanità territoriale, *BioLaw Journal*, núm 1, 2023, 335 ss.
- ANGELA, S., Prospettive future: l'evoluzione della sanità territoriale alla luce della missione 6, componente 1, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, *Sanità pubblica e privata*, 2022, núm 4, 24 ss.
- BERTOLISSI, M., *Autonomia. Ragioni e prospettive di una riforma necessaria*, Venezia, Marsilio, 2019

³⁴ Como he puesto de relieve en TUBERTINI, C., Alle soglie dell'autonomia regionale differenziata: i capisaldi dell'unità nazionale, *Istituzioni del federalismo*, num. 3, 2023, 455. Sobre la relevancia de los mecanismos de financiación en el contexto de las relaciones Estado-Autonomías, en Italia como en España, GARDINI, G., Prove di regionalismo differenziato: la lezione spagnola, *Diritto Pubblico*, n. 2, 2023, 451 ss.

³⁵ Sobre la compatibilidad entre regionalismo cooperativo y asimétrico, TUBERTINI, C., Qualche riflessione sugli sviluppi del nostro regionalismo, a partire dal modello regionale di Gaspare Ambrosini, *Antologia di diritto pubblico*, núm. 1, 2024, 43 ss.

- BOTTARI, C., y DE ANGELIS, P. (Dir.), *La nuova sanità territoriale*, Rimini, Maggioli, 2016
- BUSATTA, L., *La salute sostenibile, La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, Torino, Giappichelli, 2018
- BUSATTA, L., Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative, *Federalismi.it*, núm. 26, 2023, 18 ss.
- CUTTAIA, F.G., *Il recupero della centralità del diritto alla salute: prospettive di riforma del Servizio sanitario nazionale*, Torino, Giappichelli, 2022
- CUTTAIA, F.G., La riforma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale e le problematiche connesse alla sua attuazione, *Federalismi.it*, núm. 23, 2022, 91 ss.
- GARDINI, G., Prove di regionalismo differenziato: la lezione spagnola, *Diritto Pubblico*, núm 2, 2023, 451 ss.
- CALAMO SPECCHIA, M., L'autonomia differenziata e la solidarietà interterritoriale: spunti di riflessione per una riforma costituzionalmente sostenibile, *Osservatorio Costituzionale AIC*, núm 5, 2023.
- CHIEFFI, L., Equità nella salute e nei servizi sanitari tra politiche europee e interventi statali, *Corti Supreme e Salute*, núm. 1, 2022, 175 ss.
- D'ARIENZO, M.C., *Contributo allo studio dei modelli organizzativi in sanità*, Torino, Giappichelli, 2022
- JORIO, E. y SERVETTI, D., La difficile riforma dell'assistenza primaria, tra legge statale, accordi collettivi e programmazione regionale, *Corti supreme e salute*, 2019, núm 2, 259 ss.
- MORANA, D., I decreti del 2012 tra le riforme della Riforma sanitaria, *Corti Supreme e salute*, 2018, núm. 3, 595 ss.
- NERI, S., Il Servizio Sanitario Nazionale e la riforma dell'assistenza territoriale: tra collasso e rilancio, *Autonomie locali e servizi sociali*, 2023, núm. 1, 3 ss.
- PIOGGIA, A., La lezione dell'epidemia di Covid-19 sul sistema sanitario e il suo ruolo, *Istituzioni del federalismo*, num. esp. 2020, 17 ss..
- PIOGGIA, A., La sanità italiana di fronte alla pandemia, Un banco di prova che offre una lezione per il futuro, *Diritto pubblico*, 2/2020, 385 ss.
- PIOGGIA, A., La sanità nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, *Giornale di diritto amministrativo*, 2022, núm 1, 170 ss.
- PIZZOLATO, F., Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute, *Dirittofondamentali.it*, núm. 1, 2022, 421 ss.
- ROSSI, E., Le "Case della comunità" del PNRR: alcune considerazioni su un'innovazione che merita di essere valorizzata, *Corti Supreme e salute*, núm 2, 2021; 361 ss.
- SANDULLI, M.A., Le tante facce (non tutte auspicabili) del regionalismo differenziato: i presidi non rinunciabili della solidarietà e i gravi rischi della competizione, *Corti Supreme e salute*, 2020, núm. 1, 253 ss.
- SANDULLI, M.A. (Dir.), *L'assistenza domiciliare integrata*, Napoli, ESI, 2021.

- RIVOSECCHI, G., Riparto delle competenze e finanziamento delle funzioni tra Stato e Regioni nella tutela del diritto alla salute: dall'emergenza alla stabilizzazione, *Diritto e società*, núm. 2, 2021, 223 ss.
- TUBERTINI, C., Diritto alla salute, organizzazione e risorse finanziarie. Lo stato attuale della questione, en AA.Vv., *Diritto amministrativo e società civile*, Vol. I, Bologna, BUP, 2018, 545 ss.
- TUBERTINI, C., Il servizio pubblico sanitario: la differenziazione possibile, praticata, rivendicata, *Munus*, núm. 1, 2023, 115 ss.
- TUBERTINI, C., Alle soglie dell'autonomia regionale differenziata: i capisaldi dell'unità nazionale, *Istituzioni del federalismo*, núm. 3, 2023, 451 ss.
- TUBERTINI, C., Qualche riflessione sugli sviluppi del nostro regionalismo, a partire dal modello regionale di Gaspare Ambrosini, *Antologia di diritto pubblico*, núm. 1, 2024, 43 ss.
- VIESTI, G., *Contro la secessione dei ricchi. Autonomie regionali e unità nazionale*, Roma-Bari, Laterza, 2023.