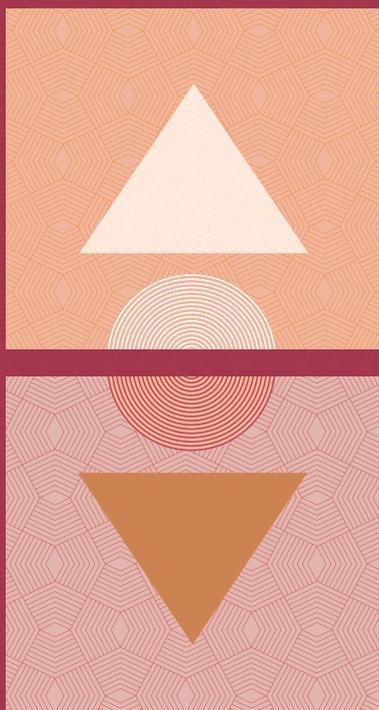


LO STATO DIGITALE NEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA



a cura di
Valerio Bontempi

38

Collana

L'Unità del Diritto



Roma TiE-Press
2022



Università degli Studi Roma Tre
Dipartimento di Giurisprudenza

NELLA STESSA COLLANA

1. P. CARNEVALE (a cura di), *La Costituzione riscritta. Saggi sulla revisione costituzionale in itinere*, 2016
2. E. BATTELLI, B. CORTESE, A. GEMMA, A. MASSARO (a cura di), *Patrimonio culturale: profili giuridici e tecniche di tutela*, 2017
3. R. BENIGNI (a cura di), *Libertà religiosa, diritti umani e globalizzazione*, 2017
4. A. MASSARO (a cura di), *La tutela della salute nei luoghi di detenzione. Un'indagine di diritto penale intorno a carcere, REMS e CPR*, 2017, 2017
5. V. ZENO-ZENCOVICH, *Comparative Legal Systems. A Short Introduction*, 2017 (I ed.) *Comparative Legal Systems. A Short and Illustrated Introduction*, 2019 (II ed.)
6. M. GAMBACCIANI, *Impresa e lavoro: il nuovo bilanciamento nei licenziamenti collettivi*, 2017
7. A. MASSARO, M. SINISI (a cura di), *Trasparenza nella P.A. e norme anticorruzione: dalla prevenzione alla repressione*, 2017
8. A. D. DE SANTIS (a cura di), *I profili processuali della nuova disciplina sulla responsabilità sanitaria*, 2017
9. V. VITI, *La locazione finanziaria tra tipicità legale e sottotipi*, 2018
10. C. CARDIA, R. BENIGNI (a cura di), *50 Anni dalla Populorum Progressio. Paolo VI: il Papa della modernità. Giustizia tra i popoli e l'amore per l'Italia*, 2018
11. G. NUZZO, *L'abuso del diritto di voto nel concordato preventivo. Interessi protetti e regola di correttezza*, 2018
12. G. GRISI, C. SALVI (a cura di), *A proposito del diritto post-moderno. Atti del Seminario di Leonessa, 22-23 settembre 2017*, 2018
13. G. MAESTRI, *L'ordinamento costituzionale italiano alla prova della democrazia paritaria*, 2018
14. G. CONTE, A. FUSARO, A. SOMMA, V. ZENO-ZENCOVICH (a cura di), *Dialoghi con Guido Alpa. Un volume offerto in occasione del suo LXXI compleanno*, 2018
15. E. PODOGHE, *Comunicazione e "dignità della donna". Uno studio di genere*, 2018
16. G. GRISI (a cura di), *L'abuso del diritto. In ricordo di Davide Messinetti*, 2019
17. S. ANASTASIA, P. GONNELLA (a cura di), *I paradossi del diritto. Saggi in omaggio a Eligio Resta*, 2019
18. S. DEL GATTO, *Poteri pubblici, iniziativa economica e imprese*, 2019

19. R. BENIGNI, B. CORTESE (a cura di), *La "giurisdizione". Una riflessione storico-giuridica*, 2019
20. M. RUOTOLO (a cura di), *La Costituzione...aperta a tutti*, 2019 (I ed.); M. RUOTOLO, M. CAREDDA (a cura di), *La Costituzione...aperta a tutti*, 2020 (II ed.)
21. N. POSTERARO, M. SINISI (a cura di), *Questioni di fine vita*, 2020
22. G. RESTA (a cura di), *L'Armonia nel diritto. Contributi a una riflessione su diritto e musica*, 2020
23. F. LATTANZI (a cura di), *Genocidio. Conoscere e ricordare per prevenire*, 2020
24. E. TOTI, *Diritto cinese dei contratti e sistema giuridico romanistico tra legge e dottrina*, 2020
25. B. CORTESE, *La tutela in caso di vizio della res empta e della res locata: inadempimento rispondenza ex fide bona*, 2020
26. M.S. BONOMI, *La motivazione dell'atto amministrativo: dalla disciplina generale alle regole speciali*, 2020
27. G. GRISI, F. RASSU (a cura di), *Perspectives nouvelles du droit. Thèmes, méthodes et historiographie en France et en Italie*, 2020
28. F. APERIO BELLA, A. CARBONE, E. ZAMPETTI (a cura di), *Dialoghi di Diritto Amministrativo. Lavori del Laboratorio di Diritto Amministrativo 2019*, 2020
29. S. CALDARELLI, *I vincoli al bilancio dello Stato e delle pubbliche amministrazioni. Sovranità, autonomia e giurisdizione*, 2020
30. A. MASSARO (a cura di), *Connessioni di Diritto Penale*, 2020
31. R. BENIGNI (a cura di), *Diritto e religione in Italia*, 2021
32. E. CALZOLAIO, R. TORINO, L. VAGNI (a cura di), *Liber amicorum Luigi Moccia*, 2021
33. A. CARRATTA (a cura di), *Limiti esterni di giurisdizione e diritto europeo. A proposito di Cass. Sez. Un. n. 19598/2020*, 2021
34. M. CATENACCI, R. RAMPIONI, V.N. D'ASCOLA (a cura di), *Studi in onore di Antonio Fiorella*, 2021
35. F. GRASSI, O. HAGI KASSIM (a cura di), *Vecchie e nuove certezze nel diritto amministrativo. Elementi essenziali e metodo gradualista. Dibattito sugli scritti di Giampaolo Rossi*, 2021
36. B. CORTESE (a cura di), *Il diritto dei beni culturali. Atti del Convegno OGIPAC in memoria di Paolo Giorgio Ferri. Roma 27 maggio 2021*, 2021
37. V. MANNINO, *Governo misto romano e repubblicanesimo americano*, 2022

*Si ringrazia l'Istituto di Ricerche sulla Pubblica Amministrazione (IRPA)
per aver finanziato la pubblicazione di questo volume.*





Università degli Studi Roma Tre
Dipartimento di Giurisprudenza

LO STATO DIGITALE NEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

a cura di
Valerio Bontempi

prefazione di
Luisa Torchia

38

L'Unità del Diritto
Collana del Dipartimento di Giurisprudenza



Roma TrE-Press
2022

La Collana *L'unità del diritto* è stata varata su iniziativa dei docenti del Dipartimento di Giurisprudenza. Con questa Collana si intende condividere e sostenere scientificamente il progetto editoriale di Roma TrE-Press, che si propone di promuovere la cultura giuridica incentivando la ricerca e diffondendo la conoscenza mediante l'uso del formato digitale ad accesso aperto.

Comitato scientifico della Collana:

Paolo Alvazzi Del Frate, Roberto Baratta, Concetta Brescia Morra, Paolo Carnevale, Antonio Carratta, Mauro Catenacci, Alfonso Celotto, Carlo Colapietro, Emanuele Conte, Tommaso Dalla Massara, Carlo Fantappiè, Elena Granaglia, Giuseppe Grisi, Andrea Guaccero, Luca Luparia Donati, Francesco Macario, Luca Marafioti, Enrico Mezzetti, Giulio Napolitano, Giuseppe Palmisano, Annalisa Pessi, Giorgio Pino, Alberto Franco Pozzolo, Giampiero Proia, Giorgio Resta, Francesco Rimoli, Giuseppe Ruffini, Marco Ruotolo, Maria Alessandra Sandulli, Chris Thomale, Giuseppe Tinelli, Luisa Torchia, Mario Trapani, Vincenzo Zeno-Zencovich, Andrea Zoppini.

Collana pubblicata nel rispetto del Codice etico adottato dal Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi Roma Tre, in data 22 aprile 2020.

Il volume pubblicato è stato sottoposto a previa e positiva valutazione nella modalità di referaggio *double-blind peer review*.

Coordinamento editoriale:

Gruppo di Lavoro *Roma TrE-Press*

Elaborazione grafica della copertina: **MOSQUITO**, mosquitoroma.it

Caratteri tipografici utilizzati:

American Typewriter condensed, Brandon Grottesque, Gotham rounded (copertina e frontespizio)
Adobe Garamond Pro (testo)

Impaginazione e cura editoriale: Colitti-Roma colitti.it

Edizioni: Roma TrE-Press ©

Roma, marzo 2022

ISBN: 979-12-5977-079-0

<http://romatrepress.uniroma3.it>

Quest'opera è assoggettata alla disciplina *Creative Commons attribution 4.0 International License* (CC BY-NC-ND 4.0) che impone l'attribuzione della paternità dell'opera, proibisce di alterarla, trasformarla o usarla per produrre un'altra opera, e ne esclude l'uso per ricavarne un profitto commerciale.



L'attività della *Roma TrE-Press* è svolta nell'ambito della

Fondazione Roma Tre-Education, piazza della Repubblica 10, 00185 Roma

Collana del Dipartimento di Giurisprudenza

L'unità del diritto

La Collana di studi giuridici promossa dal Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università Roma Tre assume un titolo – quello de *L'unità del diritto* – che può apparire particolarmente impegnativo, perché il fenomeno giuridico riflette la complessità delle società che il diritto mira a regolare, si sviluppa intorno ad una molteplicità di articolazioni e sembra pertanto sfuggire ad una definizione in termini di unità. Anche la scienza del diritto, intesa come riflessione intorno al diritto, come forma di conoscenza che assume il diritto ad oggetto diretto e immediato di indagine, sia nella prospettiva teorica sia in quella storico-positiva relativa ad un singolo ordinamento, soffre a trovare una sua dimensione unitaria. La riflessione intorno al diritto, da qualunque punto di partenza si intenda affrontarla, ammette una pluralità di opzioni metodologiche, contempla una molteplicità di giudizi di valore, si caratterizza inevitabilmente per una pluralità di soluzioni interpretative. L'unico, generalissimo, elemento che sembra contraddistinguerla in senso unitario è dato dal suo essere rivolta alla conoscenza del diritto, dal suo carattere conoscitivo dell'esperienza giuridica complessivamente intesa, una unità, potrebbe dirsi, figlia della diversità e varietà delle scelte di metodo e del pluralismo interpretativo, ma pur sempre una unità quanto meno in questo suo nucleo irriducibile. Ed è allora questo il senso da attribuire al titolo della collana che prende l'avvio, ossia quello di dare ospitalità a contributi di studiosi diversi per formazione e interessi, ma che si riconoscono tutti nella comune esigenza di indagare il fenomeno giuridico applicando con rigore il metodo prescelto, nella consapevolezza della condivisione di un patrimonio formativo e culturale idoneo a creare un'adeguata coscienza di sé e sulla cui base costruire l'impegno scientifico del giurista.

In questa prospettiva, la Collana si ripromette di ospitare non solo contributi scientifici di tipo monografico, raccolte di scritti collettanei, atti di convegni e seminari, ma anche materiali didattici che possano proficuamente essere utilizzati nella formazione dei giovani giuristi.

La Collana entra a far parte della struttura di Roma TrE-Press, che, affiancando alla tradizionale pubblicazione in formato cartaceo quella in formato digitale in *open access*, contribuisce ad una nuova e più ampia diffusione del sapere giuridico.

Prof. Antonio Carratta
Direttore del Dipartimento di Giurisprudenza
Università Roma Tre

Indice

<i>Prefazione</i> , di LUISA TORCHIA	11
<i>Introduzione</i> , di VALERIO BONTEMPI	15

SEZIONE I

LE COMPETENZE DIGITALI, L'ISTRUZIONE E LA RICERCA SCIENTIFICA

GIANLUCA SGUEO, <i>Reclutamento e formazione del personale</i>	23
GIANLUCA SGUEO, <i>Il piano per la formazione delle competenze digitali e il programma «repubblica digitale»</i>	29
MARIANNA MAZZARELLA, <i>I programmi scolastici e la transizione digitale del personale docente</i>	35
CAMILLA RAMOTTI, <i>Gli interventi di riqualificazione e digitalizzazione dell'edilizia scolastica</i>	43
VALERIO BONTEMPI, <i>Il potenziamento dell'attività di ricerca scientifica e tecnologica</i>	51

SEZIONE II

LE INFRASTRUTTURE DIGITALI

PAOLO BONINI, <i>Neutralità tecnologica e partenariato pubblico-privato</i>	61
SVEVA DEL GATTO, <i>Le infrastrutture per la banda ultra larga e il piano per la copertura delle zone a fallimento di mercato</i>	67
GIANLUCA BUTTARELLI, <i>La strategia italiana per la tecnologia 5G</i>	75
PATRIZIO RUBECHINI, <i>La digitalizzazione dei sistemi aeroportuali</i>	83

SEZIONE III

LA DIGITALIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ AMMINISTRATIVA

MARTINA CARDONE, <i>La digitalizzazione del procedimento amministrativo</i>	95
PAOLO CLARIZIA, <i>L'e-procurement</i>	109

GIANLUCA SGUEO, <i>I servizi pubblici digitali</i>	119
GIANLUCA SGUEO, <i>L'identità digitale</i>	127
ALESSIA PALLADINO, <i>PagoPA e pagamenti digitali</i>	133
GIANLUCA BUTTARELLI, <i>L'interoperabilità dei dati nella Pubblica Amministrazione</i>	141
BRUNO CAROTTI, <i>Il settore pubblico e il cloud computing</i>	147
ANDREA RENZI, <i>Le prospettive della cybersecurity</i>	157
ANTONELLA MASCOLO, <i>L'uso dell'Intelligenza Artificiale nel settore pubblico</i>	171
ALESSIA PALLADINO, <i>Le politiche nazionali in tema di spazio</i>	177
NICOLA POSTERARO, <i>Il fascicolo sanitario elettronico</i>	187
NICOLA POSTERARO, <i>La telemedicina</i>	201
PAOLO CLARIZIA, <i>Piattaforme e strategie digitali per l'accesso al patrimonio culturale</i>	209
ELEONORA SCHNEIDER, <i>La digitalizzazione dei parchi nazionali e delle aree marine protette</i>	219
PAOLO CLARIZIA, <i>Gli interventi in materia di giustizia amministrativa</i>	231
PROFILI BIOGRAFICI	241

Nicola Posteraro

Il fascicolo sanitario elettronico

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza evidenzia come la pandemia da Covid-19 abbia confermato sia il valore universale e la natura di bene pubblico fondamentale della salute, sia la rilevanza macro-economica dei servizi sanitari pubblici. In particolare, il PNRR rileva come l'emergenza sanitaria abbia reso ancora più evidenti alcuni degli aspetti critici di natura strutturale del nostro SSN (aspetti critici che potrebbero essere aggravati, si legge, dall'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto)¹. La strategia che il Piano persegue è dunque volta proprio ad affrontare in maniera sinergica tutti questi aspetti critici: alla salute, in particolare, esso dedica specificamente la Missione 6, destinandovi un totale di 15.63 miliardi di euro (l'8,16 % del totale)². Il Piano mira ad assicurare «un efficace miglioramento del Sistema Sanitario Nazionale per rendere le strutture più moderne, digitali e inclusive, garantire equità di accesso alle cure, rafforzare la prevenzione e i servizi sul territorio promuovendo la ricerca»³; tuttavia, esso prevede una dilatazione forse eccessiva del tempo di attuazione degli obiettivi di questa Missione, posto che lancia le previsioni per la sanità in avanti fino al 2026⁴.

La Missione 6 si articola in due componenti: la componente M6C1 (Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale) e la componente M6C2 (Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale). Ai fini di questo studio, rileva, in particolare, la componente M6C2, che è evidentemente

¹ Su cui S. NERI, *Produttività e lavoro in sanità nell'era dell'innovazione tecnologica. Una prima riflessione*, p. 29, e N. MATTEUCCI, M. MARCATILI, *E-Health ed evoluzione dei sistemi sanitari. Un'analisi empirica sull'Europa*, p. 49, entrambi in G. VICARELLI, M. BRONZINI, *Sanità digitale. Riflessioni teoriche ed esperienze applicative*, Bologna, 2019.

² A questi si aggiungono invero le risorse del React EU (*Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe*) e del Fondo Nazionale Complementare, per ulteriori 4,6 miliardi.

³ Cfr. quanto diffuso per il tramite del sito Internet: italiadomani.gov.

⁴ Ad esempio, l'attivazione delle 1.288 case di comunità (investimento 1.1., Componente M6C1) è da attuarsi entro la prima metà del 2026 (sul punto, cfr. M.A. SANDULLI, *Sanità, misure abilitanti generali sulla semplificazione e giustizia nel PNRR*, in *Federalismi.it*, luglio 2021).

correlata più dell'altra al tema della digitalizzazione. Tuttavia, neppure la componente M6C1, come si vedrà, potrà essere del tutto trascurata in un'analisi dedicata all'*e-Health*⁵.

La componente M6C2, cui sono destinati 8,63 miliardi di euro, si prefigge i seguenti obiettivi generali: sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologici; rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario; potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello centrale e regionale, al fine di garantire una evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure, valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale e garantendo una maggiore capacità di *governance* e programmazione sanitaria⁶.

Dei suddetti 8,63 miliardi di euro, 7,36 sono destinati all'aggiornamento tecnologico e digitale⁷. Il Piano sottolinea come l'emergenza sanitaria abbia evidenziato, tra le altre cose, l'importanza di poter contare su un adeguato sfruttamento delle tecnologie più avanzate e su elevate competenze digitali (oltre che professionali e manageriali): «la pandemia», precisa, «ha messo in evidenza come la sanità sia un'area che richiede un

⁵ Al fine di coordinare le attività di gestione, monitoraggio, rendicontazione e controllo degli interventi previsti, il Ministero della salute ha istituito un'apposita Unità di Missione, articolata in Uffici (si veda la relazione del Ministero della salute sull'attuazione delle misure del PNRR, aggiornata al 16 dicembre 2021). Nelle more della costituzione della Unità di Missione e dei relativi Uffici, la funzione di «assicurare il necessario coordinamento tecnico con riferimento ai progetti di riforma e investimenti in ambito sanitario», riconducibile, in particolare, al PNRR, è stata attribuita alla Cabina di regia per il Patto per la salute 2019-2021, istituita con decreto ministeriale del 26 febbraio 2021, ai sensi dell'art. 2, co. 1, lett. e).

⁶ In data 16 dicembre è stato discusso in Conferenza Stato-Regioni lo schema di decreto del Ministro della salute recante la ripartizione delle risorse destinate alle Regioni per i progetti del PNRR e del Piano Nazionale degli investimenti Complementari (PNC). Lo schema di decreto prevede che ciascuna regione definisca il proprio piano operativo contenente piani di azione volti al raggiungimento delle *milestone* e dei *target* entro il 28 febbraio 2022. Lo stesso schema di decreto indica, inoltre, il 31 maggio 2022 come termine entro il quale sottoscrivere il contratto istituzionale di sviluppo. Cfr. sul punto la relazione sullo stato di attuazione del PNRR, del 23 dicembre 2021. Si deve rilevare che il riparto tiene conto, in via generale, della quota di accesso al Fondo Sanitario Nazionale (2021) e il criterio che, ai sensi dall'art. 2, co. 6 bis, d.l. 31 maggio 2021, n. 77, prevede che al Mezzogiorno venga destinato almeno il 40% del totale delle risorse.

⁷ 1,26 miliardi, invece, sono destinati alla formazione, alla ricerca scientifica e al trasferimento tecnologico.

significativo aggiornamento digitale»⁸; coerentemente, esso destina quindi una larga parte delle suddette risorse al miglioramento delle dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, oltre che allo sviluppo di competenze (anche) digitali del personale⁹.

Evidentemente, la componente M6C2, che prevede la digitalizzazione dei servizi riguardanti la salute, non solo è connessa alla componente M1C1 del Piano¹⁰, che si propone di sviluppare l'offerta integrata e armonizzata di servizi digitali all'avanguardia orientati a cittadini, residenti e imprese, permettendo così all'Italia di realizzare l'ambizione europea del *Digital Compass 2030*¹¹, ma contribuisce anche alla realizzazione del programma *flagship Modernise* del NGEU, che concerne la digitalizzazione di alcuni importanti servizi pubblici come la sanità¹².

Invero, l'aggiornamento tecnologico e digitale previsto dalla componente in analisi passa attraverso tre distinti investimenti: 1. l'ammmodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (investimento 1.1., cui sono destinati 4.05 miliardi di euro)¹³; 2. un ospedale sicuro e sostenibile

⁸ Cfr. p. 17 del Piano. Sui rapporti tra pandemia e sviluppo della digitalizzazione del comparto sanitario, cfr. il report *Digital transformation: Shaping the future of European Healthcare*, del Deloitte Centre for Health Solutions, centro di ricerca di Deloitte specializzato nelle tematiche e nelle pratiche legate alla Sanità. Il 65% dei rispondenti a livello europeo dichiara che la propria organizzazione ha incrementato l'impiego di tecnologie digitali per supportare il lavoro degli operatori sanitari a seguito dell'emergenza Covid-19; percentuale analoga (66%) per l'Italia.

⁹ Sui vantaggi della sanità digitale, si veda ANITEC-ASSINFORM, *Sanità digitale in Italia. Scenario e Azioni innovative*, maggio 2020; ASPEN INSTITUTE ITALIA, *Terapie innovative e welfare: un nuovo paradigma*, Roma, luglio 2019; DELOITTE, *Prospettive, potenzialità, impatti e modelli dell'Artificial Intelligence in ambito sanitario*, 2019; rilevante, sul tema, anche la Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni relativa alla trasformazione digitale della sanità e dell'assistenza nel mercato unico digitale, alla responsabilizzazione dei cittadini e alla creazione di una società più sana (25 aprile 2018).

¹⁰ Componente «Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA», cui sono destinati 9,75 miliardi di euro.

¹¹ European Commission, *2030 Digital Compass - the European way for the Digital Decade*, 9 marzo 2021.

¹² Entro il 2025, le PA degli Stati membri dovranno infatti fornire servizi pubblici digitali interoperabili, personalizzati e di facile utilizzo.

¹³ Su cui, A. MASCOLO, *Lo Stato digitale nel PNRR – L'ammmodernamento del sistema ospedaliero digitale*, in *Osservatorio IRPA sullo Stato digitale*, reperibile al seguente link: <https://www.irpa.eu/lo-stato-digitale-nel-pnrr-lammodernamento-del-sistema-ospedaliero-digitale/>. L'investimento (1.1) si suddivide, a sua volta, in sub-investimento 1.1.1 (Digitalizzazione, 2.863.255.000 euro) e sub-investimento 1.1.2 (Grandi Apparecchiature, 1.189.155.000). A questo proposito, occorre rilevare che il

(investimento 1.2., cui sono destinati 1,64 miliardi di euro); 3. il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (investimento 1.3., cui sono destinati 1,67 miliardi di euro). In questa sede, si considereranno in particolare l'azione relativa al «Fascicolo Sanitario Elettronico» e (parte del) l'azione relativa alla «Infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute e analisi dei dati e modello predittivo per garantire i LEA italiani e la sorveglianza e vigilanza sanitaria», entrambe previste nell'ambito del suddetto investimento 1.3.

Come noto, il Fascicolo Sanitario Elettronico occupa un posto centrale, nel nostro ordinamento, tra gli strumenti di *e-Health*¹⁴; il Piano ne coglie le potenzialità, definendolo quale 'pietra angolare' per l'erogazione dei servizi sanitari digitali e la valorizzazione dei dati clinici nazionali¹⁵. Esso, se davvero valorizzato, consente il raggiungimento di almeno due degli obiettivi generali su riferiti: 1. fortifica il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale; 2. garantisce una maggiore capacità di *governance* e programmazione sanitaria¹⁶.

MdS ha adottato con decreto direttoriale n. MDS-DGPROGS-84 del 22 ottobre 2021 il «Piano di riorganizzazione approvato dal Ministero della Salute/Regioni italiane», relativo ai piani di riorganizzazione presentati dalle regioni e dalle province autonome in attuazione all'art. 2 del d.l. 16 maggio 2020, n. 34 (c.d. decreto rilancio), convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, volti a rafforzare la capacità delle strutture ospedaliere del SSN ad affrontare le emergenze pandemiche. Il decreto direttoriale del Ministero della salute, che recepisce i fabbisogni regionali, è stato registrato dalla Corte dei conti. Entro il 28 febbraio 2022 ciascuna regione dovrà definire il proprio piano operativo contenente piani di azione volti alla definizione puntuale degli interventi di ammodernamento tecnologico (grandi apparecchiature) e di digitalizzazione dei Dipartimenti di Emergenza, Urgenza e Accettazione (DEA). Cfr. la relazione sullo stato di attuazione del PNNR del 23 dicembre 2021, oltre che quella del Ministero della salute, aggiornata al 16 dicembre 2021.

¹⁴ Cfr. C. BOTTARI, *L'inquadramento costituzionale del Fascicolo Sanitario Elettronico*, in G. DE VERGOTTINI, C. BOTTARI (a cura di), *La sanità elettronica*, Bologna, 2018, pp. 9 ss.; V. PEIGNÈ, *Il fascicolo sanitario elettronico, verso una "trasparenza sanitaria" della persona*, in *Riv. it. med. leg.*, 2011, p. 1520. Di recente, il citato decreto rilancio ha introdotto significative modifiche alla disciplina del FSE, confermandone la centralità quale strumento strategico per la digitalizzazione della sanità italiana. Per una panoramica delle novità, sia consentito rinviare a N. POSTERARO, *La digitalizzazione della sanità in Italia: uno sguardo al Fascicolo Sanitario Elettronico (anche alla luce del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza)*, in *Federalismi.it*, 2021.

¹⁵ Cfr. p. 17 del Piano, che si riferisce al FSE anche in sezioni diverse da quella specificamente dedicata alla Missione Salute.

¹⁶ Sul FSE come strumento partecipativo che promuove atteggiamenti di *empowerment* del paziente e sulla sua capacità di garantire maggiore capacità di *governance* e

L'obiettivo principale del PNRR è quello di potenziare siffatto strumento, al fine di garantirne il completamento, il miglioramento, la diffusione, l'omogeneità, l'armonizzazione e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e degli operatori sanitari¹⁷. Effettivamente, gli attuali dati sulla sua attuazione, sul suo utilizzo e sulla sua implementazione non sono del tutto confortanti: come attesta l'ultimo monitoraggio AgID¹⁸, tutte le regioni contano almeno un FSE attivato e la totalità di esse ha raggiunto uno stato di attuazione dello strumento pari o superiore all'85%, dotandosi delle strutture necessarie per renderlo operativo nel proprio territorio¹⁹; tuttavia, il suo impiego effettivo da parte dei singoli assistiti è ancora basso²⁰: solo in 4 regioni, nel secondo trimestre del 2021, sono state raggiunte soglie

programmazione sanitaria, sia consentito rinviare a N. POSTERARO, *La sanità digitale in Italia: uno sguardo al Fascicolo sanitario elettronico (anche alla luce del PNRR)*, cit. (e alla bibliografia ivi citata).

¹⁷ Il Piano parla di «diffusione» alle pp. 223 e 230; di «completamento» a p. 223; di «omogeneità e accessibilità» a p. 230; di «miglioramento» e di «armonizzazione» a p. 17, nella parte dedicata alla transizione digitale.

¹⁸ L'indicatore di «Attuazione» mira a rappresentare lo stato di avanzamento circa la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) regionale e rappresenta la media di realizzazione dei singoli servizi previsti dal piano. Fino al mese di settembre 2021, il Cruscotto AgID indicava, quale numero di FSE attivi, quello di 52.783.391; poiché secondo gli ultimi dati ISTAT, la popolazione residente in Italia ammonta a 59.257.566 unità, la percentuale di FSE attivi era dunque pari all'89%. Il dato è, quantomeno in astratto, sicuramente positivo, se si considera che ad inizio pandemia il FSE risultava ancora utilizzato da poche regioni italiane e attivato solo dal 20% della popolazione (cfr. sul punto la relazione illustrativa del decreto rilancio). Occorre rilevare che, allo stato, il portale nazionale *fascicolosanitario.gov.it* indica la presenza di n. 57.598.845 FSE attivi.

¹⁹ Tant'è che non è ben chiaro perché, nella sezione «tappe fondamentali» relative all'investimento in analisi, il sito *italiadomani.gov.it* affermi che il FSE «dovrà essere adottato in tutte le regioni italiane» entro giugno 2026. Il medesimo sito precisa poi che: a) entro il 2024, dovrà raggiungersi il *cutoff* per la digitalizzazione nativa di tutti i documenti su FSE; b) entro dicembre 2025, dovrà essere garantito l'utilizzo del FSE: si dovrà aumentare il numero dei medici generici in grado di utilizzare regolarmente il FSE e il numero di documenti digitalizzati nella CCE (si tratta di azione in fase di avviamento); c) entro giugno 2026, si dovrà assicurare interoperabilità del FSE: si dovrà completare il sistema della tessera sanitaria e si dovrà progettare l'infrastruttura per l'interoperabilità del FSE (si tratta di azione da avviare).

²⁰ Accanto all'indicatore relativo all'attivazione, infatti, AgID mette a disposizione un ulteriore indicatore attraverso il quale viene misurato l'utilizzo concreto del FSE da parte di cittadini, medici e operatori sanitari negli ultimi 90 giorni del periodo monitorato. In particolare, con riguardo agli assistiti, tale indicatore dà conto del numero di essi che abbiano effettuato almeno un accesso al proprio FSE, rispetto al totale degli assistiti per i quali sia stato messo a disposizione almeno un referto.

di utilizzo superiori al 50%²¹. È probabile che le ragioni principali di questo mancato (o comunque scarso) utilizzo da parte dei cittadini-pazienti siano da imputare (se non esclusivamente, quantomeno anche) alla carenza delle loro competenze digitali (oltre che a una loro certa consequenziale resistenza al cambiamento delle «analogiche» abitudini quotidiane)²². In quest'ottica, appare quindi importante la parte in cui il Piano allude espressamente alla necessità di investire (per migliorarle) sulle competenze digitali dei singoli²³; tuttavia, si ritiene che questo tipo di attività, sicuramente apprezzabile, non basterà a garantire la effettiva diffusione dello strumento, posto che i cittadini, anche quando saranno digitalmente competenti, rinunceranno a usare il FSE, se, attraverso efficaci campagne di sensibilizzazione, non saranno resi previamente edotti circa le sue potenzialità e il suo concreto funzionamento. Una recente indagine condotta nel 2021 dall'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del

²¹ In realtà, di alcune regioni non sono al momento disponibili i dati del secondo trimestre del 2021; ci si riferisce, in particolare, a: Abruzzo, Basilicata, Marche, Molise, Sardegna, Umbria; lo stesso vale per le province autonome di Trento e di Bolzano. Soltanto due regioni, invece, hanno diffuso i dati relativi al terzo trimestre di quest'anno: Abruzzo e Valle D'Aosta (la prima ha registrato una percentuale di accesso pari al 4%; la seconda, pari al 24%). Nella maggior parte dei casi, negli ultimi periodi le percentuali sono diminuite; stando ai grafici, poi, in alcune regioni, la percentuale di utilizzo è sempre stata pari allo 0%: cfr. ad esempio i dati della Basilicata, che paiono relativi al triennio 2016-2019, ovvero quelli della Campania, che paiono relativi al periodo 2016-2021 (con un buco dal II trimestre del 2017 al II trimestre del 2020).

²² Cfr. sul punto i dati diffusi nel 2020 dall'indice DESI, secondo i quali l'Italia si colloca al venticinquesimo posto (su 28 Stati europei) quanto a stato di avanzamento digitale (B. CAROTTI, *Le confessioni dell'indice DESI*, in *Osservatorio IRPA sullo Stato digitale*, reperibile al seguente link: <https://www.irpa.eu/le-confessioni-dellindice-desi/>). Tra le maggiori criticità si annovera proprio il basso livello di alfabetizzazione digitale della popolazione italiana: solo il 42% delle persone di età compresa tra i 16 e i 74 anni possiede almeno competenze digitali di base (58% nell'UE) e solo il 22% dispone di competenze digitali *di livello superiore* (33% nell'UE). Questa incompetenza digitale della popolazione incide evidentemente sulla interazione telematica tra cittadini e pubbliche amministrazioni: a questo proposito, l'indice DESI attesta che solo il 32% degli utenti italiani usufruisce attivamente dei servizi pubblici online e, in generale, di servizi di *e-government* (a fronte di una media del 67% in UE). Per quanto attiene più specificamente al settore della sanità, come rilevato in una ricerca condotta nel 2018 dall'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano, 8 cittadini su 10 non usano, allo stato, i servizi sanitari via web: l'86% dei pazienti preferisce il consulto medico di persona, l'83% si reca agli sportelli per il pagamento delle prestazioni e nel 80% dei casi ritirare a mano i referti.

²³ Cfr. pp. 86 e ss. del Piano.

Politecnico di Milano²⁴ dimostra che gli italiani hanno poca percezione di cosa sia e di come funzioni il Fascicolo Sanitario Elettronico: risulta, infatti, che solo il 38% della popolazione ne abbia sentito parlare e che solo il 12% sia consapevole di averlo utilizzato²⁵.

Altrettanto apprezzabile, poi, la parte in cui il PNRR allude all'investimento sulle competenze digitali del personale del sistema sanitario, cui sono stati destinati 0.74 miliardi di euro²⁶: investire sulla formazione dei cittadini, infatti, non basta; occorre lavorare anche sulla formazione del personale sanitario, se si considera che, allo stato, è ancora molto basso il numero dei medici e dei pediatri di libera scelta che, rispetto al numero totale di MMG/PLS titolari abilitati al FSE, lo utilizza nell'esercizio della professione²⁷: i sopra ripresi dati diffusi da AgID svelano

²⁴ I risultati dell'indagine sono stati diffusi nel corso del convegno online «Sanità digitale oltre l'emergenza: più connessi per ripartire» del 26 maggio 2021, organizzato dall'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano (<https://www.osservatori.net/it/eventi/on-demand/convegni/convegno-risultati-ricerca-osservatorio-innovazione-digitale-sanita-convegno>).

²⁵ Il problema della scarsa conoscenza dello strumento da parte dei pazienti era già stato messo in evidenza da G. COMANDÈ, L. NOCCO, V. PEIGNÉ, *Il fascicolo sanitario elettronico: uno studio multidisciplinare*, in *Riv. it. med. leg.*, 2012, pp. 105 ss.; non pare quindi che, a distanza di dieci anni e più, le cose siano effettivamente cambiate.

²⁶ Si tratta dell'investimento 2.2. (Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario) della Componente 2 della Missione 6 (Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico: M6C2): cfr. p. 223 del Piano. Il potenziamento delle competenze tecniche, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario avverrà attraverso un programma di assegnazione di borse di studio ed erogazione di corsi di formazione specifici da realizzare entro l'orizzonte del PNRR (metà 2026).

²⁷ Occorre rilevare che non appare invero del tutto positivo il dato diffuso recentemente dall'AgID, aggiornato al secondo trimestre del 2021, relativo al numero degli operatori sanitari che, rispetto al totale degli operatori sanitari delle aziende sanitarie regionali, risulta abilitato al FSE: sono solo sei le regioni in cui la percentuale supera la soglia del 50% (Emilia-Romagna: 60,62; Lombardia: 100%; Piemonte: 76,2%; Puglia: 71,6%; Toscana: 100%; Veneto: 89%); nelle altre, le soglie raggiunte sono bassissime, ovvero pari allo zero (Calabria: 0%; Campania: 0,74%; Friuli-Venezia Giulia: 23,29%; Lazio: 0%; Sicilia: 14,42; Valle d'Aosta: 31% – non disponiamo, invece, dei dati aggiornati al secondo trimestre del 2021 delle province autonome di Trento e di Bolzano, né di quelli delle Regioni Abruzzo, Basilicata, Marche, Molise, Sardegna, Umbria; disponiamo, però, dei dati relativi al terzo trimestre del 2021, delle Regioni Abruzzo e Valle d'Aosta: la prima Regione registra un numero pari a 7,5%, mentre la seconda resta ferma al 31% del trimestre precedente –). Neppure incoraggiante appare il numero (sempre aggiornato al secondo trimestre del 2021) dei referti strutturati digitalizzati resi disponibili nei FSE rispetto al totale dei referti prodotti dalle aziende sanitarie regionali: sono otto le regioni più virtuose (Emilia-Romagna: 98,85%; Friuli-Venezia Giulia: 98,43%; Lombardia: 79,72%; Puglia:

che, nel secondo trimestre del 2021, solo i medici di 9 regioni hanno usato il FSE (in due di esse, peraltro, si registrano comunque percentuali davvero basse²⁸); e che, rispetto al numero complessivo di FSE attivati, soltanto i medici di 3, poi, nello stesso periodo considerato, lo hanno concretamente alimentato – comunque di poco – con il profilo sanitario sintetico del paziente²⁹. Anche in quest’ottica, appaiono significativi i dati emersi nell’indagine – pocanzi richiamata – dell’Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità, la quale rileva che, sebbene il 60% dei medici specialisti e dei medici di medicina generale abbia sufficienti competenze digitali di base, legate per lo più all’uso di strumenti digitali nella vita quotidiana, solo il 4% dispone, in misura soddisfacente, delle competenze digitali necessarie per la professione medico-sanitaria³⁰.

55,3%; Sicilia: 65,42%; Toscana: 100%; Valle d’Aosta: 78%; Veneto: 100%); negli altri casi, le percentuali sono molto basse (Calabria: 0,4%; Campania: 2,71%; Lazio: 23,05%; Liguria: 17,14%; Piemonte: 18,4% – non vi sono comunque regioni in cui si registri una percentuale nulla; anche se non sono disponibili allo stato i dati delle province autonome di Trento e di Bolzano, oltre che delle Regioni Abruzzo, Basilicata, Marche, Molise, Sardegna, Umbria). Sembra importante rilevare che le Regioni in cui si registra un alto numero di referti digitalizzati resi disponibili nei FSE non coincidono con quelle in cui risulta alta la percentuale degli operatori sanitari delle aziende sanitarie regionali abilitati al FSE; può capitare, infatti, che il primo dato sia più alto del secondo e viceversa (cfr. ad es. i dati della Regione Friuli, ovvero quelli della Regione Lombardia).

²⁸ Si allude in particolare al Lazio, che ha raggiunto la percentuale del 22%; al Piemonte, che ha raggiunto il 3%; alla Toscana, che ha raggiunto invece il 10%. Buoni i risultati delle altre 7 regioni: Emilia-Romagna: 100%; Friuli-Venezia Giulia: 74%; Lombardia: 100% Puglia: 99%; Sicilia: 99%; Valle D’Aosta: 100%; Veneto: 99%. Anche in questo caso, i dati di alcune regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano relativamente al trimestre considerato non sono disponibili (quanto alle regioni, mancano i dati di Abruzzo, Basilicata, Marche, Molise, Sardegna, Umbria); *ut supra*, solo Abruzzo e Valle D’Aosta, poi, hanno diffuso i dati relativi al terzo trimestre del 2021: la prima registra un utilizzo da parte del 22% dei medici; l’altra, raggiunge invece la soglia del 100%.

²⁹ In una delle 3, poi (Friuli-Venezia Giulia), esso è stato implementato solo dall’1% dei medici; anche in questo caso, manca la rilevazione dei dati delle province autonome di Trento e di Bolzano, oltre che di Abruzzo, Marche, Molise, Sardegna, Umbria). Quanto ai dati del terzo trimestre del 2021, rilevano anche qui quelli di Abruzzo e Valle D’Aosta, che non sono comunque incoraggianti: la prima registra un dato dello 0%; la seconda, del 52%.

³⁰ Stando alla relazione del Ministero della salute sull’attuazione del PNRR, aggiornata al 16 dicembre 2021, entro il 2025, almeno l’85% dei medici di medicina generale alimenterà il FSE. Nell’investire sulle competenze digitali dei professionisti del comparto sanitario, particolare attenzione dovrà essere altresì prestata al tema imprescindibile del trattamento dei dati personali: come emerge dal rapporto dell’IMIA (*International Medical Informatics Association*), contenuto nell’Annuario di Informatica Medica 2015, infatti, i professionisti della sanità hanno una scarsa conoscenza delle possibilità e delle limitazioni nel trattamento di dati e informazioni.

Stando al Piano, il FSE, a fronte delle azioni che saranno intraprese negli anni a venire, svolgerà tre funzioni chiave: «1. costituirà un punto di accesso per le persone e i pazienti per la fruizione di servizi essenziali forniti dal SSN; 2. costituirà una base dati per i professionisti sanitari contenente informazioni cliniche omogenee che includeranno l'intera storia clinica del paziente; 3. si configurerà quale strumento per le ASL, che potranno utilizzare le informazioni cliniche del FSE per effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari». In verità, trattasi di funzioni che il FSE dovrebbe svolgere fin dalla sua introduzione (e che, però, stando a quanto stabilito dal PNRR, non ha probabilmente finora adeguatamente svolto).

Il progetto prevede una serie di previsioni, che, a dire il vero, per come descritte, non sempre appaiono del tutto intelligibili, posto che non sono neppure declinate a loro volta in azioni più dettagliate da intraprendere per essere attualizzate. In particolare, il Piano precisa testualmente che il progetto prevede: «(i) la piena integrazione di tutti i documenti sanitari e [di tutte le] tipologie di dati, la creazione e [l']implementazione di un archivio centrale, l'interoperabilità e piattaforma di servizi, la progettazione di un'interfaccia utente standardizzata e la definizione dei servizi che il FSE dovrà fornire».

La piena «integrazione di tutti i documenti sanitari e [di tutte le] tipologie di dati» varrà a consentire una migliore gestione complessiva dell'ingente quantità di informazioni eterogenee, tramite una loro aggregazione, una loro elaborazione e una loro classificazione efficiente.

Quanto alla interoperabilità, si tratta di un tema fondamentale, che condiziona da sempre la effettiva utilizzabilità e utilità dello strumento: per funzionare in modo efficace, il FSE abbisogna evidentemente di un sistema di infrastrutture tecnologiche capaci di dialogare³¹⁻³². Si dovrà

³¹ In questo senso, il d.p.c.m. 29 settembre 2015, n. 178 (Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico) stabilisce espressamente che ciascuna regione e provincia autonoma deve istituire il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) attraverso una infrastruttura tecnologica capace di interoperare con le altre soluzioni regionali di FSE, esponendo opportuni servizi che consentano la realizzazione di una serie di processi interregionali. È importante, ad esempio, che i sistemi regionali possano parlarsi e dialogare correttamente nel caso in cui il paziente debba essere curato in una regione diversa da quella di assistenza: ipotesi non remota, nel nostro Paese, stando ai dati registrati sulla (sempre crescente) mobilità sanitaria interregionale (su cui sia consentito rimandare a N. POSTERARO, *La compensazione e i rimborsi nella mobilità sanitaria interregionale e transfrontaliera*, in *Il diritto dell'economia*, 2018, pp. 851 ss.).

³² Quella dell'interoperabilità è una tematica che tocca trasversalmente l'intero processo di digitalizzazione della pubblica amministrazione, ponendosi come

però verificare come quest'azione diretta a garantire l'interoperabilità si coordinerà con le azioni già intraprese sul punto negli anni scorsi; invero, il Piano precisa che il progetto include «iniziative già avviate per [...] la progettazione dell'infrastruttura per l'interoperabilità e la gestione del FSE»: dà quindi forse per scontato che si dovrà tener conto del fatto che la legge di bilancio 2017³³ ha demandato all'AgID, in accordo con il Ministero della salute e il MEF, la progettazione dell'Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità tra i FSE regionali (INI), un macro-modello di gestione dell'intera 'rete'³⁴ (il cui completamento è avvenuto nel dicembre 2018) con cui i sistemi regionali di Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) interoperano al fine di richiedere e trasmettere dati e documenti sanitari attraverso modalità sicure e nel rispetto dei consensi stabiliti dagli assistiti³⁵.

Per quanto attiene invece alla progettazione di un'interfaccia utente standardizzata, si deve immaginare che essa varrà a eliminare le differenze attualmente esistenti tra i vari siti web predisposti dalle singole regioni per assicurare l'attivazione e l'accesso dei singoli assistiti ai propri FSE. In tal modo, il Piano vuole contribuire alla diffusione di un Fascicolo Sanitario Elettronico *omogeneo* a livello nazionale, «che diventerà il singolo punto di accesso per cittadini e residenti alla loro storia clinica ed ai servizi offerti dal SSN» (in realtà, il Piano – per la precisione, in una parte non dedicata

condizione imprescindibile per una gestione efficiente e proficua dei dati, in qualsiasi ambito dell'azione amministrativa (cfr. B. CAROTTI, *Digitalizzazione della PA e interoperabilità: lo stato dell'arte secondo la Commissione europea*, in *Osservatorio IRPA sullo Stato Digitale*, reperibile al seguente link: <https://www.irpa.eu/digitalizzazione-della-pa-e-interoperabilita-lo-stato-dellarte-secondo-la-commissione-europea/>). Eppure, l'eterogeneità dei dati, l'utilizzo di standard diversi e la compresenza di normative divergenti in materia impediscono allo stato una piena interoperabilità dei sistemi informatici delle PA, ostacolando, di conseguenza, la collaborazione e la condivisione di conoscenze tra amministrazioni, nonché l'interazione con i cittadini (siffatta inefficienza ha ad esempio spesso vanificato il contenuto dell'art. 18, co. 2, legge 7 agosto 1990, n. 241, la quale, come noto, impone l'acquisizione d'ufficio dei documenti già detenuti non solo dall'amministrazione procedente, ma anche da altre amministrazioni). Proprio per tale ragione, il PNRR ha previsto il potenziamento delle infrastrutture tecnologiche e dell'interoperabilità delle banche dati della PA, anche al fine di «snellire le procedure pubbliche grazie alla piena realizzazione del principio (e obiettivo/standard della CE) del *once only*». Sul punto, cfr. *retro* il contributo di G. BUTTARELLI.

³³ Cfr. legge 11 dicembre 2016, n. 232.

³⁴ Cfr. art. 12, co. 15 ter, d.l. 18 ottobre 2012, n. 179, recante «Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese» (convertito con modificazioni dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221), recentemente modificato dal citato decreto rilancio.

³⁵ Così si esprime il portale ufficiale *fascicolosanitario.gov.it*.

specificamente all'investimento in commento, né alla Missione Salute – parla della *creazione* di un FSE *omogeno* a livello nazionale³⁶; tuttavia, se quanto riportato è corretto, non si tratta di creare un FSE nazionale per ogni assistito, ma soltanto di rendere omogenei, per il tramite della suddetta interfaccia, i vari FSE regionali). A questo proposito, occorre rilevare che in nessuna parte del PNRR viene invece menzionato il portale nazionale *fascicolosanitario.gov.it*, che, ancora non attivo, è stato istituito nel 2018: eppure, il fine precipuo di questo portale (la cui utilità pare prescindere dalla progettazione di un'interfaccia utente standardizzata così come sopra immaginata) era (ed è) proprio quello di realizzare la suddetta ambito omogeneità del Fascicolo sanitario elettronico³⁷.

Nel momento in cui il PNRR parla di «definizione dei servizi che il FSE dovrà fornire», poi, sembra indirettamente riconoscere che il FSE dovrà necessariamente cessare di configurarsi quale mero deposito di dati e dovrà diventare una vera e propria cabina di regia dalla quale gestire, in maniera aggregata e più efficiente, alcuni servizi online. In tal modo, si comprende probabilmente meglio cosa il Piano intenda significare quando configuri il FSE come «un punto di accesso per le persone e i pazienti per la fruizione di servizi essenziali forniti dal SSN». Invero, a livello normativo, già il decreto crescita 2.0 sembrava avere imposto il collegamento tra FSE e servizi sanitari online, disponendo che il fascicolo «deve consentire anche l'accesso da parte del cittadino ai servizi sanitari online secondo modalità determinate»³⁸. Tuttavia, non tutte le regioni hanno finora assicurato il suddetto accesso; e quelle che lo hanno fatto, hanno interpretato la disposizione in modo abbastanza eterogeneo. Probabilmente, la genericità delle norme ha facilitato questo tipo di disomogeneità, che si auspica potrà essere corretta grazie alla suddetta previa e specifica individuazione dei servizi che il FSE dovrà fornire. Con riguardo a quest'aspetto, si deve precisare che, sempre nella serie di azioni in commento, il Piano parla espressamente di una «piattaforma di

³⁶ Cfr. p. 31 del Piano.

³⁷ Nel 2018, proprio al fine di assicurare la completa operatività del FSE su tutto il territorio nazionale e, in particolare, la consultabilità del fascicolo in continuità e senza disservizi, anche in caso di modifica della regione di assistenza (RDA), è stata assicurata la fruibilità del servizio per il tramite della istituzione di punto unico di accesso attraverso il portale nazionale *fascicolosanitario.gov.it*. Sul portale, sia consentito rinviare a N. POSTERARO, *La digitalizzazione della sanità in Italia*, cit.

³⁸ Cfr. art. 12, co. 2, d.l. n. 179/2012; il collegamento parrebbe confermato dall'art. 9, co. 3, del regolamento del 2015, a mente del quale «il FSE deve consentire all'assistito [...] l'accesso anche ai servizi sanitari online resi disponibili dalle regioni e dalle province autonome in modalità telematica».

servizi», senza fornire ulteriori spiegazioni: si può probabilmente ritenere che si tratti di una piattaforma che sarà progettata e creata proprio per far sì che le singole regioni possano eventualmente adottarla per garantire il suddetto accesso dei pazienti ai servizi sanitari *online* tramite FSE. Siffatta prospettiva (e cioè, il fatto che le regioni «potranno» e non «dovranno» necessariamente adottare questa piattaforma) appare confermata dalla parte successiva del Piano, in cui si legge che sarà fornito «supporto finanziario alle regioni che adotteranno la piattaforma FSE»: ciò potrà forse minare l'effettivo raggiungimento della desiderata omogeneità³⁹.

Il PNRR prevede inoltre la creazione e l'implementazione di un archivio centrale; si tratta di un *repository* nazionale che «assicurerà strumenti di programmazione, gestione e controllo uniformi in ogni territorio»⁴⁰. Anche questo tipo di azione varrà dunque ad assicurare la surriferita omogeneità dello strumento a livello nazionale.

Ancora, il progetto prevede: «(ii) l'integrazione dei documenti da parte delle regioni all'interno del FSE, il supporto finanziario per i fornitori di servizi sanitari per l'aggiornamento della loro infrastruttura tecnologica e compatibilità dei dati, il supporto in termini di capitale umano e competenze per realizzare i cambiamenti infrastrutturali e di dati necessari per l'adozione del FSE». Questa parte del Piano (al di là dei riferimenti ad alcuni aspetti specifici, come al supporto finanziario per i fornitori di servizi sanitari per l'aggiornamento della loro infrastruttura tecnologica e compatibilità dei dati e al supporto in termini di capitale umano e competenze per realizzare i cambiamenti infrastrutturali e di dati necessari per l'adozione del FSE) appare a dire il vero ancor meno comprensibile della precedente, sul piano pratico, per i non addetti ai lavori.

Il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e delle finanze e il Dipartimento per la transizione digitale saranno congiuntamente responsabili della gestione complessiva del progetto, che assorbirà un totale di risorse pari a 1,38 miliardi di euro (di cui 0.57 miliardi relativi al progetto già in essere di realizzazione del Sistema di Tessera Sanitaria Elettronica). Per l'attuazione dell'iniziativa, si prevede, in ultimo, un piano di azione a livello centrale e uno a livello locale.

Stando alla relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza del 23 dicembre 2021⁴¹, è stato allo stato sottoscritto

³⁹ Si ritiene quindi che, parlando di «piattaforma FSE», il PNRR si riferisca alla «piattaforma di servizi» espressamente richiamata nella serie di azioni del progetto di cui alla lettera (i).

⁴⁰ Cfr. p. 234 del Piano.

⁴¹ Disponibile su italiadomani.gov.it, redatta ai sensi dell'art. 2, co. 2, lett. e), d.l. 31 maggio 2021, n. 77, recante «Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prima

un accordo tra il Ministero della salute e il Dipartimento per la transizione digitale, diretto a disciplinare i rapporti giuridici tra le parti per la realizzazione del FSE, in particolare in merito a: «sub-investimento 1.3.1. (a): creazione di un *repository centrale*, di servizi e interfaccia *user-friendly*, completamento della digitalizzazione documentale; sub-investimento 1.3.1. (b): adozione e utilizzo del FSE da parte delle regioni»⁴². Anche in questo caso, non appare del tutto intelligibile il contenuto di questi sub-investimenti; la relazione, quindi, quantomeno in questa parte, non riesce forse a comunicare adeguatamente i risultati del Piano ai cittadini⁴³.

misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure» (convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108).

⁴² Cfr. la II parte della relazione, dedicata alle iniziative adottate per conseguire le scadenze dal 2022 (pp. 64 e ss.). Per la Componente M6C2, sub-intervento «Fascicolo Sanitario Elettronico», il sistema di *governance* prevede un ruolo attivo del Dipartimento per l'innovazione e la transizione digitale (MITD), che si configura come soggetto attuatore per la realizzazione delle suddette attività idonee al raggiungimento della misura 1.3.1. (a) *repository centrale*, digitalizzazione documentale, servizi e interfaccia *user-friendly* e (b) adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni. Nel 2022, si prevede la pubblicazione della procedura a evidenza pubblica, ove possibile, o la stipula di Accordi quadro, per la realizzazione del *repository centrale*-FSE. La realizzazione e l'implementazione del *repository centrale* interoperabile dovranno essere assicurate entro il 2024.

⁴³ Non sembra quindi che venga così raggiunto l'obiettivo espressamente enunciato nella Premessa alla relazione, firmata dal Presidente del Consiglio dei ministri Mario Draghi. Occorre rilevare che, nel corso del suo secondo incontro, tenutosi il 30 giugno 2021, il Comitato interministeriale per la transizione digitale (CiTD, istituito secondo le previsioni dell'art. 8, co. 2, d.l. 1 marzo 2021, n. 22, recante «Disposizioni urgenti in materia di riordino delle attribuzioni dei Ministeri») ha avviato una iniziativa cardine del Piano di trasformazione digitale: il Fascicolo Sanitario Elettronico. Il CiTD ha formalizzato la costituzione di un gruppo di lavoro, composto dal Ministero della salute (MdS), dal Ministro per l'innovazione e la transizione digitale (MITD), dal Ministero dell'economia e delle finanze (MEF) e da rappresentanti tecnici e di enti territoriali, per la realizzazione di questo intervento: in tal modo, esso vuole garantire che ogni cittadino possa avere accesso ai suoi dati e ai servizi sanitari digitali, ovunque risieda, riducendo i divari territoriali e la frammentazione delle informazioni. Il gruppo di lavoro ha predisposto il piano operativo dell'iniziativa che è stato approvato dal CiTD nel corso del suo quarto incontro, tenutosi l'11 ottobre 2021; siffatto piano prevede: l'avvio nel breve termine di un programma pilota in collaborazione con 7 regioni (Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Piemonte, e Puglia), una nuova architettura informativa e un'accelerazione per realizzare l'Anagrafe Nazionale degli Assistiti. Cfr. su questi aspetti i comunicati stampa del CiTD, consultabili al link: <https://innovazione.gov.it/argomenti/citd-comitato-interministeriale/>.