



OSSERVATORIO DI DIRITTO SANITARIO
31 MAGGIO 2023

Tra coordinamento informativo e
livelli essenziali delle prestazioni: il
caso del Fascicolo Sanitario
Elettronico

di Nadia Maccabiani

Professoressa associata di Istituzioni di diritto pubblico
Università degli Studi di Brescia



Tra coordinamento informativo e livelli essenziali delle prestazioni: il caso del Fascicolo Sanitario Elettronico*

di Nadia Maccabiani

Professoressa associata di Istituzioni di diritto pubblico
Università degli Studi di Brescia

Abstract [It]: Le recenti Linee Guida per l'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), adottate con decreto del ministro della salute del 20 maggio 2022 previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni, sono finalizzate alla implementazione dei requisiti tecnici volti a consentire l'interoperabilità dei FSE regionali. In realtà, dietro il "velo" delle specifiche tecniche si celano scelte politiche e valoriali che, in quanto tali, coinvolgono sia un certo "livello" di realizzazione delle prestazioni che un certo "livello" di collaborazione tra Stato e regioni. Per questo, quando il decreto si limita a richiamare, a suo fondamento, il coordinamento informativo *ex art. 117, c. 2, lett. r)*, Cost., sminuisce il ruolo assolto dal FSE, in un duplice senso. Sia per la sua essenziale strumentalità rispetto alla piena realizzazione del diritto fondamentale alla salute, che per il grado di collaborazione che si sarebbe dovuto conseguentemente instaurare tra lo Stato e le autonomie territoriali, secondo quanto richiesto dalla giurisprudenza costituzionale e dall'impostazione legislativa in materia di LEP.

Title: Between information coordination and essential performance levels: the case of the Electronic Health Record

Abstract [En]: The recent Guidelines for the Electronic Health Dossier (FSE), adopted by Decree of the Minister of Health on May 20th, 2022 upon the advice of the Standing Conference on relations between the State and the regions, regulate aspects of a strictly technical nature, aimed at the full implementation of the interoperability of the regional FSE. Actually, behind the "veil" of technical specifications, political and value choices lie. They involve both, a certain "level" of services and a certain "level" of collaboration between State and regions. For this reason, the reference to the state exclusive competence in information coordination, pursuant to art. 117, par. 2, lett. r), Cost., as the Decree does, not only downsizes the essential contribution of the FSE to the full implementation of the fundamental right to health, but also the implied degree of the cooperation between the State and the territorial autonomies that, in compliance with the trend of the constitutional case-law and the legislative approach to LEP, would have been required.

Parole chiave: Fascicolo Sanitario Elettronico, LEP, coordinamento informativo

Keywords: Electronic Health Record, LEP, information coordination

Sommario: 1. Premessa. 2. La lunga gestazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. 3. Specifiche tecniche. 4. Tra coordinamento informativo e livelli essenziali delle prestazioni. 5. Tra forma di Stato e forma di governo.

1. Premessa

Il presente contributo prende spunto dalle recenti Linee Guida per l'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), adottate con decreto del ministro della salute del 20 maggio 2022, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.

* Articolo sottoposto a referaggio.

Le Linee Guida pongono l'accento su due aspetti essenziali nel percorso di implementazione del FSE¹: il sistema di codifica dei dati (incluso il codice identificativo univoco dell'assistito)² e l'interoperabilità del FSE a livello regionale, nazionale ed europeo³. Trattasi di aspetti strettamente connessi, quanto di natura tecnica e tecnologica, che tuttavia si ripercuotono sulle modalità di estrinsecazione della forma di Stato e di governo. Coinvolgono, infatti, sia la realizzazione ed effettività dei diritti fondamentali (*in primis* il diritto alla salute) che – per conseguenza – l'intreccio di competenze tra Stato e regioni. In questo modo, oltre il “velo” delle questioni tecniche, risultano in realtà chiamati in causa sia il rapporto tra i livelli di governo e la comunità (forma di Stato) che quello tra gli stessi diversi livelli territoriali di governo (forma di governo intesa come distribuzione verticale del potere di indirizzo politico)⁴.

Nello specifico, il raggiungimento del traguardo della piena implementazione e quindi interoperabilità, quantomeno a livello nazionale, dei FSE regionali, è stato sin dalle origini considerato un “pilastro” per il perseguimento di una duplice finalità. Da un lato, per il perfezionamento del percorso assistenziale dei pazienti, ai fini dell'appropriatezza, sia clinica che organizzativa, delle cure (come disposto sin dall'art. 1, c. 2, d.lgs. 502/1992 e ss.mm.). Dall'altro lato, per la presupposta implementazione di una banca dati funzionalizzata al miglioramento della programmazione sanitaria, non solo in termini di costi ma anche per scelte di politica sanitaria maggiormente fondate ed informate sulla base di evidenze fornite dai dati raccolti⁵. Entrambe queste finalità incidono sulla conformazione dei “livelli di prestazioni” volti a dare effettività al diritto fondamentale alla salute che, secondo il disposto dell'art. 32 Cost., presuppone non

¹ La spinta alla digitalizzazione della sanità proviene del resto direttamente dall'Unione Europea, con i programmi di finanziamento elaborati nell'ambito del Quadro Finanziario Pluriennale 2021-2027, tra cui Europa Digitale e EU4Health, cfr. sul punto, R. MICCÙ, *Questioni attuali intorno alla digitalizzazione dei servizi sanitari nella prospettiva multilivello*, in *federalismi.it*, n. 5/2021, p. 5.

² Al riguardo va rammentato che «attualmente la normalizzazione dei dati viene effettuata localmente da nomenclatori che non vengono utilizzati in maniera omogenea nel SSN e ciò porta ad avere una disomogeneità di definizione e identificazione delle informazioni che sarà finalmente risolta»: F. CURTARELLI, E. GROSSO ENEA SPINI, C. FRANZONI, F. RUBEIS, M. ZANELLI, *Fascicolo sanitario elettronico 2.0, come cambia il Servizio sanitario nazionale: cosa sapere*, in *agendadigitale.eu*, 28 settembre 2022.

³ Anche l'esigenza di rendere interoperabili i sistemi sanitari è supportata dall'Unione Europea con la previsione della Cartella Sanitaria Elettronica, cfr. M. FERRARA, *Dalla mobilità dei pazienti alla interoperabilità dei sistemi sanitari. Spunti sull'adozione di un formato europeo di scambio delle cartelle sanitarie elettroniche (Raccomandazione (UE) 2019/243)*, in *federalismi.it*, n. 5/2021, pp. 15 ss. Ad un livello più generale, va altresì rammentata la recente proposta di Regolamento avanzata dalla Commissione europea recante «Measures for a high level of public sector interoperability across the Union (Interoperable Europe Act)» (COM(2022) 760 final), volta a gettare le basi per la realizzazione dell'interoperabilità legale, semantica, tecnica e organizzativa tra le pubbliche amministrazioni degli Stati membri e dell'UE: «This proposal intends to develop a coherent, human-centric approach to cross-border interoperability of network and information systems which are used to provide or manage public services» (p. 5).

⁴ Queste caratteristiche del FSE e quindi le tipologie di interessi coinvolti, coincidono con quelli presupposti ai livelli essenziali delle prestazioni messi in evidenza da L. TRUCCO, *Livelli essenziali delle prestazioni e sostenibilità finanziaria dei diritti sociali*, in *gruppodipisa.it*, n. 3/2012, p. 1, riguardanti il piano dei rapporti con i diritti e quello dei rapporti con i poteri.

⁵ Come del resto già ponevano in evidenza le “pionieristiche” linee guida nazionali sul FSE, basate sull'intesa raggiunta in sede di Conferenza permanente tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 10 febbraio 2011, pubblicate nel Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 50 del 2 marzo 2011.

solo un interesse individuale ma altresì collettivo⁶. Di più. Entrambe queste finalità, intersecano variamente le sfere di competenza statali e regionali contribuendo alla loro “ristrutturazione” e, per conseguenza, al diverso atteggiarsi delle presupposte modalità di collaborazione, variabili a seconda dell’ “etichetta”⁷ competenziale che si ritenga attivata.

In merito si rammenta, sin da subito, che le competenze esclusive statali interessate dai menzionati aspetti tecnici del FSE sono sia il coordinamento informativo ed informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale che i livelli essenziali delle prestazioni dei diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (Art. 117, c. 2, lett. *m*) e lett. *r*), Cost.). L'intreccio di interessi sottesi è però ulteriore, andando altresì a toccare la competenza concorrente della tutela della salute (che include l'organizzazione sanitaria)⁸ e quella residuale dell'organizzazione amministrativa regionale (relativa alle infrastrutture – *hardware* e *software* – nonché alle procedure tecnico-organizzative necessarie all'attuazione del FSE a livello regionale).

Se così è come pare, va senz'altro stigmatizzato il grado di eterogeneità realizzato dalle regioni nell'implementazione del FSE, che avalla l'usuale critica secondo cui le regioni rivendicano spazi di autonomia che tuttavia, laddove riconosciuti, sono da talune malamente esercitati, tanto più grave se, come nel caso in questione, le disomogeneità si riverberano su diritti fondamentali. Va tuttavia ugualmente stigmatizzato il modo con il quale lo Stato ha inteso coinvolgere le regioni nei passaggi tecnico-politici relativi alla piena realizzazione dell'interoperabilità dei FSE regionali, ciò che è quanto si cercherà di argomentare nel prosieguo.

2. La lunga gestazione del Fascicolo Sanitario Elettronico

Il FSE è definito come «l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito, riferiti anche alle prestazioni erogate al di fuori del Servizio sanitario nazionale»⁹ ed è istituito dalle regioni e province autonome. Dal punto di

⁶ A. PIOGGIA, *Diritto sanitaria e dei servizi sociali*, Torino, 2020, pp. 25 ss.

⁷ Mutuando la locuzione da R. BIN *Primo comandamento: non occuparsi delle competenze, ma delle politiche*, in *Le Istituzioni del Federalismo*, n. 2/2009, p. 206, che sottolinea come le materie cui si riferiva la Costituzione prima della riforma del Titolo V, fossero, nella sostanza, contenitori vuoti, da riempire mediante l'intervento legislativo e come quelle indicate dalla riforma abbiano per lo più perso i connotati della “fisicità” e quindi le “etichette” che le descrivono «sono sempre più difficilmente interpretabili come riferite a “contenitori”..., adatti a separare gli oggetti e le funzioni, e sempre più in termini di obiettivi comuni, di aree in cui gli interventi si incrociano perché inseguono interessi diversi o perché perseguono lo stesso interesse».

⁸ Per la necessaria implicazione tra la garanzia del diritto alla salute e l'organizzazione sanitaria, inclusi nella competenza concorrente “tutela della salute”, cfr. *ex plurimis*, Corte cost. n. 270/2005, 181/2006 e 371/2008; in dottrina, basti il rinvio a R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., p. 9.

⁹ Art. 12, c. 1, d.l. 179/2012. Per un approfondimento in merito al contenuto del FSE, le sue modalità operative e le condizioni tecniche per l'interoperabilità, si rinvia a G. CRISAFI, *Fascicolo sanitario elettronico: “profilazione” e programmazione sanitaria*, in *federalismi.it*, n. 5/2021, pp. 96 ss.

vista giuridico, il fascicolo sanitario elettronico integra gli estremi di un documento informatico, secondo quanto previsto dal Codice per l'Amministrazione Digitale (d.lgs. 82/2005-CAD) all'art. 1, c. 1, lett. *p*), trattandosi di «rappresentazione informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti». Quindi munito del valore legale previsto dall'art. 2702 c.c. se formato seguendo le regole tecniche e le linee guida AgID disposte per la formazione dei documenti digitali.

In questo paragrafo introdurremo le “fonti” che ne hanno contrassegnato il percorso istitutivo, partendo dal presupposto che nel momento in cui sono intervenute le prime linee guida nazionali, alcune regioni avevano già provveduto, in autonomia, alla creazione del proprio fascicolo sanitario elettronico (Lombardia, Toscana, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Sardegna)¹⁰.

Le prime “Linee Guida Nazionali” in materia di FSE, peraltro sprovviste di base legislativa, sono scaturite dal lavoro del Tavolo inter-istituzionale istituito e coordinato nel 2010 dall'allora Ministro della Salute, partecipato da esperti interni ed esterni del Ministero, oltre che da rappresentanti delle Regioni (Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana), del Dipartimento per la digitalizzazione della pubblica amministrazione e l'innovazione tecnologica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, dell'ente per la digitalizzazione della Pubblica amministrazione (DigitPa) e dell'Autorità Garante per il trattamento dei dati personali (quest'ultimo in qualità di osservatore). Le Linee Guida elaborate dal Tavolo di lavoro sono poi state formalizzate con l'intesa raggiunta in sede di Conferenza permanente tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 10 febbraio 2011.

La “consacrazione” a livello legislativo del FSE è poi intervenuta con l'art. 12 del decreto-legge n. 179 del 2012 (il c.d. Decreto Crescita), convertito con modificazioni dalla l. n. 221/2012. Viene quindi disposta l'attivazione del FSE ad opera delle Regioni e province autonome entro il 30 giugno 2015, conformemente – oltre che alla normativa in materia di protezione dati – ai decreti del Ministro della salute e del Ministro delegato per l'innovazione tecnologica, di concerto con il Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione e il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ed acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali (art. 12, c. 7). La concreta realizzazione delle infrastrutture tecnologiche per il FSE è stata quindi devoluta alle Regioni ed alle Province autonome, anche in collaborazione tra di loro, ovvero avvalendosi dell'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità (INI)¹¹. Quest'ultima infrastruttura doveva essere resa disponibile dall'Agenzia per l'Italia digitale che

¹⁰ Con ciò dimostrando un recupero, in questo settore, di quella «innovatività» che si manifesta nella capacità delle regioni di giocare d'anticipo rispetto al legislatore statale, e che V. ONIDA, *Le cause profonde della crisi del regionalismo*, in *Le Regioni*, n. 4/2012, p. 793, ritrova come tratto qualificante del regionalismo anteriore alla riforma del Titolo V.

¹¹ Questa previsione è stata introdotta dall'art. 1, c. 382, l. 232/2016 (legge di Bilancio). Il testo originario del comma 15, dell'art. 12, d.l. 179/2012 disponeva infatti che le regioni potessero realizzare infrastrutture tecnologiche per il FSE

avrebbe dovuto progettare e realizzarla in “accordo” con il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome (art. 12, cc. 15 e 15-ter). AgID ed il Ministero della Salute, entro il 31 marzo 2014, dovevano altresì adottare le linee guida per la presentazione dei piani di progetto per la realizzazione del FSE da depositare da parte delle Regioni entro il successivo 30 giugno 2014.

Tali Linee guida AgID sono state adottate il 31 marzo 2014 sulla base del lavoro svolto dal Tavolo tecnico coordinato dall’Agenzia per l’Italia Digitale e dal Ministero della salute, con rappresentanti del Ministero dell’economia e delle finanze, delle Regioni e Province Autonome, nonché del Consiglio Nazionale delle Ricerche e del CISIS (Centro Interregionale per i Sistemi Informatici, Geografici e Statistici)¹², ed hanno esteso il loro contenuto ad aspetti relativi all’interoperabilità ed alla codifica dei dati che avrebbero dovuto formare oggetto del decreto contemplato dall’art. 12, c. 7, d.l. 179/2012. Quest’ultimo giungeva, verso la fine del 2015, con il Dpcm n. 178/2015, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano e su proposta del Ministro della salute di concerto con il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione e del Ministro dell’economia e delle finanze, in parte avallando aspetti tecnici già anticipati nelle menzionate Linee Guida AgID del 31 marzo 2014.

Alla presentazione dei piani di progetto per i FSE da parte delle regioni doveva seguire, ai sensi dell’art. 12, c. 15-*quater*, d.l. 179/2012, il monitoraggio da parte di AgID e del Ministero della salute sulla concreta realizzazione del FSE. In merito, gli indicatori di monitoraggio hanno contribuito a porre in evidenza l’eterogeneità tra le regioni proprio nell’implementazione degli aspetti tecnici legati all’interoperabilità ed alla presupposta codifica dei dati¹³. Nello specifico, lacune ed eterogeneità riguardano anche le regioni più diligenti, che hanno dato attuazione al nucleo minimo dei documenti da caricare nel FSE, ove però «manca[no]... regole e sistemi di codifica esaustivi», e permangono differenze nei modelli architetturali per i FSE regionali, con conseguente limitazione dell’interoperabilità e della portabilità dei dati attraverso le regioni¹⁴.

Viste le lungaggini e la disomogeneità tra regioni, è infine intervenuto il d.l. 4/2022 (c.d. Decreto Rilancio) che, all’art. 21, ha modificato le previsioni dell’art. 12, c. 15-*bis*, d.l. 179/2012 introducendo una procedura accelerata, scadenzata e potenziata per l’implementazione del FSE.

Nello specifico, il ruolo di AgID è stato sostituito da l’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), disponendo che provveda all’adozione (periodica) di linee guida volte a dettare regole tecniche per l’attuazione dei decreti di cui al comma 7, previa approvazione del Ministro della salute, del

condivise a livello sovra-regionale, ovvero partecipare alla definizione, realizzazione ed utilizzo dell’infrastruttura nazionale per l’interoperabilità per il FSE conforme ai criteri stabiliti dai decreti di cui al comma 7.

¹² Cfr. https://www.agid.gov.it/sites/default/files/repository_files/linee_guida/2_fse_linee_guida_dpcm_31032014.pdf

¹³ Cfr. <https://www.fascicolosanitario.gov.it/it/1-Indicatori-di-monitoraggio>.

¹⁴ Cfr. Decreto ministro salute 20 maggio 2022, Allegato A, pp. 67-68.

Presidente del Consiglio dei ministri o del Ministro delegato per l'innovazione tecnologica, nonché del Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni. In sede di prima adozione, è disposto che tali linee guida siano adottate dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale e il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

A stretto giro di posta (il d.l. 4/2022 è entrato in vigore il 29 marzo 2022), ed in perfetta coerenza con il sistema a rapide scadenze cui ci ha abituati il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, con Decreto del ministro della salute – in data 20 maggio 2022 – sono state adottate le menzionate linee guida. Di più. In conformità con lo schema del PNRR (all'interno del quale tali linee guida si collocano, nello specifico: Missione 6 Salute – Componente 2 Innovazione, Ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale – Investimento 1.3.1 Fascicolo Sanitario Elettronico), il novellato comma 15-*bis* ha rafforzato il sistema di monitoraggio regionale. Da un lato, ha infatti rinnovato il termine trimestrale per la presentazione dei piani regionali di adeguamento del FSE alle Linee Guida medesime (in coerenza con quanto disposto dall'originario comma 15-*bis*); dall'altro lato, ha reso più stringente il sistema di monitoraggio e valutazione da parte del governo (Ministero della salute e struttura della Presidenza del consiglio dei ministri competente per l'innovazione tecnologica con il supporto di AGENAS); infine, ha altresì introdotto la possibilità di intervento sostitutivo da parte del Governo. Per l'ipotesi di mancata presentazione del piano entro i termini o di presentazione di un piano ritenuto inadeguato, o ancora, per l'ipotesi di mancata attuazione del piano adottato è quindi disposto il potere sostitutivo statale *ex art.* 117, c. 5 e 120, c. 2, Cost. e rimane ferma la “sanzione”, già in precedenza stabilita, che subordina il finanziamento integrativo a carico del Servizio sanitario nazionale alla presentazione ed attuazione del piano. In aggiunta, le Linee Guida hanno a loro volta scadenato le tempistiche di attuazione da parte delle regioni, distinguendole tra requisiti obbligatori da perseguire nel breve termine (12 mesi) e requisiti da realizzare entro il termine di durata del PNRR (2026).

In definitiva va sin da ora sottolineato che – prendendo le distanze sia dalle prime Linee Guida del 2011 in materia di FSE che dalla disciplina normativa prevista per i LEA ed i LEPS – le previsioni che legittimano l'intervento dei provvedimenti ministeriali relativi all'attuazione (tecnica) del FSE contemplano il mero parere della Conferenza permanente, anziché l'intesa.

3. Specifiche tecniche

Le Linee Guida Nazionali per il FSE del 2011 già ponevano in evidenza gli aspetti “infrastrutturali” e “strutturali” abilitanti l'efficace implementazione del FSE. Da un lato, l'adozione di “sistemi di codifica

certi e condivisi”, volti sia alla protezione dei dati che a consentire l’interoperabilità funzionale e semantica, vale a dire l’uniformità e comprensibilità del linguaggio utilizzato e quindi la reperibilità di dati e documenti caricati nel FSE. Dall’altro lato, la interoperabilità tecnica e organizzativa mediante il ricorso ad una infrastruttura tecnologica che consenta la creazione di un sistema federato improntato a standard e tecnologie aperte, internazionalmente accettate¹⁵.

Tali “nodali” profili tecnici sono stati sostanzialmente fatti propri dal d.l. 179/2012, laddove, all’art. 12, c. 7, ha previsto decreti ministeriali per la definizione dei «sistemi di codifica dei dati», nonché «la definizione e le relative modalità di attribuzione di un codice identificativo univoco dell’assistito che non consenta l’identificazione diretta dell’interessato [e] i criteri per l’interoperabilità del FSE a livello regionale, nazionale ed europeo». In tale direzione – ed in attuazione di tali prescrizioni legislative – è intervenuto il Dpcm 178/2015 che non solo ha specificato i contenuti del FSE e le finalità del trattamento dei dati ivi caricati, ma ha altresì dettato regole per i sistemi di codifica ed i formati standard volti ad assicurare l’interoperabilità dei FSE regionali. Le basi infrastrutturali per l’interoperabilità hanno poi trovato supporto nel decreto del ministero dell’economia e delle finanze del 4 agosto 2017 che ha disposto la creazione dell’infrastruttura nazionale necessaria per l’interoperabilità dei FSE (INI), rendendo così possibile, alle regioni che non intendessero realizzare in proprio o in accordo con altre l’infrastruttura tecnologica per il FSE, di avvalersene.

Infine, vista l’eterogeneità dei risultati raggiunti, di questi specifici aspetti (interoperabilità semantica, funzionale e organizzativa) è tornato ad occuparsi il Ministro della salute con le linee guida per il potenziamento del FSE adottate con il sopra menzionato decreto del 20 maggio 2022. In esse si tratta di formato dei documenti, di dizionari e standard di codifica dei dati, di struttura architetture del FSE secondo un modello federato, distribuito sulle singole regioni¹⁶.

Poiché si versa senza dubbio in ipotesi di regole tecniche, il decreto ministeriale fa riferimento, nel preambolo, alla competenza statale in materia di coordinamento informativo *ex art.* 117, c. 2, lett. *r*), Cost., Tuttavia, come già anticipato, l’ambito materiale non si esaurisce qui: tant’è che il decreto fa riferimento altresì all’art. 117, c. 3, Cost., quindi, presumibilmente alla tutela della salute, oltre che all’art. 32 Cost.

In questo modo, le Linee guida già pongono in evidenza come, dietro le “specifiche tecniche”¹⁷ si celino scelte che coinvolgono diritti fondamentali (*in primis* il diritto alla salute) e, con essi, anche competenze

¹⁵ Cfr. Fascicolo Sanitario Elettronico – Linee Guida Nazionali, 10 febbraio 2011, p. 25.

¹⁶ Cfr. D.M. 20 maggio 2022, Allegato A, p. 80.

¹⁷ Rammenta la non neutralità dell’informatica rispetto ai contenuti dell’attività amministrativa, D. MARONGIU, *La funzione di coordinamento informatico: autonomia delle Regioni e poteri del Ministro per l’innovazione e le tecnologie*, in *Diritto dell’Informatica*, 2005, pp. 113-114. Analogamente F. MERONI, *Le attività conoscitive e tecniche delle amministrazioni pubbliche. Profili organizzativi*, in *Diritto Pubblico*, n. 2/2013, p. 486, rammenta come una delle conseguenze dovute al collegamento

diversamente articolate nel rapporto tra livelli di governo (il coordinamento tecnico interseca senz'altro la materia concorrente della tutela della salute e quella residuale dell'organizzazione amministrativa regionale¹⁸).

Ne deriva che l'implementazione del sistema di codifica dei dati e dell'interoperabilità dei FSE, benché di natura strettamente tecnica, implica scelte che coinvolgono sia un certo "livello" di prestazioni per la collettività che di collaborazione tra enti¹⁹, come nel prosieguo si cercherà di argomentare.

4. Tra coordinamento informativo e livelli essenziali delle prestazioni

Le menzionate specifiche tecniche volte a completare l'attuazione del FSE, rendendo interoperabili i FSE regionali, sono "bifronti" dal punto di vista della legittimazione relativa alle competenze esclusive statali. La soluzione più piana porta ad integrarle nel coordinamento informativo e informatico *ex art.* 117, c. 2, lett. r), Cost., come del resto fatto dal decreto ministeriale che – come visto – reca in premessa tale riferimento.

Secondo quanto precisato dalla Corte costituzionale, l'intervento statale in questa materia si giustifica infatti alla luce «della necessità di assicurare... comunanza di linguaggi, di procedure e di *standard* omogenei», per consentire «la comunicabilità tra i sistemi informatici della pubblica amministrazione»²⁰: ciò che è quanto appunto richiesto per la piena implementazione delle potenzialità insite nei FSE regionali.

tra regole tecniche applicate all'attività amministrativa e le conoscenze scientifiche sia la loro conseguente non neutralità, in quanto si fondano su una scienza in continuo avanzamento e pertanto condizionate da «opzioni di valore». Più in generale il tema della pretesa neutralità delle conoscenze tecniche e scientifiche quale supporto della loro uniformità sull'intero territorio nazionale a prescindere dalle differenze esistenti in ambito locale, cfr. Q. CAMERLENGO, *Indizi di perdurante asimmetria tra legge statale e legge regionale. La primazia delle valutazioni scientifiche*, in *Le istituzioni del federalismo*, n. 5/2002, p. 703.

¹⁸ In merito all'intersezione tra "coordinamento informativo e informatico dei dati" e competenza residuale relativa all'organizzazione amministrativa regionale, cfr. Corte cost. n. 31/2005, ed il commento di V. SARCONI, *La leale collaborazione vale anche per l'e-government? Dalla Consulta un'occasione per trattare dell'innovazione tecnologica e amministrativa*, in *federalismi.it*, n. 5/2005, p. 4.

¹⁹ Come sottolineato già da E. BALBONI, P.G. RINALDI, *Livelli essenziali, standard e leale collaborazione*, in *forumcostituzionale.it*, cit., p. 7 «gli *standard* non costituiscono tanto la fissazione di prescrizioni di carattere meramente tecnico ma incidono..., in modo più pervasivo, sulla stessa discrezionalità dell'amministrazione, circoscrivendola o talvolta escludendola, al punto da conformare il contenuto effettivo dei diritti dei cittadini»

²⁰ *Ex plurimis*, Corte cost. 26 gennaio 2005, n. 31, par. 2.3.

Peraltro – sempre seguendo l’argomentare della Corte²¹ – il coordinamento in oggetto può oltrepassare gli aspetti meramente tecnici, per includere altresì «esigenze di razionalizzazione»²² e di «qualità dei servizi» informatici²³.

Non solo. La Consulta, proprio in riferimento alle prescrizioni relative alla digitalizzazione della pubblica amministrazione contemplate dal d.l. 179/2012, tra le quali rientra altresì il FSE (*ex art. 12*), ha ravvisato l’esercizio «in via prevalente» della competenza statale in materia di coordinamento informativo statistico e informatico dei dati dell’amministrazione statale, regionale e locale, ammettendo, tuttavia, che la finalità perseguita «confina anche con la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni»²⁴.

A fronte di tali acquisizioni giurisprudenziali, il decreto del ministro della salute del 20 maggio 2022, intervenuto in attuazione dell’art. 12, c. 15-*bis*, d.l. 179/2012 e ss.mm., nel definire le linee guida per l’attuazione del FSE, richiama, nel preambolo, l’art. 117, c. 1, lett. *r*), Cost., oltre che il comma 3 dell’art. 117²⁵, e l’art. 32 Cost., mentre omette ogni espresso riferimento ai livelli essenziali delle prestazioni.

Tale omissione non sembra casuale, quanto piuttosto conforme ad una strategia “difensiva” delle prerogative statali volta, da un lato, ad evitare dubbi di legittimità della “base legale” del decreto ministeriale (l’art. 12, c. 15-*bis*, d.l. 179/2012), che dispone il mero parere anziché l’intesa con la Conferenza Stato regioni, a differenza di quanto previsto dalla legislazione sui LEA (dall’art. 6 del d.l. 18 settembre 2001, n. 347) e sui LEPS (art. 1, c. 161, l. 234/2021); dall’altro lato, e per conseguenza, ad evitare “l’abbraccio” della giurisprudenza costituzionale sui LEP, tendenzialmente orientata per l’intesa. Eppure il fascicolo sanitario elettronico non si esaurisce certo in mero archivio digitale di dati, informazioni e documenti sanitari di un individuo per esigenze di semplificazione ed efficienza amministrativa, essendo, la sua funzione, altra e più “alta”. Nello specifico, si presta ad essere concepito quale “livello” essenziale delle prestazioni per la garanzia di diritti sociali e civili²⁶, per quanto si cercherà di argomentare nel prosieguo.

²¹ Nella definizione dei rapporti competenziali Stato-Regioni la Corte, del resto, ha sempre assunto «un ruolo dominante»: V. ONIDA, *Più o meno autonomia? itinerari per una risposta articolata*, in *Le Regioni*, n. 2-3/2011, p. 576. Denuncia il «potere di conformazione istituzionale» in tali casi assunto dalla Corte quale «punto di sofferenza del sistema», traducendosi in un ruolo di supplenza del circuito della rappresentanza politica, S. STAIANO, *Mitologie federaliste ed esperienza del regionalismo*, in *federalismi.it*, n. 20/2012, p. 7.

²² Come ammesso da Corte cost., 26 giugno 2007, n. 240, par. 7.

²³ In tale direzione, Corte cost., 16 gennaio 2004, n. 17, par. 9.1.

²⁴ Corte cost., 25 novembre 2016, n. 251, par. 4.1.1.

²⁵ In merito al richiamo all’art. 117, c. 3, Cost. potrebbero venire in questione le competenze concorrenti in materia di “tutela della salute” e di “coordinamento della finanza pubblica” in ragione della razionalizzazione organizzativa e dei conseguenti risparmi di spesa che la trattazione dei dati caricati nei FSE potrebbe comportare.

²⁶ Come sottolineato da A.M. POGGI, V. CAMPIONE, *Sovranità decentramento regole – I livelli essenziali delle prestazioni e l’autonomia delle istituzioni scolastiche*, Bologna, 2009, p. 11, «I Livelli essenziali hanno a che fare con il governo della complessità. Sono strettamente conseguenti a riforme ordinamentali centrifughe, perché attraverso essi è possibile ricostruire, per altra via, l’unitarietà politica legislativa dell’ordinamento superata dal decentramento...Perciò l’individuazione dei livelli essenziali dovrebbe venire considerata “doverosa” ad opera dello Stato. La loro mancata

In primo luogo, emerge la stretta connessione strumentale con il diritto alla salute, quale diritto ad una prestazione sociale integrata da un servizio indefettibile e di qualità²⁷. A questo riguardo, giova rammentare che l'interoperabilità (e quindi la comunicabilità) tra FSE regionali è un presupposto, senz'altro di natura tecnica, ma fondamentale per perfezionare gli obiettivi perseguiti dalla normativa che struttura il Servizio Sanitario Nazionale, sottesi al diritto alla salute nella sua duplice versione di diritto individuale e interesse collettivo²⁸. Da un lato, quindi, la prestazione di cura personalizzata²⁹; dall'altro lato, la strutturazione di risorse (materiali e finanziarie) per l'adeguatezza e l'appropriatezza della presa in carico del paziente, in forza di una programmazione sanitaria fondata su dati diffusi ed attendibili³⁰.

Pertanto, il FSE, e – in particolare – l'interoperabilità tra FSE regionali, si concretizza in una prestazione (sia pure digitale, ma oggi) necessaria per il raggiungimento dei menzionati obiettivi di personalizzazione e appropriatezza della cura. Condivide quindi i *targets* propri dei Livelli Essenziali di Assistenza-LEA³¹, non riducibili alla non violazione del diritto alla salute, in quanto volti alla promozione del medesimo, in modo uniforme su tutto il territorio nazionale per la «piena realizzazione del principio di uguaglianza»³². Il FSE diventa quindi strumento fondamentale per l'estrinsecarsi della «cittadinanza sociale»³³ che, per essere piena, deve includere l'appropriatezza della cura³⁴ intesa, nello specifico, quale sua personalizzazione³⁵.

individuazione, infatti, mina alla radice non solo la possibilità di ricostruire l'unitarietà, ma soprattutto revoca in dubbio il pari godimento dei diritti da parte dei cittadini dello stesso ordinamento».

²⁷ Come chiaramente statuito dalla Corte cost., 10 aprile 2020, n. 62, par. 4.3. Inoltre, come sottolinea E. BALBONI, P.G. RINALDI, *Livelli essenziali, standard e leale collaborazione*, in *forumcostituzionale.it*, 7 settembre 2006, p. 5, «resto dell'opinione che, anche una parte degli aspetti organizzativi inerenti i servizi pubblici, possano considerarsi ricompresi nei livelli essenziali, in quanto concorrano a determinare la qualità dei servizi medesimi e delle relative prestazioni».

²⁸ B. PEZZINI, *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale: le criticità strutturali di un diritto sociale*, in *BioLaw Journal*, n. 2/2019, pp. 117 ss.; F. SAITTA, *Autonomie territoriali e governo della sanità*, in *Le istituzioni del federalismo*, nn. 3-4/2018, pp. 789 ss.

²⁹ R. BALDUZZI, *La medicina oltre la cura*, in *BioLaw Journal*, n. 2/2019, pp. 377 ss.

³⁰ Secondo l'impostazione, maggioritaria in dottrina, definita «sostanzial-massimalista» da L. TRUCCO, *Livelli essenziali delle prestazioni e sostenibilità finanziaria dei diritti sociali*, cit., p. 12.

³¹ Disciplinati dal d.lgs. 502/1992 e specificati negli allegati del Dpcm 12 gennaio 2017. Per una ricostruzione dell'emersione, nel nostro ordinamento, a partire dalla l. 833/1978, dei livelli essenziali in sanità, cfr. R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, p. 81 ss.

³² A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, cit., pp. 59-61.

³³ Per mutuare l'espressione di A. POGGI, *Diritti sociali e differenziazioni territoriali*, in R. BALDUZZI (a cura di), *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenza di sistema*, Milano, 2006, p. 605.

³⁴ Sul principio di appropriatezza riguardo a specifiche esigenze in relazione a quanto disposto dall'art. 1, c. 2, d.lgs. 502/1992, cfr. V. ANTONELLI, *La garanzia dei livelli essenziali di assistenza nei primi 40 anni del SSN*, in *federalismi.it*, n. 7/2018, p. 19.

³⁵ G. PASTORI, *Sussidiarietà e diritto alla salute*, in *Diritto Pubblico*, n. 1/2002, p. 96, osserva che «Si tratta... di far funzionare il servizio non sulla base di prestazioni distinte e separate, coordinate poi dall'utente, ma secondo modalità integrate e finalizzate all'utente: vale a dire assicurando la personalizzazione del servizio stesso. Qualità del servizio vuol dire in breve personalizzazione del servizio».

Diversamente, laddove i FSE regionali continuassero ad operare in “compartimenti stagni”, tra loro non comunicanti, i pazienti e – con essi – il sistema sanitario risulterebbero privati di una prestazione digitale strettamente imbricata alle altre prestazioni assistenziali e funzionalizzata alla loro miglior resa in termini appropriatezza, uniformità ed uguaglianza. In sostanza, così come l’appropriatezza della cura presuppone le evidenze rese dalla comunità scientifica internazionale, analogamente – a fronte dell’attuale livello di sviluppo tecnologico – presuppone l’impiego uniforme di strumenti digitali (nella specie, il FSE) che ne sostengono la *performance* in termini individuali e organizzativi. In definitiva, la dinamica che dovrebbe portare a concepire il FSE come LEA, è la medesima che ha portato ad inserirvi l’uso di certi apparecchi diagnostici o l’uso chirurgico di certe tecnologie o, ancora, l’impiego di ausili tecnologicamente avanzati. Concludere diversamente sarebbe non voler seguire il passo delle evidenze rese dall’evoluzione tecnologica, parte integrante del concetto di appropriatezza della cura³⁶.

Ad adiuvandum depongono dati ulteriori. Il FSE, volto a supportare il perfezionamento delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione (inclusa la personalizzazione degli interventi), nonché di prevenzione e profilassi internazionale, oltre che di ricerca scientifica³⁷, condivide aspetti “prestazionali” omogenei con i LEA³⁸. Infatti, da un lato, i LEA elencati nel Dpcm 12 gennaio 2017³⁹, contengono servizi di assistenza, prevenzione e profilassi che non si traducono esclusivamente in prestazioni di natura materiale, ma altresì in prestazioni ed adempimenti di natura procedimentale, funzionali a supportare la *performance* delle prime, come emerge dagli allegati. In merito possono rammentarsi, a titolo esemplificativo, sia la produzione di report (es. nell’ambito delle attività di prevenzione e profilassi o nell’ambito della cooperazione dei servizi sanitari con altre istituzioni per la sorveglianza e prevenzione di malattie croniche), che l’attività di informazione e comunicazione (ad es. nella tutela della salute nell’uso di acque di balneazione)⁴⁰. Dall’altro lato, l’avvicinamento del FSE ai LEA, è supportato non solo dalle Linee Guida Nazionali del 2011, che già funzionalizzavano il FSE al «corretto iter delle prestazioni fornite dal sistema sanitario» oltre che alla garanzia della «migliore continuità assistenziale» e pertanto ed espressamente lo contestualizzavano nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)⁴¹; ma, altresì, dal successivo Dpcm 178/2015, intervenuto in attuazione dell’art. 12, c. 7, d.l. 179/2012, che richiamava, nel proprio preambolo, il d.lgs. 502/1992 istitutivo dei LEA.

³⁶ *Ibidem*.

³⁷ Art. 12, c. 2, lett. a), a-bis), a-ter), b), d.lgs. 178/2012.

³⁸ Per una ricostruzione della giurisprudenza costituzionale volta ad evidenziare la natura “prestazionale” dei servizi in cui si traducono i livelli essenziali e la destinazione “individuale” degli stessi, cfr. L. TRUCCO, *Livelli essenziali delle prestazioni e sostenibilità finanziaria dei diritti sociali*, cit., pp. 16-17.

³⁹ Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

⁴⁰ Cfr. Allegato 1 (Prevenzione collettiva e sanità pubblica), Dpcm 12 gennaio 2017.

⁴¹ Linee Guida Nazionali – FSE, 10 febbraio 2011, pp. 3 e 5.

Se poi prendiamo in considerazione gli obiettivi esposti dalle Linee Guida recentemente adottate (20 maggio 2022), risulta di immediata evidenza come i requisiti tecnici, relativi al formato dei dati, dei documenti ed agli standard per l'interoperabilità dell'architettura del servizio FSE, integrino condizioni da cui dipende la migliore o deteriore implementazione del diritto alla salute, nella sua duplice versione di interesse individuale e collettivo⁴². In quest'ottica, il FSE mira a divenire «uno strumento efficace per la diagnosi e la cura» oltre che per la loro personalizzazione, ed altresì crea «una base di conoscenza» per supportare «politiche di prevenzione»⁴³.

Del resto, per espressa ammissione legislativa, i LEA includono specifiche tecniche particolarmente dettagliate, potendo riferirsi a «*standard* qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi»⁴⁴. Ampiezza di dettaglio avallata e quindi confermata dalla Corte costituzionale in quanto «non è definibile, almeno in astratto, un livello di specificazione delle prestazioni che faccia venire meno il requisito della loro essenzialità, essendo questo tipo di valutazioni costituzionalmente affidato proprio al legislatore statale»; sicché «anche la fissazione degli *standard* costituisc[e] esercizio della competenza assegnata allo Stato dall'art. 117, secondo comma, lettera *m*), della Costituzione»⁴⁵. Il che ben si attaglia alle specifiche tecniche in cui si sostanziano le prescrizioni del dm 20 maggio 2022 contenenti le linee guida per l'attuazione del FSE.

Non solo. Come recentemente statuito dalla giurisprudenza costituzionale, affinché una prestazione possa essere qualificata come livello essenziale, neppure è dirimente il suo inserimento nell'elenco formale dei LEA di cui al dpcm 12 gennaio 2017⁴⁶.

Ne deriva ulteriormente suffragata, per questa via interpretativa, la conclusione che comporta l'inserzione – tra i livelli essenziali delle prestazioni – dei requisiti tecnici e degli standard attraverso cui si articola l'interoperabilità dei FSE regionali.

In ogni caso, anche volendo prescindere dall'inquadrare il FSE nei LEA, l'intersecazione dei livelli essenziali, “uscita dalla porta, rientra dalla finestra” dell'art. 117, c. 2, lett. *m*), Cost., intendendo con ciò

⁴² R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, n. 2/2019, pp. 8-9, rammentano «L'esigenza di strumenti di tenuta unitaria del sistema, necessari per adempiere all'obbligazione costituzionale di protezione della salute quale diritto fondamentale della persona e interesse della collettività», sicché il «concreto funzionamento del riparto di competenze legislative e amministrative tra Stato e Regioni in sanità riflette la stretta implicazione tra protezione del diritto alla salute e organizzazione dei servizi connaturata ad un tale sistema. Questo rapporto di reciproco condizionamento trova una conferma evidente nella possibilità che la stessa determinazione dei livelli essenziali di assistenza e delle loro specificazioni possa comportare la posizione di standard organizzativi».

⁴³ D.M. 20 maggio 2022, Allegato A, p. 59.

⁴⁴ Art. 1, c. 169, l. n. 311 del 2004.

⁴⁵ Corte cost., 31 marzo 2006, n. 134, par. 9, dove si precisa altresì che «non può essere negata la possibilità del legislatore statale di giungere ad una più analitica ed effettiva tutela dei LEA». Sul punto cfr. M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza (LEA)*, in *Osservatorio di diritto sanitario - federalismi.it*, 15 novembre 2017, p. 14.

⁴⁶ Corte cost., 9 maggio 2022, n. 114, par. 6.1.

affermare che il FSE si presta comunque ad essere inserito nei livelli essenziali delle prestazioni *tout court* (LEP)⁴⁷.

Nello specifico, il FSE rimarrebbe infatti – e comunque – riferibile ad una prestazione procedimentale (digitalizzata), sia in relazione alle finalità di cura prima rammentate (art. 12, c. 2, lett. *a*), *a-bis*), *a-ter*), *b*), d.l. 178/2012) che in riferimento all'utilizzo come base di dati per l'affinamento di scelte organizzative e di *policy* (art. 12, c. 2, lett. *c*), d.l. 178/2012).

In merito, «premesso che l'attività amministrativa può assurgere alla qualifica di prestazione»⁴⁸, va altresì rammentato che – per costante giurisprudenza costituzionale – i livelli essenziali coinvolgono «la determinazione degli *standard* strutturali e qualitativi di prestazioni che, concernendo il soddisfacimento di diritti civili e sociali, devono essere garantiti, con carattere di generalità, a tutti gli aventi diritto»⁴⁹. È in quest'ottica procedimentale che si inserisce – altresì – quella giurisprudenza costituzionale che riconosce come livello essenziale prescrizioni volte a tutelare esigenze di efficienza e semplificazione dell'agire amministrativo⁵⁰, e – con esse – posizioni giuridiche soggettive, com'è per le norme che scadenano le tappe dei procedimenti, anche in termini di durata massima⁵¹. Si tratta quindi di “livelli” di prestazioni procedimentali che, in quanto collegate a diritti civili e sociali, devono essere uniformemente garantiti sull'intero territorio nazionale, quale estrinsecazione del fondamentale principio di uguaglianza⁵². Il fine perseguito si traduce essenzialmente nella necessità «di impedire che le funzioni amministrative risultino inutilmente gravose per i soggetti amministrati» oltre che evitare duplicazioni di attività⁵³. Anche in questo

⁴⁷ Per il rapporto tra LEP e LEA, cfr. M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza (LEA)*, Osservatorio di Diritto Sanitario, in *federalismi.it*, 15 novembre 2017, pp. 2 ss. Più in generale, come osserva M. LUCIANI, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni pubbliche nei sessant'anni della Corte costituzionale*, in *Rivista AIC*, n. 3/2016, p. 14, il problema riguardante d'intreccio tra i profili orizzontali e verticali della politica dei diritti sociali... non è solo “quanto” possono essere soddisfatti, ma anche “chi” può soddisfarli».

⁴⁸ Corte cost. 27 giugno 2012, n. 164, par. 8.

⁴⁹ *Ex plurimis*, Corte cost., 20 giugno 2017, n. 192, par. 6.3. In merito al rapporto tra procedimento amministrativi, principi che l'informano, livelli essenziali delle prestazioni e autonomia territoriale, cfr. E. CARLONI, *Diritti di accesso e livelli essenziali delle prestazioni*, in *Informatica e diritto*, vol. XVII, nn. 1-2/2008, pp. 45 ss.

⁵⁰ Corte cost. 27 giugno 2012, n. 164, par. 8, concepisce la strutturazione di un procedimento (nella specie la SCIA) secondo un modello che asseconda «il principio di semplificazione dell'azione amministrativa... tutelando il diritto dell'interessato ad un sollecito esame, da parte della pubblica amministrazione competente» della sua istanza, e lo qualifica quale livello essenziale delle prestazioni. In direzione analoga, la Corte cost. 24 luglio 2012, n. 207, par. 4.4., osserva che «anche l'attività amministrativa (quindi, anche i procedimenti amministrativi in genere) ..., può assurgere alla qualifica di «prestazione» della quale lo Stato è competente a fissare un «livello essenziale» a fronte di una specifica pretesa di individui, imprese, operatori economici e, in generale, di soggetti privati» alla semplificazione amministrativa.

⁵¹ Cfr. sul punto Corte cost., 27 dicembre 2018, n. 246, par. 3.4.

⁵² Cfr. Corte cost., 24 luglio 2012, n. 207, par. 4.3. Come osservato da M. BELLETTI, *Dinamiche evolutive delle materie trasversali, tra tentativi di stabilizzazione e prospettive di involuzione*, in *federalismi.it*, n. 20/2022, p. 38, in riferimento alla competenza statale in materia di livelli essenziali: «È comunque di tutta evidenza che la stessa non può non aver attraversato e lambito sostanzialmente tutti gli ambiti di competenza regionale, concorrenti e residuali, palesando le sue potenzialità espansive, ancorché, senza evidenziare tratti di irragionevolezza, bensì finalità di tutela dei diritti degli individui».

⁵³ Corte cost. 24 luglio 2012, n. 207, par. 4.4.

caso, trattasi di finalità senz'altro in linea con quelle sottese all'implementazione dell'interoperabilità dei FSE regionali.

Infine, per sintetizzare quanto sopra si è cercato di argomentare, la piena funzionalità dei FSE regionali, non solo in termini di reciproca connessione informatica ma anche di mutua comunicabilità tra i dati e le informazioni ivi caricati, si traduce in una prestazione che poggia su *standard* tecnologici, di formato e di processo, e che quindi coincide con la definizione dei LEA data dall'art. 1, c. 169, l. n. 311 del 2004, integrando condizioni fondamentali per la piena realizzazione del diritto alla salute, nell'ottica della personalizzazione e appropriatezza accolti dalla normativa sul SSN⁵⁴. In ogni caso, anche a non voler seguire questa impostazione, l'interoperabilità tra FSE regionali integra comunque uno *standard* procedimentale che, sorreggendo le finalità di efficienza, efficacia ed economicità del procedimento amministrativo, rientra tra Livelli Essenziali delle Prestazioni concernenti i diritti civili e sociali.

Ne deriva che, a nostro modo di vedere, le Linee guida in questione, adottate con il Decreto ministeriale del 20 maggio 2022, volte a rendere effettiva l'interoperabilità dei FSE regionali, non sono riduttivamente limitabili alla "materia" del coordinamento tecnico di cui all'art. 117, c. 2, lett. *r*), Cost., quanto piuttosto inseribili in quella dei livelli essenziali delle prestazioni, *ex* Art. 117, c. 2, lett. *m*), Cost, benchè non richiamata dal preambolo del decreto. *Ad adiuvandum*, va peraltro osservato che tale deduzione risulta in ultima istanza avallata dalla stessa previsione legislativa su cui il decreto poggia (l'art. 12, d.l. 179/2012 e ss.mm.) laddove, al comma 15-*bis*, introduce il potere sostitutivo statale, *ex* art. 120 Cost., ammesso, non a caso ed in particolare, per le ipotesi di tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali.

Ora, può obiettarsi che trattandosi comunque di materie di competenza esclusiva statale poco cambia qualificare l'intervento normativo sotto l'una piuttosto che l'altra "etichetta"⁵⁵, tanto più che, versandosi in ipotesi di "materie non materie" ovvero "materie trasversali"⁵⁶, entrambe si qualificano per una penetrante carica espansiva verso materie residuali (come visto, il coordinamento informativo tende ad

⁵⁴ A. PIOGGIA, *Diritto sanitaria e dei servizi sociali*, cit.

⁵⁵ R. BIN *Primo comandamento: non occuparsi delle competenze, ma delle politiche*, cit.

⁵⁶ Previste sin dalla sentenza n. 282/2002, par. 3, come «competenza del legislatore statale idonea ad investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore stesso deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle». Si tratta di ipotesi in cui «la Corte ha nel suo lavoro preso atto della diversa fisionomia di molte delle materie elencate rispetto a quella delle materie di cui è fatta menzione nel testo originario della Costituzione. In quest'ultimo caso le espressioni usate dal legislatore miravano a una identificazione delle materie in termini oggettivi e statici spesso non casualmente riferiti alla legislazione precostituzionale vigente, laddove nella presente redazione oggettività e staticità sfumano in una prospettiva dinamica che assegna allo Stato il conseguimento di determinati obiettivi»: S. BARTOLE, P. GIANGASPERO, *Diritto Regionale. Una conversazione*, Bologna, 2022, p. 119. Per le materie trasversali quali strumento di ri-emersione della clausola dell'interesse nazionale, cfr. R. BIN, *L'interesse nazionale dopo la riforma: continuità di problemi, discontinuità della giurisprudenza costituzionale*, in *Le Regioni*, 2011, pp. 1213 ss.

assorbire, nella giurisprudenza della Corte, l'organizzazione amministrativa regionale) o concorrenti (con la prevalenza, supportata dalla giurisprudenza costituzionale, dei livelli essenziali rispetto alla tutela della salute ed al coordinamento della finanza pubblica).

Eppure così non è. E così non è perché è rinvenibile una “tendenza” nella giurisprudenza costituzionale, maggiormente incline ad avanzare la richiesta di una collaborazione “forte” quando sono in questione i livelli essenziali, rispetto all’ipotesi del coordinamento informativo e statistico⁵⁷. Ciò probabilmente anche quale riflesso del “residuo storico” della differenza tra mero coordinamento tecnico e coordinamento politico-amministrativo⁵⁸. Su questo punto si tornerà nel paragrafo successivo.

5. Tra forma di Stato e forma di governo

L'interoperabilità dei FSE regionali e le condizioni di codifica e di struttura che la supportano assurge ad uno dei casi emblematici in cui regole di natura tecnica celano orientamenti di valore, non solo rispetto all'individuo ed alla comunità complessivamente considerata, ma altresì in relazione alle modalità di organizzazione e funzionamento del potere pubblico. Come a dire, l'interoperabilità non è fine a se stessa, riverberandosi su assetti complessi.

Come evidenziato dalla dottrina «l'informatica... cambia la natura stessa del procedimento amministrativo; e se le scelte compiute in relazione agli strumenti tecnologici si riverberano sugli aspetti organizzativi e funzionali delle amministrazioni che di tali strumenti fanno uso, allora appare chiaro che è una mera astrazione la dichiarata neutralità dell'informatica sul diritto»⁵⁹.

Se così è, come pare, il coinvolgimento – sia pure in scelte di ordine tecnico – delle autonomie regionali non può esaurirsi nel mero parere. Tanto più in quanto, levato il velo dalla caratura meramente tecnica dell'intervento, emerge un assetto inestricabile di interessi che coinvolgono diritti fondamentali (*in primis* il diritto alla salute) e diversi livelli di governo territoriale. In un contesto così complesso, parrebbe riduttivo ricorrere al criterio della prevalenza di una materia – il coordinamento informatico appunto – che presuppone molto più di quanto “dice” e non solo per la sua caratteristica di materia trasversale, ma per una sua connotazione intrinsecamente decettiva: sotto la “tecnica”, le scelte da compiere sono, come più volte detto, altre e più “alte”.

⁵⁷ Per l'esigenza di una intesa, in adempimento a quanto disposto dall'art. 8, d.lgs. 59/1997, nell'ipotesi di adozione da parte dello Stato di atti di coordinamento tecnico, cfr. Q. CAMERLENGO, *Indizi di perdurante asimmetria tra legge statale e legge regionale. La primazia delle valutazioni scientifiche*, in *Le istituzioni del federalismo*, n. 5/2002, p. 701.

⁵⁸ In merito alla difficile delimitazione tra le due funzioni di coordinamento (tecnico e politico-amministrativo), cfr. R. BIN, “*Coordinamento tecnico*” e poteri regolamentari del Governo: spunti per un'impostazione “posteuclidea” della difesa giudiziale delle Regioni, in *Le Regioni*, 1992, pp. 1449 ss.

⁵⁹ D. MARONGIU, *La funzione di coordinamento informatico: autonomia delle Regioni e poteri del Ministro per l'innovazione e le tecnologie*, in *Diritto dell'Informatica*, cit., p. 115.

Né può in merito condividersi l'impostazione seguita dalla Consulta nella sentenza n. 240 del 2007 (par. 7) secondo cui il coordinamento ai sensi dell'art. 117, c. 2, lett. *r*), Cost., non attiene al «solo aspetto “tecnico” della trasmissione dei dati, giacché – se è vero che certamente può venire in rilievo tale aspetto – non può negarsi che la funzione affidata alla esclusiva competenza statale dalla citata lettera *r*) del secondo comma dell'art. 117 Cost. involga un ambito ben più ampio, il quale si riferisce anche alla finalità della acquisizione dei dati telematici». Se così fosse, oggi che gli obiettivi di digitalizzazione della pubblica amministrazione sono disparati e plurimi, un po' tutte le materie che intersecano il coordinamento informatico ne risulterebbero assorbite secondo il criterio della prevalenza.

In realtà, i fini devono essere coerenti con la materia per poter essere sussunti nella stessa, sicché rientrano senz'altro nel coordinamento informatico i fini di natura statistica ed informativa, ma non ogni ulteriore fine che la digitalizzazione dei processi si dimostri in grado di supportare. Ed è seguendo questo approccio che emerge altresì come, nel caso specifico del FSE, risultano coinvolti, quali finalità, sia l'efficienza organizzativa e gestionale e – con essa – la tutela della salute ma anche gli stessi livelli essenziali delle prestazioni, in rapporto di non districabile «connessione funzionale»⁶⁰ (cfr. par. 4).

Ciononostante il decreto ministeriale 20 maggio 2022, ha preferito individuare il titolo competenziale che ne legittima l'intervento essenzialmente nell'art. 117, c. 2, lett. *r*), Cost., quindi del coordinamento informatico ed informativo, dando così ragione del ricorso al mero parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, conformemente del resto a quanto disposto dall'art. 12, c. 15-*bis*, d.l. 179/2012 e ss.mm⁶¹.

Non può non ravvisarsi l'incongruenza di simile impostazione con quanto statuito dall'art. 8, c. 1, l. 59/1997⁶² oltre che con la sentenza della n. 31 del 2005 che proprio in merito al coordinamento informatico e informativo (ma è rimasta impostazione isolata nella giurisprudenza costituzionale), rammentata l'intersezione con la materia residuale dell'organizzazione amministrativa regionale, ha concluso per la non sufficienza del mero parere della Conferenza unificata, reputando necessario «garantire un più incisivo coinvolgimento di tali enti nella fase di attuazione delle disposizioni censurate mediante lo strumento dell'intesa»⁶³. In merito, come osservato dalla dottrina, stante la difficoltà di

⁶⁰ S. AGOSTA, *Dall'intesa in senso debole alla leale collaborazione in senso forte? Spunti per una riflessione alla luce della più recente giurisprudenza costituzionale tra (molte) conferme e (qualche) novità*, in *federalismi.it*, n. 6/2004, p. 3.

⁶¹ Come osserva Q. CAMERLENGO, *Il governo della pandemia tra Stato e Regioni: ritorno al coordinamento tecnico*, in *Le Regioni*, n. 4/2020, p. 749, attraverso il richiamo al coordinamento tecnico si è verificata «una sorta di neutralizzazione del momento politico, così da rendere meno sospetto l'intervento anche penetrante dell'amministrazione statale».

⁶² Ai sensi del quale «Gli atti di indirizzo e coordinamento delle funzioni amministrative regionali, gli atti di coordinamento tecnico, nonché le direttive relative all'esercizio delle funzioni delegate, sono adottati previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, o con la singola regione interessata».

⁶³ Corte cost., 26 gennaio 2005, n. 31, par. 2.6: «il mero parere della Conferenza unificata non costituisce, nella specie, una misura adeguata a garantire il rispetto del principio di leale collaborazione. Per quanto l'oggetto delle norme... sia

tracciare i confini tra coordinamento informativo e informatico e organizzazione amministrativa regionale, nel dubbio vanno «privilegia[te] quanto più possibile forme concertative tra Stato, Regioni ed enti locali, che assicurino un quanto più ampio consenso nell'adozione di procedure innovative di amministrazione»⁶⁴.

Del resto, così dovrebbe coerentemente concludersi per omogeneità con il consolidato indirizzo della Corte sviluppato per competenze statali che, seppure diverse dal coordinamento informatico, parimenti si qualificano in ragione della trasversalità e del conseguente comune e presupposto «stretto intreccio» con altre competenze concorrenti o residuali, ravvisando per tali ipotesi «nell'intesa la soluzione che meglio incarna la collaborazione»⁶⁵. Costatazione che *in primis* si ritrova nella giurisprudenza costituzionale sui livelli essenziali⁶⁶ che rende, in questo modo, operativa una procedura di «uguaglianza sostenibile», tra uniformità e differenziazione⁶⁷.

La connessione funzionale tra coordinamento informativo ed informatico e l'altra materia trasversale dei livelli essenziali delle prestazioni in relazione alle specifiche tecniche del FSE, depone quindi per una «riqualificazione» della tipologia di collaborazione tra Stato e regioni⁶⁸. Se così è come pare, l'integrazione della interoperabilità del FSE tra i livelli essenziali è suscettibile di produrre conseguenze in grado di riverberarsi sul rapporto tra livelli di governo (oltre che tra questi e la comunità, gli individui).

In merito, giova infatti rammentare la tendenza della giurisprudenza costituzionale ad invocare una collaborazione forte tra Stato e regioni, per il tramite di intese e non meri pareri, laddove siano in questione i livelli essenziali delle prestazioni, diversamente da quanto accade per altre materie trasversali, coordinamento informatico incluso⁶⁹.

ricostituibile... alla materia del «coordinamento informativo statistico e informatico» di spettanza esclusiva del legislatore statale, lo stesso presenta un contenuto precettivo idoneo a determinare una forte incidenza sull'esercizio concreto delle funzioni nella materia dell'«organizzazione amministrativa delle Regioni e degli enti locali». Ciò rende necessario garantire un più incisivo coinvolgimento di tali enti nella fase di attuazione delle disposizioni censurate mediante lo strumento dell'intesa».

⁶⁴ V. SARCONI, [La leale collaborazione vale anche per l'e-government? Dalla Consulta un'occasione per trattare dell'innovazione tecnologica nelle amministrazioni](#), in [federalismi.it](#), n. 5/2005, p. 6.

⁶⁵ Corte cost., 25 novembre 2016, n. 251, par. 3.

⁶⁶ Cfr. E. BALBONI, G.P. RINALDI, in *Livelli essenziali, standard e leale collaborazione*, cit.

⁶⁷ Per mutuare le parole di A. D'ALOIA, *Diritti e Stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in E. BETTINELLI, F. RIGANO (a cura di), *La riforma del Titolo V*, Torino, 2004, p. 123.

⁶⁸ Per un collegamento tra materie trasversali e principio di leale collaborazione, in luogo della logica duale della prevalenza, cfr. G. FERRAIUOLO, *Materie trasversali e leale collaborazione*, in [federalismi.it](#), n. 25/2022, pp. 25 ss. In senso contrario, cfr. S. MANGIAMELI, *Il principio cooperativo nell'esperienza italiana del primo e del secondo regionalismo*, Roma, 2008, p. 103.

⁶⁹ Cfr. *ex plurimis*, Corte cost., 25 novembre 2016, n. 251, par. 4.1.1.

Eccettuando gli interventi dell'emergenza⁷⁰, che si ritiene non possano fare “parametro”⁷¹, è alla giurisprudenza dell’ “ordinarietà” che lo sguardo va rivolto.

Prendendo le mosse dalla sentenza n. 88 del 2003. va rammentato che, proprio in relazione ai livelli essenziali ed a differenza di quanto fatto per altre materie di competenza trasversale, la Corte ha sin da subito posto espressamente l'accento sulla connessione tra livelli essenziali e principio di leale collaborazione inteso in senso forte⁷². Nello specifico, osservata «la... forte incidenza sull'esercizio delle funzioni nelle materie assegnate alle competenze legislative ed amministrative delle Regione e delle Province autonome» ha ritenuto evidente «che queste scelte, almeno nelle loro linee generali, siano operate dallo Stato con legge, che *dovrà inoltre determinare adeguate procedure e precisi atti formali* per procedere alle specificazioni ed articolazioni ulteriori che si rendano necessarie nei vari settori»⁷³ (corsivo nostro).

Simili «adeguate procedure», seguendo il successivo argomentare della giurisprudenza costituzionale, sono state soddisfatte proprio dallo strumento dell'intesa, come del resto previsto dall'art. 6 del d.l. 18 settembre 2001, n. 347, con specifico riguardo ai LEA nonché dall'art. 1, c. 161, l. n. 234/2021, riguardo ai LEPS.

Lungo questa direttrice, altre pronunce, relative a casi di interventi statali motivati dal mantenimento di livelli essenziali uniformi, hanno potuto concludere per la non lesione delle competenze regionali proprio in forza della prescrizione della previa acquisizione dell'intesa⁷⁴. In modo particolarmente chiaro, la Consulta ha statuito che, seppure si versi in ipotesi di livelli essenziali, «non [si] può prescindere dal coinvolgimento delle Regioni, alle quali compete la programmazione e l'organizzazione dei servizi sanitari

⁷⁰ Come ricordano S. BARTOLE, P. GIANGASPERO, *Diritto Regionale. Una conversazione*, cit., p. 175, le varie emergenze sono state spesso «occasione per rinnovate manovre di accentramento a tutto vantaggio dello Stato e a detrimento dei poteri delle Regioni».

⁷¹ In merito S. STAIANO, *Né modello né sistema. La produzione del diritto al cospetto della pandemia*, in *Rivista AIC*, n. 2/2020, pp. 531 ss.

⁷² Sul punto si rinvia nuovamente a G. FERRAIUOLO, *Materie trasversali e leale collaborazione*, cit. Come osserva A. CARMINATI, *La Corte applica il principio di leale collaborazione in materia di pianificazione paesaggistica a favore dello Stato, ma la via consensuale produce impasse e squilibri*, in *forumcostituzionale.it*, n. 2/2021, p. 367, intesa in modo rigoroso la leale collaborazione integrerebbe «un criterio... “equidistante” di composizione degli interessi e diretto a realizzare il migliore equilibrio tra le istanze unitarie e quelle delle comunità territoriali, ma che ha finito per produrre – in questo e in altri ambiti – effetti vantaggiosi specialmente per le istituzioni centrali di governo».

⁷³ Corte cost., 27 marzo 2003, n. 88, par. 4. La premessa da cui prende le mosse la Corte è che «L'inserimento nel secondo comma dell'art. 117 del nuovo Titolo V della Costituzione, fra le materie di legislazione esclusiva dello Stato, della “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale” attribuisce al legislatore statale un fondamentale strumento per garantire il mantenimento di una adeguata uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti, pur in un sistema caratterizzato da un livello di autonomia regionale e locale decisamente accresciuto».

⁷⁴ Corte cost., 21 dicembre 2016, n. 284, par. 5: «è bene... ricordare che la determinazione dei LEA è un obbligo del legislatore statale, ma che la sua proiezione in termini di fabbisogno regionale coinvolge necessariamente le Regioni, per cui la fisiologica dialettica tra questi soggetti deve essere improntata alla leale collaborazione che, nel caso di specie, si colora della doverosa cooperazione per assicurare il migliore servizio alla collettività». Parla di «pieno coinvolgimento della Regione», nonché di «azione congiunta» e «costante confronto collaborativo», Corte cost., 23 luglio 2021, n. 168, par. 11, in merito ai piani di rientro dai disavanzi sanitari.

sul territorio, fino alla concreta erogazione delle prestazioni, poiché è solo per il tramite della leale collaborazione orientata al bene comune che il modello pluralistico riconosciuto dalla Costituzione può svilupparsi, “in una prospettiva generativa”..., verso la migliore tutela del diritto alla salute⁷⁵. In quest’ottica, e chiudendo sul punto il cerchio, la Consulta è quindi giunta a dichiarare incostituzionale la previsione legislativa che ha ammesso l’adozione di un decreto ministeriale in materia di livelli essenziali senza la previa acquisizione dell’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano⁷⁶.

Se si aderisce alla ricostruzione proposta e si concepisce il FSE come strumento volto ad integrare «standard qualitativi, strutturali e tecnologici» dei LEA (art. 1, c. 169, l. n. 311/2004), il primo non può che essere assorbito nel regime previsto per i secondi e quindi, come denunciato dalla Corte nella sentenza 134 del 2006, vi si estende la disciplina legislativa della previa intesa, come del resto disposto per i dpcm sui LEA (art. 6, d.l. 347/2001 e ss.mm.), e – ora – per il LEPS (art. 1, c. 161, l. 234/2021).

Né basta obiettare, per il caso del FSE, che il rispetto dell’autonomia si avrebbe con la proposta dei piani che devono essere presentati dalle regioni, in quanto trattasi di procedura “a valle” e non “a monte”, quando già sono state decise le regole tecniche volte ad assicurare l’interoperabilità del FSE.

Né tantomeno vale obiettare che la partecipazione regionale si realizza nei vari “tavoli di lavoro” o “gruppi di lavoro”⁷⁷ che solitamente precedono l’adozione degli atti ministeriali. Proprio perché i requisiti tecnici dell’interoperabilità presuppongono potenzialità multiple ed implicazioni valoriali che ne trascendono l’apparente mera “tecnicità” (cfr. par. 4), risulta *a fortiori* essenziale l’avallo del livello politico-amministrativo, che siede nella Conferenza Stato regioni.

Non solo. Va altresì ricordato che il perfezionamento della “tecnica” implica l’apporto di conoscenze diversificate e multidisciplinari, rispetto alle quali risulta senz’altro fondamentale il contributo conoscitivo-esperienziale delle singole regioni che avendo già sperimentato sul campo il FSE nel loro ambito territoriale sono in grado di meglio evidenziarne le criticità. Come a dire, se in ogni campo in cui è registrabile un intreccio di interessi e competenze la leale collaborazione paga⁷⁸, ciò non viene certo

⁷⁵ Corte cost. 9 maggio 2022, n. 114, par. 6.2.

⁷⁶ *Ibidem*. In analogia direzione anche la sentenza n. 134/2006 relativa alla determinazione degli standard specificativi dei LEA, che ritiene «ingiustificata [la] riduzione delle modalità di coinvolgimento in questo procedimento delle Regioni (la mera richiesta di un parere alla Conferenza unificata)... in riferimento a standard che apporterebbero limitazioni di norma ancora più incisive all’autonomia regionale, in quanto connesse alla fase di concretizzazione dei LEA; se anche la determinazione degli standard trova giustificazione costituzionale nella lettera *m*) del secondo comma dell’art. 117 Cost., non può evidentemente ipotizzarsi che venga meno per essi proprio la più incisiva forma di leale collaborazione fra Stato e Regioni prevista dalla legislazione vigente per la determinazione dei LEA mediante procedure non legislative» (par. 9).

⁷⁷ Cfr. allegato A, p. 56 del decreto del ministro della salute del 20 maggio 2022.

⁷⁸ Come osserva A.M. POGGI, *A vent’anni dalla revisione costituzionale del Titolo V: un bilancio con lo sguardo rivolto al futuro*, in *Le istituzioni del federalismo*, n. 1/2021, p. 101, «Non sarà... possibile immaginare una ripartenza sanitaria, economico-produttiva e sociale effettiva se non attraverso una solida struttura di collaborazione istituzionale tra gli enti che

meno laddove gli interessi abbraccino aspetti tecnici, rispetto ai quali le regioni hanno già acquisito concreta esperienza ormai da anni, sia nella gestione del quotidiano che nella straordinarietà prodotta dall'emergenza sanitaria⁷⁹.

In definitiva, il discorso che qui si è cercato di tracciare con specifico riguardo alle implicazioni del FSE, sia per le prestazioni da garantire ai cittadini che per la collaborazione tra Stato e autonomie regionali, è in realtà suscettibile di estensione all'ambito più generale dei rapporti Stato-Regioni. Fuor di metafora, ci sembra di poter concludere condividendo la seguente osservazione, avanzata da autorevole dottrina: «non si tratta di ripartire da zero, attraverso un ennesimo intervento legislativo che aspiri a riaprire i giuochi della costruzione del diritto regionale vigente mettendo... a disposizione degli interpreti nuovi testi normativi da interpretare e ricostruire *ex novo*. Di riforma o grande riforma delle Regioni, e quindi del diritto regionale, si è parlato spesso e non sempre con equilibrio», semmai «giova darsi un obiettivo che sfrutti le potenzialità di quello che è oggi il diritto regionale a valle di un processo di consolidazione andato a compimento negli anni... Forse conviene battere la strada – per usare un'espressione della politica – di un riformismo meno ambizioso, che tramite un ripensamento interpretativo del diritto regionale vivente, e restando al suo interno, conduca a una lettura del sistema di fatto oggi praticato che favorisca un maggiore coinvolgimento delle Regioni nell'attività dello Stato per una cura più adeguata degli interessi pubblici»⁸⁰.

compongono la Repubblica», a tale scopo richiama le coraggiose sentenze della Consulta (n. 303/2003 e n. 6/2004) che avevano percorso la strada delle intese come strumenti di formalizzazione della leale collaborazione e conclude affermando che «La sua mancanza, infatti, paralizza di fatto il sistema poiché produce a cascata difficoltà di attuazione delle innovazioni» introdotte a livello statale (p. 105).

⁷⁹ Come osserva F. MERONI, *Coordinamento e governo dei dati nel pluralismo amministrativo*, in *Astrid Online*, p. 177, «la definizione di norme tecniche destinate ad incidere sui modi di svolgimento dei compiti di gestione dei documenti e delle informazioni, non può che giovare della attiva partecipazione di soggetti in grado di rappresentare le esigenze, conoscitive e organizzative, del pluralismo amministrativo italiano... Ciò impone l'adozione di modelli organizzativi partecipati e di leale collaborazione. Questi vanno organizzati stabilmente, perché costante deve essere la ricerca dell'accordo».

⁸⁰ S. BARTOLE, P. GIANGASPERO, *Diritto Regionale. Una conversazione*, cit., p. 180.