

EL RETO DE LA SALVAGUARDIA Y COHESIÓN DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD: LA EXPERIENCIA ITALIANA

Claudia Tubertini

SUMARIO: 1. La evolución de las competencias en materia de organización sanitaria: el papel creciente de las Regiones. – 2. El impacto de la emergencia pandémica y el resurgimiento de la "cuestión" del reparto competencial. - 3. La emergencia pandémica como factor promotor del cambio organizativo del SNS. – 4. La adopción del PNRR y los instrumentos previstos para su gobernanza unitaria: ¿Hacia una homogeneización de los sistemas regionales de salud?

1. La evolución de las competencias en materia de la organización sanitaria: el papel creciente de las Regiones.

La tutela plena y efectiva del derecho constitucional a la salud requiere una estructura de competencias que asegure este resultado. Esto implica, por un lado, que el ejercicio de competencias que entrelazan derechos fundamentales, como es el caso del derecho a la salud, no sólo puede, sino que debe estar sujeto a controles periódicos de adecuación; por otro lado, que los roles asignados al Estado, las Regiones y las autoridades locales deben estar armónicamente compuestos, en un mosaico en cuyo centro debe situarse el bienestar de los propios ciudadanos.

Esta ha sido la idea que ha llevado al legislador italiano a perfilar progresivamente el papel del Estado, las Regiones y las autoridades locales en la construcción del SNS: desde su ley fundacional (l. 833/1978), poco después de la institución de las Regiones con estatuto ordinario, concibiendo el Servicio de Salud como un servicio universal, “nacional” pero en red, reconociendo respectivamente a las Regiones y a las autonomías locales un papel en su planificación y gestión; y luego, posteriormente, a partir de 1992, confiando la titularidad del Servicio a las Regiones, en busca de una organización capaz de superar los límites mostrados por la primera fase de implantación y para lograr mejores

resultados en términos de eficacia y eficiencia. La referencia es, por supuesto, a la llamada regionalización "fuerte" (R. Balduzzi, G. Carpani, 2013) - en contraposición a la "débil" de 1978 - del Servicio Nacional de Salud realizada a través del decreto legislativo n. 502/1992 y su posterior consolidación con el decreto legislativo 19 junio 1999, n. 229 y, sobre todo, con el decreto legislativo de 18 de noviembre de 2001, n. 347 y la reforma del Título V de la Constitución. Esta regionalización ha convertido a las Regiones a en el verdadero "centro de gravedad de la regulación y gestión del servicio nacional de salud" (R. Ferrara, 2007).

Este camino se ha caracterizado por momentos de aceleración y otros de freno o replanteamiento. Significativo, en este sentido, es lo ocurrido en los años más agudos de la crisis económico-financiera, donde se produjo una centralización "de retorno" en muchos aspectos sobre los que anteriormente se había producido una descentralización decisiva, reemplazando la diferenciación por la uniformidad en nombre de la sostenibilidad (sobre todo económico-financiera) del servicio (C. Tubertini, 2016).

A pesar de todo esto, no se puede dudar- que la experiencia de las Regiones como instituciones (tanto jurídicas como políticas) responsables, en primera línea, de la organización y preparación del servicio de salud está ahora tan arraigada que representa una de las las características distintivas del modelo italiano de asistencia sanitaria: el mismo modelo que, cabe destacar, ha permitido hasta ahora a Italia de permanecer en una posición respetable en el escenario mundial en términos de amplitud y calidad de la oferta, resultados sanitarios globales y expectativa de vida de la población. Es igualmente cierto que se trata de un modelo que todavía adolece de problemas estructurales y funcionales, y que por lo tanto tiene un amplio margen de mejora, especialmente en lo que se refiere a la garantía de un acceso equitativo y en igualdad de condiciones para todos los usuarios, y la consiguiente superación de las disparidades territoriales que todavía lo caracterizan.

Una de las cuestiones centrales de nuestro sistema de salud es, y sigue siendo, cómo compaginar el derecho a la equidad con la autonomía

otorgada a las entidades regionales para diseñar sus modelos de organización de los servicios sanitarios.

En los últimos años, el tema se había convertido en objeto de un fuerte conflicto ideológico a raíz de los muy discutidos proyectos de autonomía diferenciada presentados en actuación del art. 116, párrafo 3 de la Constitución, a partir de 2016, por algunas Regiones (en particular Veneto, Lombardía y Emilia-Romagna), en cuyas solicitudes se entrelazaban, con diversa intensidad, perfiles financieros y organizativos. Sobre estas propuestas, el debate político-institucional, pero también científico, ha estado condicionado por un fuerte prejuicio subyacente, basado en la idea de que una mayor diferenciación de los modelos regionales de salud podría dañar la unidad del sistema, así como la garantía de los niveles asistenciales esenciales protegidos, en realidad, por la competencia exclusiva del Estado del art. 117.2, letra *m*) de la Constitución. Al respecto, se ha argumentado, en particular, que en materia de salud los principios fundamentales de la legislación estatal son, de hecho, imperativos, como instrumentos para garantizar la aplicación del artículo 32 de la Constitución; que la organización de los servicios de salud, por lo tanto, aun siendo uno de los ambitos teóricamente susceptible de formas y condiciones particulares debido al principio de autonomía regional, de conformidad con el mismo artículo 116.3 de la Constitución, no sería, en la práctica, diferenciable (Viesti, 2017). Son temores que, en realidad, podrían haberse superado identificando de mutuo acuerdo a cuál de los principios fundamentales en materia organizativa se podría renunciar sin renunciar al carácter nacional y de red del Servicio, y, que, por tanto, deben considerarse indispensables: entre ellos, por ejemplo, el principio de acceso en todo el territorio nacional de los ciudadanos a los servicios sanitarios y sociosanitarios incluidos en los niveles esenciales de asistencia, sin límites relacionados con la región de pertenencia, sin pena de la violación del artículo 32 de la Constitución, así como del artículo 117, párrafo 2, letra *m*) de la misma.

2. El impacto de la emergencia pandémica y el resurgimiento de la cuestión “competencias en materia de salud”

Hasta poco antes de la pandemia, nuestro sistema de salud era un sistema comprometido, por todos los medios, en solucionar el problema del control del gasto; pero el precio pagado ha sido muy alto en términos del crecimiento de las heterogeneidades en todo el territorio nacional: ante la contracción de los recursos, los servicios de salud se encontraron ante la necesidad de *hacer cada vez más con menos*, paradójicamente multiplicando (precisamente a través del buen funcionamiento de las políticas de *austeridad*) los efectos de los recortes de los gastos en la organización sanitaria (A. Pioggia, 2020).

Durante la emergencia pandémica, la diferente capacidad de los sistemas regionales de salud para afrontar el reto de la reorganización y reconversión de sus estructuras y servicios ha reavivado las propuestas de una redistribución de competencias en favor del Estado, en nombre de una renovada necesidad de uniformidad. La propuesta más fuerte fue de modificar la Constitución, transformando la actual competencia legislativa concurrente entre Estado y Regiones en materia de protección de la salud en competencia legislativa exclusiva del Estado; una propuesta cuya dudosa utilidad (habría que modificar no sólo el artículo 117, sino también el 118 para volver a poner todo el servicio de salud bajo la titularidad exclusiva del gobierno central) inmediatamente ha hecho preferir otra opción: la de insertar en el artículo 117 de la Constitución una "cláusula de supremacía" que permitiera a las Cortes Generales, a propuesta del Gobierno y previo dictamen de la Conferencia Estado-Regiones, de intervenir en asuntos no reservados a la legislación exclusiva cuando la protección de la unidad jurídica o económica de la República o la protección del interés nacionalí así lo exija.

La doctrina ha expresado muchas dudas sobre la necesidad real de una intervención sobre la Constitución (F. Bilancia, 2020). Con razón se ha recordado que el Estado ya cuenta con el formidable instrumento de su competencia exclusiva en materia de “niveles esenciales de asistencia”, que puede extenderse, según la consolidada jurisprudencia constitucional,

también a la identificación de estándares y requisitos estructurales y cualitativos, aunque sean definidos según procedimientos que tienen que prever la adecuada participación de las Regiones (Corte Constitucional, sentencia 282/2002; 134/2006).

También los principios fundamentales de la ley estatal en el campo de la protección de la salud pueden, nuevamente según la jurisprudencia constitucional, extenderse a aspectos relativos a la organización. Esto no significa, sin embargo, concluir en el sentido de la necesaria uniformidad de la organización. Por el contrario, la flexibilidad organizacional fue precisamente la herramienta que permitió que los distintos contextos territoriales, durante la pandemia, cambiaran su estructura más rápidamente en respuesta a un aumento masivo y muy rápido de la demanda (G. Gardini, 2020).

Por estas razones, según la doctrina mayoritaria, es a partir de la experiencia regional de la gestión del servicio de salud que el Estado debe en todo caso comenzar a brindar los oportunos impulsos de coordinación, como un servicio prestado al *sistema nacional de salud*. De esta forma, la identificación de modelos organizacionales por parte del legislador estatal no representaría una solución de arriba hacia abajo, sino derivada de la elaboración de las experiencias de los servicios regionales de salud (G. Falcón, 2020). La salvaguarda de la unidad del servicio de salud, por tanto, no debe buscarse mediante la eliminación de la potestad legislativa regional en favor de la estatal, sino interviniendo sobre las formas de ejercicio de las respectivas competencias, a fin de compatibilizar las exigencias de uniformidad con cada una de ellas, y, además, con los retos de la diferenciación (R. Balduzzi 2020, a) y b); A. Morelli, A. Poggi, 2020), evitando así que la diferenciación se resuelva en una condición injustificada de desigualdad entre los ciudadanos (G. Piperata, 2020).

3. La emergencia pandémica como factor promotor del cambio organizativo del SNS

La rápida y violenta propagación del Coronavirus ha representado, por otro lado, un factor de impulso a para la realización de reformas que desde hace

mucho tiempo estaban en espera en este ámbito. La pandemia ha vuelto a situar en el centro de la atención de las autoridades públicas la garantía de la seguridad física de los ciudadanos, elevando la protección de la salud a un objetivo primario. Esto ha permitido reorientar el proceso legislativo, modificando líneas de política que durante años habían estado dirigidas principalmente a la contención del gasto. Me refiero en primer lugar al importante incremento del Fondo Nacional de Salud y otros fondos (como el de emergencias nacionales y el de medicina general), a las medidas extraordinarias de refuerzo de personal y a la flexibilización de anteriores restricciones de gasto, y a los fondos extraordinarios para la compra de equipos y dispositivos médicos.

Todas estas previsiones, claramente encaminadas a apoyar a los servicios autonómicos en la lucha contra la pandemia aumentando en casi un 10 por ciento la financiación global del Servicio Nacional de Salud, han, por otro lado, sido acompañadas de una serie de normas que han afectado directamente a la organización sanitaria: por ejemplo, la creación obligatoria, cada 50.000 habitantes, de las Unidades Especiales de Continuidad de Atención para la gestión domiciliaria de los enfermos por Covid-19; pero, sobre todo, la obligación de cada Región de elaborar una serie de planes: un programa operativo para la gestión de emergencias, aprobado por los Ministerios de Salud y Economía y supervisado conjuntamente por los citados ministerios; un plan de fortalecimiento y reordenamiento de la red de atención de salud, para fortalecer la oferta territorial de salud y sociosanitaria; un plan de reordenamiento para la reorganización de la red hospitalaria, para aumentar el número de camas en régimen de hospitalización intensiva; y, por último, un plan extraordinario para la recuperación de las listas de espera formadas por el bloqueo o ralentización de la actividad asistencial ordinaria. También debemos destacar los decretos leyes y legislativos del periodo Covid que han impuesto la obligación de las Regiones de garantizar la coordinación de las actividades territoriales sanitarias y sociosanitarias y la activación de centros operativos regionales para poner en relación todos los servicios, incluso el sistema de emergencia-urgencia, también a través de herramientas informáticas y telemedicina.

Este breve *excursus* sobre las principales medidas adoptadas, muestra un sistema que, en pocos meses, ha intentado remediar - ¡una obra titánica! - lo que no se había hecho en los últimos diez años en cuanto a dotación de hombres, medios y herramientas para el Servicio Nacional de Salud-. Finalmente se sintió la urgencia buscar respuestas rápidas a las solicitudes de los ciudadanos, quienes en el momento de la emergencia vieron fortalecido el vínculo con “su” servicio regional de salud (G. Falcon, 2020).

Este imponente e indudable esfuerzo de adecuación organizativa estuvo, sin embargo, dominado por las críticas que suscitaron las posiciones asumidas por algunos Presidentes de la Región, quienes, fortalecidos por su poder de dictar ordenanzas como autoridades sanitarias, se colocaron en una posición abiertamente conflictiva con la del Estado, y por la diferente capacidad demostrada en la lucha frente a la Pandemia a lo largo del País (M. Casula, A. Terlizzi, F. Toth, 2020).

En este contexto la Corte Constitucional ha otorgado amplias facultades de intervención al Estado. En particular, la referencia hecha por la Corte en la sentencia núm. 37/2021 a una competencia exclusiva del Estado, como es la profilaxis internacional, calificada como *no transversal* -por lo tanto no sujeta, en principio, a la obligación de un acuerdo previo con las Regiones- ha sido interpretada de forma diferente según el ángulo de visión elegido: como una demostración del respaldo de la Corte a la perspectiva de un aumento del papel del Estado, o, más bien, como una decisión dictada por la necesidad de encontrar una base constitucional para un aumento de las competencias exclusivas (y por lo tanto también para una atenuación de el principio cooperativo) que sólo podrá aplicarse y justificarse en las fases de emergencia, sin perjuicio de la necesidad de vinculación entre las competencias estatales y autonómicas en situaciones de normalidad. Esta segunda interpretación es quizás la más plausible, ya que la propia Corte Constitucional, al afirmar que “el legislador estatal está facultado para prefigurar todas las medidas necesarias para preservar la igualdad de las personas en el ejercicio del derecho fundamental a la salud y el interés de la comunitaria”, reconoce también que es fundamental “la contribución de la organización sanitaria regional, por medio de la cual el

propio Estado puede perseguir sus fines”, reconociendo una necesidad inmanente de coordinación (C. Tubertini, 2021).

4. La adopción del PNRR y los instrumentos previstos para su gobernanza unitaria: ¿Hacia una homogeneización de los sistemas regionales de salud?

En este escenario se llega a la aprobación del Plan Nacional de Recuperación y Resiliencia (PNRR), en el que la parte asignada a la Misión 6 del plan, o Misión Sanitaria [equivalente a 15.630 millones de euros, a los que se suman 1.710 millones de euros del fondo React -EU + 2.890 millones de euros del Fondo Complementario nacional], tiene como objetivo claro superar muchas de las dificultades mostradas por los servicios sanitarios autonómicos durante la pandemia.

Estos son los objetivos generales en los que se divide la misión, *asistencia de proximidad y telemedicina* (componente 1) e *innovación, investigación y digitalización del SNS* (componente 2): superación de la fragmentación y la carencia de homogeneidad de los servicios de salud mediante el fortalecimiento de la respuesta territorial, atención domiciliaria, telemedicina, para lograr sistemas territoriales completos integrados con los servicios sociales; modernización tecnológica y digital de estructuras, mejorando su calidad y oportunidad; fortalecimiento del personal; promoción de la investigación y de la innovación; gobernanza y programación en protección y seguridad de datos.

La mayor reorganización que prevé el PNNR se encuentra en los modelos territoriales de asistencia, que pasa por:

- activación de 1.350 "Casas de comunidad" , dotadas de equipamiento tecnológico, que garanticen la igualdad de acceso, la proximidad territorial y la calidad de la atención a las personas;
- provisión de atención domiciliaria apoyada en nuevas tecnologías (telemedicina, domótica, digitalización) para el cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas, con el objetivo, a mediados de 2026, de aumentar los servicios prestados en atención domiciliaria al 10% de la población mayor de 65 años con una o más enfermedades crónicas y/o no

autosuficientes (1,5 millones de personas estimadas en 2026). Se estima que el número de personas atendidas deberá incrementarse en al menos 800.000 para 2026;

- activación de los COT (Centros Operativos Territoriales) que prevén el pleno funcionamiento de 600 centros, uno en cada distrito (alrededor de 100.000 habitantes), para la coordinación de los servicios domiciliarios con los demás servicios de salud, asegurando la interfaz con los hospitales y la red de emergencia - urgencia a mediados de 2024;

- uso generalizado de la telemedicina, con el objetivo de asistir al menos a 200 000 personas para 2025.

Se prevé también como otros objetivos la construcción de 400 hospitales "comunitarios" (o sea, hospitales destinados a enfermos no graves) a mediados de 2026 (estándar nacional estimado de un hospital comunitario para 158.122 habitantes).

Para la realización de las inversiones, se prevé el uso de instrumentos de planificación negociada entre Estado y Regiones, como los Contratos de Desarrollo Institucional, necesarios para asegurar la coordinación de los niveles institucionales y de los órganos involucrados. Las Regiones, directamente o a través de sus Servicios de salud, son de hecho las responsables de la ejecución y gestión de las inversiones. En caso de incumplimiento por parte de la Región, se prevé la revocación de la asignación de los fondos y la activación de procedimientos de sustitución. Ya en el momento de la asignación del primer tramo de financiación, en agosto de 2021, la identificación de los sujetos ejecutores, el seguimiento y la notificación de su uso se encomendaron centralmente al Ministerio de Salud (en el que se encuentra una Dirección General específica dedicada a la implementación del PNNR), con el apoyo de la Agencia nacional de salud (AGENAS). La identificación de los Ministerios (y de las estructuras de la PCM) como "dueños" de las reformas e inversiones previstas por el PNNR representa un elemento estructural que caracteriza todo el sistema de Gobernanza del Plan, aplicado indiscriminadamente a todos los sectores, independientemente de la existencia de potestades legislativas autonómicas, concurrentes o residuales, en sus respectivos ámbitos, o de competencia de las entidades locales. Esta voluntad de asegurar una

dirección nacional también de las reformas y proyectos relativos a materias de competencia legislativa de las Regiones queda patente en el Decreto legislativo 77/2021, con el que se definió el mecanismo de *Gobernanza* del Plan. En efecto, el decreto establece el valor preeminente del interés nacional en la oportuna ejecución de las intervenciones previstas en el Plan (art. 1.2), precisando que las disposiciones se adoptan en ejercicio de la competencia legislativa exclusiva a que se refiere a en el art. 117, párrafo 2, let. a) en materia de relaciones del Estado con la Unión Europea y el art. 117, segundo párrafo, letra m) de la Constitución, en materia de “niveles esenciales de servicios que deben garantizarse en todo el territorio nacional” (art. 1.3).

Básicamente, la enorme cantidad de nuevos recursos procedentes de la Unión Europea seguirá el mecanismo típico de las transferencias con destino fijo de las Comunidades Autónomas, y su gestión estará sujeta a un estricto control centralizado, así como de gestión del sistema de control sobre la implementación de las reformas e inversiones del PNRR.

El rol regional sólo se recupera parcialmente, a partir de su participación en el ejercicio de las facultades de dirección, impulso y coordinación general sobre la ejecución de las intervenciones del PNRR encomendadas a la sala de control (*Cabina di Regia*) del PNNR (art.2), instituida bajo la Presidencia del Gobierno, con la participación obligatoria de los Presidentes de las Regiones cuando se examinen cuestiones propias de una sola región o provincia autónoma, o del Presidente de la Conferencia de las Regiones, cuando se examinen cuestiones que afecten a varias Regiones. Se prevé entonces la participación de representantes de las Regiones en la Mesa permanente para la colaboración económica, social y territorial, que ejerce una función consultiva en materias relacionadas con la implantación del PNRR y puede informar a la Sala de control de cualquier perfil que se considere relevante para la realización del PNRR, también para facilitar la superación de las circunstancias que impiden facilitar la implementación eficaz y rápida de las intervenciones. Será crucial verificar en qué términos el nuevo modelo de *gobernanza* trazado para la implementación del PNNR combinará efectivamente una dirección nacional fortalecida y un método cooperativo en el logro de los

ambiciosos objetivos del Plan. Es evidente, de hecho, que sin la contribución de los principales actores que implementan las acciones - en el caso de la salud, las Regiones que son receptoras del 97 por ciento de las sumas asignadas - el centro no puede, por sí solo, garantizar el cumplimiento de los tiempos y objetivos asignados al país por la Unión Europea. Por ello, la colaboración leal debe practicarse allí donde se establezcan criterios y métodos para la realización de proyectos de inversión y, por tanto, en las disposiciones para la asignación de recursos que adopten las administraciones centrales. La indudable homogeneización de los servicios sanitarios regionales que derivara de la actuación del PNRR podrá justificarse solo si se consigue el objetivo final de plena satisfacción del principio de universalidad e igualdad en el acceso a los servicios de salud. Hasta ahora, Estado y Regiones han evitado conflictos en la asunción de las primeras y más importantes decisiones para la distribución de los recursos asignados a la Misión 6 del PNRR. Pero ya ha habido una excepción importante: es la adopción del decreto ministerial que dicta las nuevas normas organizativas para la asistencia territorial (Decreto del Ministro de la Salud 22 de mayo 2022 n. 77), a pesar de la falta de acuerdo con las Regiones y, especialmente, a pesar de su contenido muy incisivo sobre la autonomía regional (R. Balduzzi, 2022).

En definitiva, lo que se espera es que la implementación del PNRR sea una oportunidad para un debate amplio y participativo sobre el futuro del Servicio nacional de salud (A. Pioggia, 2022), no limitado a la emergencia, sino con una perspectiva de largo plazo, fundamental para atender la muchas cuestiones cruciales todavía pendientes para garantizar su salvaguardia y cohesión.

Referencias bibliográficas

- R. Balduzzi (a), *Ci voleva l'emergenza Covid-19 per scoprire che cos'è il Servizio sanitario nazionale?*, en *Corti supreme e salute*, n. 1/2020
- R. Balduzzi (b), *Cinque cose da fare (e da non fare) in sanità nella (lunga e faticosa) transizione verso il post-pandemia*, en *Corti supreme e salute*, n. 2/2020
- R. Balduzzi (c), *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, en *Corti supreme e salute*, n. 2/2022
- R. Balduzzi, C. Carpani, *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, il Mulino, 2013

- F. Bilancia, *Le conseguenze giuridico-istituzionali della pandemia sul rapporto Stato/Regioni*, en *Diritto pubblico*, 2020, p. 333 ss,
- C. Bottari (dir.), *La sanità del futuro*, Torino, Giappichelli, 2020
- M. Casula, A. Terlizzi, F. Toth, *I servizi sanitari regionali alla prova del COVID-19*, en *Rivista italiana di politiche pubbliche*, 3/2020, p. 307 ss.
- G. Falcon, *Dall'emergenza COVID, pensando al futuro del sistema sanitario*, en *Le Regioni*, 2020, p. 453 ss.
- R. Ferrara, *L'ordinamento della Sanità*, Torino, Giappichelli, 2007
- G. Gardini, *La polarizzazione del dibattito pubblico dinanzi all'emergenza sanitaria*, en *Istituzioni del federalismo*, num. esp. 2020, p. 7 ss.
- M. Luciani, *Il sistema delle fonti del diritto alla prova dell'emergenza*, en *RivistaAIC*, n.2/2020
- D. Morana, *La salute come diritto costituzionale. Lezioni*, Torino, Giappichelli, 2015
- A. Morelli, *Le relazioni istituzionali*, en *RivistaAIC*, n. 3/2019
- A. Morelli, *Vaccinazioni e regioni: quale lezione trarre riguardo al sistema delle autonomie?* en *Diritti regionali*, n. 1/2021
- A. Morelli, A. Poggi, *Le Regioni per differenziare e lo stato per unire. A ciascuno il suo*, en *Diritti regionali*, n. 2/2020
- N. Pignatelli, *Brevi note sul regionalismo nell'emergenza sanitaria*, en *Persona e Amministrazione*, n. 2/2020, p. 99 ss.
- A. Pioggia, *La lezione dell'epidemia di Covid-19 sul sistema sanitario e il suo ruolo*, en *Istituzioni del federalismo*, num. Spec. 2020, p. 17 ss.
- A. Pioggia, *La sanità nel Piano nazionale di ripresa e resilienza*, en *Giornale di diritto amministrativo*, 2022, p. 165 ss.
- G. Piperata, *Emergenza pandemica e distribuzione del potere amministrativo tra centro e periferia*, en *Giornale di diritto amministrativo*, 2020, p. 318 ss.
- C. Tubertini, *Cinquant'anni di organizzazione sanitaria: dall'uniformità alla differenziazione, e ritorno*, en *Rivista di diritto della sicurezza sociale*, 2016, p. 65 ss.
- C. Tubertini, *Collaborazione necessaria e differenziazione responsabile: riflessioni sparse su emergenza pandemica e sistemi plurilivello*, in *Istituzioni del federalismo*, num. esp. 2020, p.89 ss.
- C. Tubertini, *Attualità e futuro del sistema delle Conferenze*, en *Diritto Pubblico*, 2021, p. 667 ss.
- G. Viesti, *Egoismo territoriale*, en *Il Mulino*, 2 de mayo 2017