

Da Aci Trezza a Palais-Royal: *dossier médical partagé* e diritto alla riservatezza nella decisione del Conseil constitutionnel n. 2024-1101 QPC*

[Conseil constitutionnel, Déc. n° 2024-1101 QPC du 12 septembre 2024]

Andrea Molfetta**

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. *Dossier médical partagé*: origine e sviluppi della normativa francese tra salvaguardia della vita privata e tutela della salute. – 3. Il contesto in cui matura la decisione: il Conseil d'État e la *question prioritaire de constitutionnalité* (QPC). – 4. La pronuncia n. 2024-1101 QPC del Conseil constitutionnel tra plausi e disappunti. – 5. Una breve suggestione conclusiva.

ABSTRACT:

Qual è il punto di equilibrio tra tutela della salute e salvaguardia della vita privata? È questo, più di ogni altro, il quesito a cui il Conseil constitutionnel, con decisione n. 2024-1101 QPC, ha tentato di dare risposta. Originata da una *question prioritaire de constitutionnalité*, la vicenda ha interessato il paragrafo III dell'art. L. 1111-17 del Code de la santé publique, a mente del quale tutti i professionisti coinvolti nella cura di una persona possono accedere, previo consenso debitamente informato, al suo *dossier médical partagé* ed alimentarne i contenuti. Pur essendo nel complesso condivisibile, la decisione in esame non è tuttavia priva di talune criticità, legate prevalentemente

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco.

** Dottorando di ricerca in Diritto costituzionale e pubblico presso l'Università degli Studi di Genova, andrea.molfetta@edu.unige.it.

all'interpretazione “estensiva”, offerta dal Conseil, della disposizione contestata.

What is the balance between the protection of health and the preservation of privacy? This is the question that the Conseil constitutionnel attempted to answer in decision n. 2024-1101 QPC. Starting from a question prioritaire de constitutionnalité, the case concerned the paragraph III of article L. 1111-17 of the Code de la santé publique, according to which all professionals involved in the care of a person may access, subject to informed consent, his dossier médical partagé and add contents. Although overall agreeable, the decision isn't without critical aspects, mainly linked to the “extensive” interpretation, offered by the Conseil, of the regulation.

1. Premessa

«Chi è galantuomo bada ai fatti suoi»: così scriveva Giovanni Verga nel celebre romanzo del 1881 ambientato ad Aci Trezza¹. E proprio questo precetto, per quanto oramai risalente, sembra egualmente attagliarsi – certo in modo meno assertivo e apodittico – alle circostanze nelle quali è maturata la sentenza oggetto della corrente nota di commento.

La vicenda che si va illustrando ha riguardato, in particolare, il Conseil constitutionnel, chiamato a pronunciarsi, su iniziativa del Conseil d'État, sulla conformità costituzionale di una precisa disposizione del Code de la santé publique attinente all'individuazione dei soggetti legittimati ad accedere al cosiddetto *Dossier médical partagé*², l'equivalente, cioè, del *Fascicolo sanitario elettronico* italiano.

Prima di entrare nel merito della questione, tuttavia, una sommaria ricognizione della normativa in materia di *dossier médical partagé* (d'ora in avanti anche DMP) pare non solo opportuna, ma anche necessaria per meglio cogliere l'orizzonte giuridico entro cui detto strumento va profilandosi.

E risulta altresì ancillare, ai fini del presente scritto, una breve disamina della cd. *question prioritaire de constitutionnalité* – nota altresì con l'acronimo *QPC* –, istituto consacrato nell'ordinamento transalpino a partire dal 2010 e parzialmente divergente dal sindacato di legittimità in via incidentale domestico, con il quale i giudici dell'ala *Montpensier* di *Palais-Royal* sono stati investiti del compito di esprimersi sulla vicenda oggetto del contendere. L'unico elemento che al momento si anticipa concerne il *modus decidendi* del Conseil constitutionnel, che se nel complesso appare condivisibile, per altri versi – forse poco evidenti ma certo non meno rilevanti – offre il fianco a talune ritrosie in punto di certezza del diritto, delle quali la disposizione contestata e la sentenza pronunciata sembrano essersi irrimediabilmente “macchiate”.

¹ G. VERGA, *I Malavoglia*, Torino, 2016, p. 45.

² Conseil constitutionnel, décision n. 2024-1101 QPC du 12 septembre 2024, il cui testo è consultabile in conseil-constitutionnel.fr/decision/2024/20241101QPC.htm.

2. Dossier médical partagé: origine e sviluppi della normativa francese tra salvaguardia della vita privata e tutela della salute

Come anticipato, l'analisi della decisione del Conseil constitutionnel implica necessariamente una preventiva disamina dell'evoluzione normativa dello strumento dal quale è originato il contenzioso in commento.

Per conoscere la genesi della cartella clinica condivisa francese, tuttavia, occorre risalire alla legge n. 2004-810 sull'assicurazione sanitaria, con la quale è stato istituito il *dossier médical personnel*³. Si trattava di uno strumento destinato a semplificare la gestione e il coordinamento delle informazioni sanitarie, permettendo così agli operatori del settore di accedere ai dati relativi a tutte le procedure diagnostiche e terapeutiche cui il paziente si era sottoposto⁴.

Ciononostante, a seguito di consistenti dilazioni nella sua attuazione, la normativa originaria venne ampiamente revisionata dalla legge n. 2016-41 del 26 gennaio 2016 sulla modernizzazione del sistema sanitario⁵. E, grazie alla modifica appena richiamata, il primigenio fascicolo “personale” fu ribattezzato *dossier médical partagé*, a rimarcare il carattere nodale della condivisione nella “costruzione” dello strumento telematico.

Infine, la legge n. 2019-774 del 24 luglio 2019 sull'organizzazione e la trasformazione del sistema sanitario⁶ è intervenuta nuovamente in materia apportando due rilevanti novelle: da un lato, ha introdotto il cosiddetto *espace numérique de santé* – al momento disciplinato agli artt. L. 1111-13 e ss. del Code de la santé publique –, così da inserirvi il DMP e in modo che professionisti e pazienti potessero (com)partecipare alla definizione del percorso di cura; dall'altro, l'inaugurazione dello “spazio sanitario digitale” ha permesso di automatizzare la procedura di creazione della cartella virtuale (salva, naturalmente, la facoltà di opporvisi), sino a quel momento vincolata al consenso esplicito dell'interessato⁷. Quanto alle finalità perseguire, il *dossier médical partagé* – al pari dello strumento antecedente e del Fascicolo Sanitario Elettronico italiano⁸ – è stato istituito per «[...] promuovere

³ Loi n. 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

⁴ Per una più approfondita analisi della normativa in materia di *dossier médical personnel* si rimanda a C. MANAOUIL, *Le dossier médical personnel (DMP): «autopsie» d'un projet ambitieux?*, in *Médecine & Droit*, 94/2009, 24-41. Particolarmente utile, altresì, *Commentaire de la décision n. 2024-1101 QPC du 12 septembre 2024*, in *conseil-constitutionnel.fr*, 4 ss. Si rimanda, ancora, alle *Conclusions* di E. DE MOUSTIER, disponibili in *conseil-etat.fr/fr/arianeweb/CRP/conclusion/2024-06-10/490409?download_pdf*, 2.

⁵ Loi n. 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

⁶ Loi n. 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

⁷ Di questo tenore l'art. 1111-14 del Code de la santé publique.

⁸ Il decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179 – recante “Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese” e convertito con modificazioni dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221 –, al secondo comma dell'art. 12 (“Fascicolo sanitario elettronico e sistemi di sorveglianza nel settore sanitario”), statuisce: «Il FSE è istituito [...], nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, a fini di: a) prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; b) studio e ricerca

la prevenzione, il coordinamento, la qualità e la continuità delle cure», assicurando al contempo a ciascun legittimato l'accesso alla cartella *online*, nel rispetto (anche) del segreto medico⁹.

In questo contesto, infatti, un elemento di rilievo è inoppugnabilmente costituito dal *secret médical*, principio indefettibile della relazione operatore sanitario-paziente, che oggi trova piena regolamentazione nell'art. L. 1110-4 del Code de la santé publique. E come è stato rilevato dalla *rapporteuse publique* nel procedimento avanti il Conseil d'État¹⁰, in passato la giurisprudenza francese (soprattutto di legittimità) è stata particolarmente protettiva nei riguardi di questo canone, tanto da attribuirgli natura «[...] générale et absolue»¹¹.

Tuttavia, la rivoluzione tecnologica – e con essa la digitalizzazione del dato sanitario – ha imposto un suo generale ripensamento, dettato dall'esigenza di contemperare l'obbligo di riservatezza, e specularmente la tutela della vita privata, con la salvaguardia della salute nella sua dimensione “proteiforme”¹². Ed è proprio su questo telaio argomentativo “conciliante” – come si avrà modo di apprezzare più diffusamente a breve – che il Conseil constitutionnel ha “ricamato” la trama della decisione n. 2024-1101 QPC¹³.

Ora, restituendo il proscenio al “protagonista” del corrente paragrafo, è bene esaminare sommariamente i contenuti del *dossier médical partagé*, che, oltre all'identificazione dell'intestatario, comprendono la storia clinica degli ultimi 12 mesi, aggiornata automaticamente dal sistema di assicurazione sanitaria francese; l'anamnesi (patologie pregresse, allergie, *etc.*); i referti medici (diagnostica per immagini, analisi biologiche, *etc.*); i rapporti di ricovero ospedaliero; i recapiti dei familiari da contattare in caso di emergenza; le direttive anticipate per il fine vita¹⁴.

In una prospettiva comparatistica, appare d'interesse rilevare come le componenti del DMP siano assai simili a quelle tipizzate all'interno del Fascicolo Sanitario Elettronico¹⁵, se non

scientifico in campo medico, biomedico ed epidemiologico; c) programmazione sanitaria, verifica delle qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria».

⁹ Così il primo comma dell'art. L. 1111-14 del Code de la santé publique.

¹⁰ Si vedano, ancora, le *Conclusions* di E. DE MOUSTIER cit., pp. 1-2.

¹¹ Cour de Cassation, Chambre criminelle, 8 avril 1998, n. 97-83.656.

¹² Così C. TRIPODINA, *Art. 32*, in S. BARTOLE, R. BIN (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Padova, 2009, p. 321.

¹³ Cfr., *infra*, par. 4.

¹⁴ Sui contenuti del *dossier médical partagé* si rinvia a *Découvrir le DMP*, in *dmp.fr*.

¹⁵ Originariamente, il DPCM n. 178/2015 ripartiva i contenuti del FSE in “minimi” e “integrativi”; successivamente, con l'istituzione del *Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0*, ad opera del Decreto del Ministero della salute 7 settembre 2023, questa distinzione è stata superata. L'attuale disciplina, infatti, recita: «il FSE contiene i seguenti dati e documenti, riferiti anche alle prestazioni erogate al di fuori del Servizio sanitario nazionale [...]: *a*) dati identificativi e amministrativi dell'assistito (esenzioni per reddito e patologia, contatti, delegati); *b*) referti [...]; *c*) verbali pronto soccorso; *d*) lettere di dimissione; *e*) profilo sanitario sintetico [...]; *f*) prescrizioni specialistiche e farmaceutiche; *g*) cartelle cliniche; *h*) erogazione farmaci a carico SSN e non a carico SSN; *i*) vaccinazioni; *j*) erogazione di prestazioni di assistenza specialistica; *k*) taccuino personale dell'assistito [...]; *l*) dati delle tessere per i portatori di impianto; *m*) lettera di invito per *screening*» (così l'art. 3, comma 1, del menzionato DM).

fosse che, in Italia, si registra una spiccata disomogeneità contenutistica¹⁶, e in particolar modo quanto all'incorporazione delle cosiddette *Disposizioni anticipate di trattamento* (DAT) – ossia quell'atto con cui l'interessato, maggiorenne e capace di intendere e volere, esprime, in previsione di un'eventuale futura capacità di autodeterminazione e solo dopo aver acquisito adeguate informazioni sulle conseguenze delle scelte opzionate, le proprie preferenze rispetto ad accertamenti diagnostici, scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari¹⁷ – nel FSE, con un'unica Regione, la Puglia, ad aver legiferato sul punto¹⁸.

Ma ancor più degno di nota, per quel che attiene alle finalità del presente scritto, si dimostra indubbiamente il primo comma dell'art. L. 1111-15 CSP, che impone ad ogni esercente una professione sanitaria – indipendentemente dalla modalità e dal luogo di esercizio – l'alimentazione della cartella digitale con tutti quegli elementi diagnostici e terapeutici funzionali al trattamento della persona assistita.

Ma vieppiù: qualsiasi operatore deve inviare tali documenti, oltre che al paziente, al medico di medicina generale, al medico prescrittore (se presente) e a qualsiasi altro professionista il cui coinvolgimento nella cura dell'interessato appaia rilevante¹⁹.

Il valore della condivisione del dato sanitario è ulteriormente suffragato dal secondo paragrafo del citato articolo L. 1110-4 del Code de la santé publique, a mente del quale ciascun operatore può scambiare, con uno o più professionisti ben indentificati, le informazioni

¹⁶ Cfr. C. SILVANO, *La digitalizzazione dei servizi sanitari alla luce del riparto di competenze tra Stato e Regioni. Il caso del Fascicolo Sanitario Elettronico*, cit., p. 241, secondo cui «[...] l'attuazione del FSE può dirsi completa, dal momento che in ogni Regione italiana vi è almeno un FSE attivato [...]. Tuttavia, se l'attuazione può dirsi omogenea sul piano nazionale [...], i contenuti dei diversi FSE regionali non sono tra loro omogenei».

¹⁷ Così il primo comma dell'art. 4 (“Disposizioni anticipate di trattamento”) della legge 22 dicembre 2017, n. 219, recante “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”.

¹⁸ Legge regionale 21 gennaio 2019, n. 1, avente ad oggetto “Disposizioni per l'attuazione della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento)”. Segnatamente, l'art. 3 (“Registrazione delle disposizioni anticipate di trattamento”) stabilisce che «le disposizioni anticipate di trattamento di tutti i cittadini residenti in Puglia sono registrate con apposito codice sul fascicolo sanitario elettronico (FSE)».

¹⁹ L'art. L. 1111-15, primo comma, del Code de la santé publique dispone che, «dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables ainsi que des articles L. 1110-4, L. 1470-5 et L. 1111-2, chaque professionnel de santé, quels que soient son mode et son lieu d'exercice, doit reporter dans le dossier médical partagé, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Chaque professionnel doit également envoyer par messagerie sécurisée ces documents au médecin traitant, au médecin prescripteur s'il y a lieu, à tout professionnel dont l'intervention dans la prise en charge du patient lui paraît pertinente ainsi qu'au patient. A l'occasion du séjour d'une personne prise en charge, les professionnels de santé habilités des établissements de santé doivent reporter dans le dossier médical partagé, dans le respect des obligations définies par la Haute Autorité de santé, un résumé des principaux éléments relatifs à ce séjour. Le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale doit verser périodiquement, au moins une fois par an, une synthèse dont le contenu est défini par la Haute Autorité de santé. La responsabilité du professionnel de santé ne peut être engagée en cas de litige portant sur l'ignorance d'une information qui lui était masquée dans le dossier médical partagé et dont il ne pouvait légitimement avoir connaissance par ailleurs».

strettamente necessarie ad assicurare il coordinamento o la continuità delle cure, la prevenzione o il *follow up* medico²⁰.

Come si evince dal combinato di queste disposizioni, dunque, la partecipazione “collettiva” – ricorrendo alla terminologia giusprivatistica, quasi “solidale” – dei sanitari e la loro collaborazione nella contingenza socio-assistenziale costituiscono tasselli fondamentali della normativa francese.

Tanto è vero che l’attuale formulazione dell’articolo L. 1111-17, paragrafo III, del Code de la santé publique, oggetto della *question prioritaire de constitutionnalité*, nel disciplinare le modalità di autenticazione al *dossier médical partagé*, consente – si badi – a tutti i professionisti coinvolti nella relazione di cura di visionare e aggiornare, previo consenso debitamente informato, la cartella clinica condivisa dell’assistito, assoggettando eventuali e ulteriori modifiche da parte dei primi ad un mero obbligo informativo in favore del secondo²¹.

Peraltro, scandagliando la legislazione in materia, si evince come tale “apertura” normativa sia “figlia” di una recente modifica del Code de la santé publique, operata dall’art. 98 della legge n. 2020-1525 del 7 dicembre 2020²², il quale – diversamente dal precedente dettato che autorizzava alla consultazione e all’alimentazione del DMP, oltre al titolare, i soli operatori sanitari, salva l’opposizione del primo tempestivamente eccepita – ha aggiunto alla disposizione *de qua* (anche) il contestato paragrafo III²³.

Come è possibile immaginare, nel riconoscere la facoltà di accedere a «tout professionnel participant à la prise en charge...», la disciplina in questione estende sensibilmente la pleora dei soggetti legittimati ad esaminare i dati sensibili del paziente. Dall’analisi dei lavori preparatori della legge n. 2020-1525, inoltre, emerge come taluni dubbi sull’eccessivo ampliamento della prerogativa in questione fossero già stati sollevati in sede parlamentare²⁴.

²⁰ In proposito, l’art. R1111-46 del Code de la santé publique opera un distinguo muovendo dall’appartenenza o meno del professionista ad un’équipe di cura (definita dall’art. L. 1110-12). Fermo restando che l’accesso al DMP è soggetto al preventivo consenso del titolare, nel primo caso, l’autorizzazione concessa al singolo operatore si estende all’intero *team*, come stabilito dall’art. L. 1110-12, paragrafo III, primo comma; al contrario, qualora il soggetto non appartenga ad alcun gruppo di lavoro, il *placet* deve essere ottenuto alle condizioni fissate dal secondo comma della menzionata disposizione.

²¹ Il paragrafo III dell’art. L. 1111-17 del Code de la santé publique recita: «Tout professionnel participant à la prise en charge d’une personne en application des articles L. 1110-4 et L. 1110-12 peut accéder, sous réserve du consentement de la personne préalablement informée, au dossier médical partagé de celle-ci et l’alimenter. L’alimentation ultérieure de son dossier médical partagé par ce même professionnel est soumise à une simple information de la personne prise en charge».

²² Loi n. 2020-1525 du 7 décembre 2020 d’accélération et de simplification de l’action publique.

²³ Sull’evoluzione della disposizione, cfr. il *Dossier documentaire* relativo alla decisione n. 2024-1101 QPC, in *conseil-constitutionnel.fr/sites/default/files/as/root/bank_mm/decisions/20241101qpc/20241101qpc_doc.pdf*, pp. 5-8.

²⁴ Con l’emendamento n. 172, presentato in Assemblea nazionale nel corso della 2ª seduta del 2 ottobre 2020, Thibault Bazin propose di sopprimere le disposizioni che avevano ad oggetto l’accesso e l’alimentazione del DMP da parte di tutti i professionisti coinvolti nella presa in carico del paziente; vedasi XV^e législature. Session ordinaire de 2020-2021. Deuxième séance du vendredi 02 octobre 2020, in *assemblee-nationale.fr*. Per una ricostruzione del dibattito parlamentare si segnala anche *Commentaire de la décision n. 2024-1101 QPC du 12 septembre 2024*, cit., p. 7 ss.

E se è vero che “la mela non cade mai lontano dall’albero”, non deve sorprendere che tale novella si inserisca, temporalmente parlando, nel corso della “seconda ondata” pandemica di SARS-CoV-2, deflagrata con il sopraggiungere della stagione invernale (2020), quando l’indice di trasmissibilità era particolarmente accentuato e gli effetti sulla salute ancora poco conosciuti. Sembra pertanto pleonastico esplicitare come, in un contesto emergenziale così drammatico, la possibilità – riconosciuta *ex lege* agli specialisti – di consultare prontamente il *dossier* rappresentasse un attributo vitale per assicurare la guarigione dall’infezione (all’epoca dilagante) e il conseguente abbattimento del tasso di mortalità.

E proseguendo nella lettura comparata, è senz’altro singolare che la normativa italiana non sia stata “costruita”, *ab origine*, secondo logiche del tutto avulse da quelle che hanno accompagnato la predisposizione del DMP: l’art. 12, comma 3, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179 – quello, cioè, che ha istituito il Fascicolo Sanitario Elettronico nel nostro Paese –, con un tenore alquanto approssimativo, riconosceva che il contenuto di tale strumento potesse essere ampliato «[...] dai soggetti che prendono in cura l’assistito nell’ambito del Servizio sanitario nazionale e dei servizi socio-sanitari regionali, nonché, su richiesta del cittadino, con i dati medici in possesso dello stesso»²⁵, fermo restando il consenso libero e informato di quest’ultimo sia per l’alimentazione (così il comma 3-*bis*²⁶, poi abrogato dal decreto-legge 34/2020²⁷) che per la mera consultazione (comma 5²⁸). Invero, soprattutto nel vaglio del DPCM n. 178/2015²⁹ – che costituisce una primigenia attuazione della menzionata decretazione d’urgenza –, è possibile apprezzare sì un tentativo, seppur minimale, di circoscrivere il bacino dei professionisti ipoteticamente abilitati ad incrementare il fascicolo telematico (così l’art. 12³⁰), ma nessuna posizione analitica è

²⁵ L’attuale art. 12, terzo comma, del d.l. n. 179/2012 prevede che i contenuti del FSE possano essere incrementati, oltre che dal titolare, «[...] dai soggetti e dagli esercenti le professioni sanitarie che prendono in cura l’assistito sia nell’ambito del Servizio sanitario nazionale e dei servizi socio-sanitari regionali sia al di fuori degli stessi...»

²⁶ Il comma 3-*bis*, introdotto dalla legge di conversione 17 dicembre 2012, n. 221, prevedeva: «Il FSE può essere alimentato esclusivamente sulla base del consenso libero e informato da parte dell’assistito, il quale può decidere se e quali dati relativi alla propria salute non devono essere inseriti nel fascicolo medesimo».

²⁷ Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19”.

²⁸ Il quinto comma dell’art. 12 originariamente stabiliva: «La consultazione dei dati e documenti presenti nel FSE [...] può essere realizzata soltanto con il consenso dell’assistito e sempre nel rispetto del segreto professionale, salvo i casi di emergenza sanitaria secondo modalità individuate a riguardo».

²⁹ Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 settembre 2015, n. 178, recante “Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico”. Il provvedimento, tuttavia, è stato abrogato in forza dell’art. 27, comma 5, del Decreto del Ministero della salute 7 settembre 2023, avente ad oggetto “Fascicolo sanitario elettronico 2.0”.

³⁰ L’art. 12, rubricato “Soggetti che concorrono alla alimentazione del FSE” per finalità di cura, al primo e al secondo comma, stabiliva: «I soggetti del SSN e dei servizi socio-sanitari regionali che nello svolgimento della loro attività professionale nell’ambito di un processo di cura alimentano il FSE sono: a) il personale che opera all’interno delle aziende sanitarie locali e delle strutture sanitarie, attraverso le diverse articolazioni professionali ed organizzative; b) i medici convenzionati con il SSN, i loro sostituti e il personale di studio nel rispetto delle specifiche competenze; c) ogni altro soggetto, anche convenzionato, che abbia titolo e che operi all’interno del SSN e dei servizi socio-sanitari regionali. In aggiunta ai soggetti di cui al comma 1, anche l’assistito può alimentare il FSE, limitatamente al taccuino di cui all’articolo 4».

assunta, invece, con riguardo alla determinazione dei legittimati alla sola consultazione (art. 13).

Senonché, questa disciplina – per un’esaustiva ricostruzione della quale occorrerebbe certamente maggiore approfondimento – è stata di frequente revisionata dal legislatore, sino alla corrente formulazione che, a ben vedere, si differenzia per una maggiore accortezza nella definizione degli utenti ai quali è concesso il mero esame del *dossier*.

In tal senso, il Decreto del Ministero della salute 7 settembre 2023, nel dettare la nuova normativa in materia di *Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0*, all’art. 15, comma 3, sistematizza le figure autorizzate ad accedervi per finalità di cura, fermo restando il preventivo consenso dell’assistito, che – precisa il primo comma dell’art. 8 – deve comunque essere libero, specifico, informato, inequivocabile e, con riferimento a particolari tipologie di informazioni, esplicito.

La mancata espressione del consenso *ex ante*, ovvero la revoca dello stesso *ex post*, determina – al pari di quanto previsto dalla legislazione francese – l’estromissione dalla cerchia degli operatori a cui è accordata la visione dei contenuti del fascicolo.

3. Il contesto in cui matura la decisione: il Conseil d’État e la *question prioritaire de constitutionnalité* (QPC)

Esaurita la breve disamina della normativa in materia di *Dossier médical partagé*, ci si appresta ora a sondare il contesto entro cui la decisione del Conseil constitutionnel – che sarà oggetto di analisi del prossimo paragrafo – si è innestata.

La vertenza nasceva da un ricorso presentato al Conseil d’État dal Consiglio nazionale dell’ordine dei medici francese (CNOM), rappresentato in giudizio dallo studio legale *Matuchansky, Poupot, Valdelièvre, Rameix*. Nello specifico, il ricorrente lamentava un vizio di forma del decreto del 26 ottobre 2023 del Ministro della Salute e della Prevenzione³¹ – sulla gestione degli accessi al *dossier médical partagé* da parte dei professionisti sanitari di cui agli articoli L. 1111-15 e L. 1111-17, paragrafo III, del Code de la santé publique – e ne domandava, pertanto, l’annullamento per eccesso di potere.

Proprio in quella sede, il Conseil national de l’ordre des médecins ha sollevato una *question prioritaire de constitutionnalité*³², a seguito della quale – lo si anticipa – i giudici

³¹ Arrêté du 26 octobre 2023 fixant les règles de gestion des droits d’accès au dossier médical partagé des professionnels mentionnés à l’article L. 1111-15 et au III de l’article L. 1111-17 du code de la santé publique. Il testo del provvedimento può essere consultato su [legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr).

³² Si rammenta che, ai sensi del primo comma dell’art. 23-1 della Legge organica sul Conseil constitutionnel (“Ordonnance n° 58-1067 du 7 novembre 1958 portant loi organique sur le Conseil constitutionnel”), «[le moyen tiré de ce qu’une disposition législative porte atteinte aux droits et libertés garantis par la Constitution] ne peut être relevé d’office».

del Conseil d'État, accertata la soddisfazione delle condizioni processuali di rimessione³³, hanno incidentalmente deferito la decisione sulla compatibilità con la Carta al prudente apprezzamento del principale organo di garanzia costituzionale.

Lungi dal voler indugiare eccessivamente sul meccanismo di rimessione in discorso, ci si limita ad evidenziare come la QPC costituisca un istituto di più recente introduzione nell'ordinamento francese, un rimedio che, pur presentando talune assonanze, non trova piena corrispondenza nel giudizio di legittimità in via incidentale vigente in Italia, sia per i presupposti e le modalità di instaurazione, sia per la presenza di un "doppio filtro", sia ancora per gli effetti delle pronunce decisorie³⁴.

Invero, ancorché la Francia contemplasse sin dall'adozione della Costituzione della V Repubblica (1958) un controllo di costituzionalità *a priori*, fu soltanto con l'adozione della legge costituzionale n. 2008-724, approvata il 23 luglio 2008 ed entrata in vigore il 1° marzo 2010, che venne consacrato anche il sindacato di legittimità su una *loi promulguée*³⁵.

³³ Invero, l'art. 23-5, comma 3, della menzionata Legge organica prevede che «[...] le Conseil constitutionnel est saisi de la question prioritaire de constitutionnalité dès lors que les conditions prévues aux 1° [la disposition contestée est applicable au litige ou à la procédure, ou constitue le fondement des poursuites] et 2° [elle n'a pas déjà été déclarée conforme à la Constitution dans les motifs et le dispositif d'une décision du Conseil constitutionnel, sauf changement des circonstances] de l'article 23-2 sont remplies et que la question est nouvelle ou présente un caractère sérieux».

³⁴ Per una sintesi sul punto, M. CARTABIA, *La fortuna del giudizio di legittimità in via incidentale*, in *Annuario di diritto comparato e di studi legislativi* (2014), Napoli, 2014, pp. 27-53, in particolare pp. 39-43; A.M. LECIS COCCO ORTU, *La QPC tra rivoluzione ed eccezione: la concretezza del controllo a posteriori a tre anni dalla sua introduzione*, in *Rivista AIC*, 3/2013, p. 6 ss.

³⁵ Si veda *Loi constitutionnelle n° 2008-724 du 23 juillet 2008 de modernisation des institutions de la Ve République*. Segnatamente, l'art. 29 ha aggiunto alla Costituzione francese un nuovo art. 61-1, in forza del quale «lorsque, à l'occasion d'une instance en cours devant une juridiction, il est soutenu qu'une disposition législative porte atteinte aux droits et libertés que la Constitution garantit, le Conseil constitutionnel peut être saisi de cette question sur renvoi du Conseil d'État ou de la Cour de cassation qui se prononce dans un délai déterminé».

Une loi organique détermine les conditions d'application du présent article». Conseguentemente, il nuovo art. 62 stabilisce che «une disposition déclarée inconstitutionnelle sur le fondement de l'article 61-1 est abrogée à compter de la publication de la décision du Conseil constitutionnel ou d'une date ultérieure fixée par cette décision. Le Conseil constitutionnel détermine les conditions et limites dans lesquelles les effets que la disposition a produit sont susceptibles d'être remis en cause».

Per maggiori approfondimenti si rimanda a M. CAVINO, *Conseil constitutionnel*, in *Digesto delle Discipline Pubblicistiche. Aggiornamento VI*, Torino, 2015, in particolare pp. 37-49; M. GIACOMINI, *L'accesso incidentale in Italia e in Francia. Contributo all'analisi del controllo di costituzionalità*, Torino, 2022, p. 73 ss.; M. BURLA, *Fu vera "révolution juridique"?* La question prioritaire de constitutionnalité a dieci anni dalla sua introduzione, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 3/2021, pp. 148-165. Più risalenti, T. GROPPI, *Riformare la giustizia costituzionale: dal caso francese indicazioni per l'Italia?*, in *Rassegna Parlamentare*, 1/2010, pp. 37-56; M. CAVINO, *L'eccezione di incostituzionalità delle leggi*, in M. CAVINO, A. DI GIOVINE, E. GROSSO (a cura di), *La Quinta Repubblica Francese dopo la riforma costituzionale del 2008*, Torino, 2010, pp. 123-147. Per la dottrina pubblicista francese, *ex multis*, D. ROUSSEAU, *La question préjudicielle de constitutionnalité: un big bang juridictionnel?*, in *Revue du Droit Public et de science politique en France et à l'étranger*, 3/2009, pp. 631-644; M. GUILLAUME, *La question prioritaire de constitutionnalité*, in *Justice & Cassation. Dossier: L'office du juge*, 2010; J.B. PERRIER, *La Cour de cassation et la question prioritaire de constitutionnalité: de la réticence à la diligence*, in *Revue française de droit constitutionnel*, 4/2010, pp. 793-809; A. LEVADE, *Les «petits cailloux» du Conseil constitutionnel ou les décisions anticipatrices de la QPC*, in *Annuaire international de justice constitutionnelle*, XXV-2009, Paris, 2010, 11-27; F. LAFFAILLE, *Hic sunt leones. La question prioritaire de constitutionnalité en France (à la lumière de quelques comparaisons tirées du droit italien)*, in *Rivista AIC*, 4/2010, pp. 1-52; J.J. PARDINI, *Question prioritaire de constitutionnalité et question incidente de constitutionnalité italienne: ab origine fidelis*, in *Pouvoirs*, 137/2011, p. 101 ss.; ancora, D. ROUSSEAU, J. BONNET, *L'essentiel de la QPC. Mode d'emploi de la question prioritaire de constitutionnalité*, Paris, 2012. Utili, altresì,

Una trasformazione, quella appena enucleata, che ha permesso di coniugare in seno al Conseil un animo “politico” – espresso nell’originario modello di accertamento preventivo – con uno più squisitamente “giurisdizionale”, deputato alla salvaguardia delle libertà e dei diritti costituzionalmente riconosciuti³⁶.

Ma convogliando l’attenzione sulla casistica in oggetto, la *question prioritaire de constitutionnalité* è stata sollevata con particolare riguardo al più volte evocato paragrafo III dell’art. L. 1111-17 del Code de la santé publique, che – si ricorderà – riconosce l’accesso e l’alimentazione del *dossier médical partagé* alla generalità (quasi indistinta) dei professionisti partecipi alla cura del paziente.

Nella ricostruzione degli attori, infatti, la richiamata disposizione – sacrificando in modo sproporzionato il diritto al rispetto della vita privata e permettendo, senza fornire sufficienti garanzie, l’accesso a dati coperti da segreto professionale a soggetti che non potrebbero annoverarsi nella cerchia degli operatori sanitari *stricto sensu* – violerebbe i diritti e le libertà garantiti dalla Costituzione francese³⁷.

In specie, il paragrafo III dell’art. L. 1111-17 del Code de la santé publique si porrebbe in antitesi con l’art. 2 della Dichiarazione dei diritti dell’uomo e del cittadino, la quale, come risaputo, costituisce parte integrante del Preambolo della vigente Costituzione³⁸. Invero, proprio da questa disposizione – ed in particolare dal riferimento alla “libertà” quale situazione giuridica naturale e imprescrittibile della persona –, il Conseil constitutionnel aveva dedotto, già nella passata giurisprudenza, il diritto al rispetto della vita privata³⁹.

La question prioritaire de constitutionnalité, in *conseil-constitutionnel.fr*, 16 febbraio 2011, o ancora *Qu'est-ce qu'une question prioritaire de constitutionnalité (QPC)?*, in *service-public.fr*, ult. agg. 13 marzo 2024.

³⁶ Si veda l’intervento di E. CHELI al Seminario ASTRID dal titolo *La riforma del controllo di costituzionalità delle leggi in Francia*, tenutosi a Roma il 27 maggio 2009, secondo cui «[...] nel Conseil Constitutionnel francese vengono, oggi, a sommarsi due anime legate a due modelli diversi di controllo di costituzionalità. L’anima “politica” che si esprime nel modello originario del controllo preventivo e che tende a interpretare la funzione del Conseil più sul versante della “collaborazione” al processo di formazione della legge che sul versante della garanzia concessa, attraverso un meccanismo di natura giudiziaria, ai diritti di libertà dei singoli e delle formazioni sociali; e l’anima “giurisdizionale” che lega, invece, il controllo di costituzionalità alle vicende concrete di un processo e alla tutela dei diritti che, attraverso il processo, s’intende realizzare. Oggi il Conseil Constitutionnel riformato viene a caratterizzarsi al tempo stesso sia come “giudice delle leggi” che come “giudice dei diritti”».

³⁷ Al terzo paragrafo della pronuncia del Conseil constitutionnel si legge, infatti, che «le requérant reproche à ces dispositions de permettre à des professionnels qui ne relèvent pas de la catégorie des professionnels de santé et ne sont pas soumis aux mêmes règles déontologiques d’accéder au dossier médical partagé d’un patient, sans conditionner cet accès à un consentement libre et éclairé de la personne intéressée, ni prévoir de garanties suffisantes concernant le type de données accessibles. Ces dispositions méconnaîtraient ainsi le droit au respect de la vie privée et seraient entachées d’incompétence négative dans des conditions affectant ce même droit».

³⁸ L’art. 2 della Dichiarazione dei diritti dell’uomo e del cittadino (1789) prevede che «lo scopo di ogni associazione politica è la conservazione dei diritti naturali e imprescrittibili dell’uomo. Questi diritti sono la libertà, la proprietà, la sicurezza e la resistenza all’oppressione» (traduzione nostra).

³⁹ Conseil constitutionnel, décision du 23 juillet 1999 n. 99-416 DC. Segnatamente, al paragrafo 45, si legge che «[...] la liberté proclamée par cet article [article 2 de la Déclaration des droits de l’homme et du citoyen] implique le respect de la vie privée». Il testo della sentenza può essere liberamente consultato su *conseil-constitutionnel.fr/decision/1999/99416DC.htm*.

Stante quanto sino ad ora esposto, con pronuncia n. 490409 del 10 giugno 2024, il Conseil d'État, appurato il rispetto dei già citati requisiti di rimessione, ha ritenuto che le argomentazioni prospettate dal Conseil national de l'ordre des médecins fossero tali da giustificare un deferimento della questione al vaglio del giudice costituzionale⁴⁰.

4. La pronuncia n. 2024-1101 QPC del Conseil constitutionnel tra plausi e disappunti

Per tale via si perviene, dunque, alla decisione n. 2024-1101 QPC, con cui il Conseil constitutionnel si è espresso, il 12 settembre 2024, sulla *question prioritaire de constitutionnalité* illustrata nella precedente sezione.

Dopo aver richiamato sommariamente la disciplina in materia di *dossier médical partagé*⁴¹, nonché la disposizione della cui legittimità si discuteva – vale a dire il più volte evocato art. L. 1111-17, paragrafo III, del Code de la santé publique – e la norma che si assumeva violata (in specie, l'art. 2 della Dichiarazione dei diritti dell'uomo e del cittadino), i giudici costituzionali francesi hanno articolato la decisione fondandola su tre nuclei argomentativi. Ma soffermandosi per un breve momento sul parametro costituzionale, proprio in relazione al diritto al rispetto della vita privata, il Conseil ha osservato, in prima battuta, che tutte le attività implicanti l'utilizzo del dato personale – dalla raccolta alla registrazione, dalla conservazione alla consultazione, finanche la comunicazione – devono indiscutibilmente sottendere un interesse generale, per la cui soddisfazione è *richiesta* un'attuazione adeguata e proporzionata delle medesime pratiche.

Segnatamente, tali esigenze si ravvisano con maggior immediatezza laddove, ad essere oggetto di trattamento⁴², siano i dati sanitari, in ragione della loro attitudine intrinseca a cogliere l'essenza della dimensione personale, ossia lo stato di benessere fisico e psichico dei singoli; in questa prospettiva, quindi, non può che essere del legislatore l'onere di ope-

⁴⁰ Conseil d'État, décision du 10 juin 2024 n. 490409, il cui testo è disponibile su conseil-etat.fr/fr/arianeweb/CE/decision/2024-06-10/490409. Secondo l'Autorità rimettente, infatti, «ces dispositions sont applicables au présent litige [...] et n'ont pas déjà été déclarées conformes à la Constitution par le Conseil constitutionnel. Le moyen tiré de ce qu'elles porteraient atteinte aux droits et libertés garantis par la Constitution, et notamment qu'elles porteraient une atteinte disproportionnée au droit au respect de la vie privée en prévoyant, sans l'assortir de garanties sursantes, un droit d'accès à des données couvertes par le secret médical à des personnes qui n'ont pas la qualité de professionnels de santé, soulève une question présentant un caractère sérieux».

⁴¹ Nella specie, il Conseil constitutionnel ha menzionato gli articoli L. 1111-3-1, L. 1111-14, L. 1111-15 e L. 1111-17 del Code de la santé publique, esaminati nel secondo paragrafo del presente scritto.

⁴² Non deve sorprendere che il Regolamento UE 2016/679 – vale a dire il Regolamento generale per la protezione dei dati personali (cd. GDPR) –, all'art. 4, n. 2), definisce il "trattamento" come «qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione».

rare un ragionevole e ponderato bilanciamento tra il diritto in questione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva⁴³.

Si tenga a mente tale considerazione, che, per quanto possa apparire *prima facie* lapalissiana, si rivelerà dirimente nella logica processualistica.

Venendo ora agli snodi portanti della pronuncia, il Conseil constitutionnel rileva anzitutto come, già dai lavori preparatori della legge n. 2020-1525 (quella, cioè, che ha introdotto la disposizione contestata), emergesse la volontà del legislatore di perfezionare il coordinamento delle cure – e, dunque, implementare i “canali” a presidio della salute – attraverso il complessivo coinvolgimento di tutti i professionisti, sanitari e no, partecipi alla relazione di cura.

E non può certo costituire una mera casualità la circostanza che lo stesso obiettivo fosse già stato scolpito nella legge istitutiva il prodromico *dossier médical personnel* (l. n. 2004-810) e che, con riguardo al *dossier médical partagé*, trovi attualmente collocazione, si rammenterà, al primo comma dell’art. L. 1111-14 CSP.

Sul punto, in verità, *nulla quaestio*: l’obiettivo, scandito dalla normativa richiamata, di semplificare e razionalizzare la cooperazione tra gli attori occupati nel percorso diagnostico e terapeutico non può che essere accolto con grande favore, tanto più in memoria degli eventi drammatici che hanno caratterizzato il periodo pandemico di SARS-CoV-2, episodi sintomatici dell’incapacità dei modelli organizzativo-sanitari di contrastare efficacemente avversità emergenziali impreviste e imprevedibili.

La seconda argomentazione posta a fondamento della decisione concerne, invece, la facoltà di accedere alla cartella clinica condivisa, che il legislatore attribuisce (e il Conseil riconosce) “solo” ai professionisti coinvolti nella presa in carico della persona, in ossequio agli articoli L. 1110-4 (sul segreto medico) e L. 1110-12 (sul lavoro di équipe) del Code de la santé publique.

Nella specie, i giudici di Palais-Royal convengono, da un lato, che la consultazione e l’implementazione delle informazioni contenute nel DMP sono limitate a quanto strettamente necessario per la cura del paziente; dall’altro, che, in un contesto di équipe di cura, «[...]»

⁴³ Anche in passato, invero, il Conseil constitutionnel aveva riconosciuto la natura evidentemente sensibile del dato sanitario, per la cui protezione è richiesta una tutela più intensa. Si vedano, in particolare, Conseil constitutionnel, décision n. 2004-504 DC du 12 août 2004, in cui si afferma, al Considerando 5, che «[...] le droit au respect de la vie privée [...] requiert que soit observée une particulière vigilance dans la collecte et le traitement de données à caractère personnel de nature médicale; il appartient toutefois au législateur de concilier, d’une part, le droit au respect de la vie privée et, d’autre part, les exigences de valeur constitutionnelle qui s’attachent tant à la protection de la santé, qui implique la coordination des soins et la prévention des prescriptions inutiles ou dangereuses, qu’à l’équilibre financier de la sécurité sociale». Ancora, più risalente, Conseil constitutionnel, décision n. 99-422 DC du 21 décembre 1999, in cui, al Considerando 52, si legge che «[...] la liberté proclamée par l’article 2 de la Déclaration des droits de l’homme et du citoyen implique le droit au respect de la vie privée; [...] ce droit requiert que soit observée une particulière vigilance dans la transmission des informations nominatives à caractère médical entre les médecins prescripteurs et les organismes de sécurité sociale; [...] il appartient toutefois au législateur de concilier le droit au respect de la vie privée et l’exigence de valeur constitutionnelle qui s’attache à l’équilibre financier de la sécurité sociale». Per un resoconto più dettagliato sui precedenti giurisprudenziali in materia si rinvia a *Commentaire de la décision n. 2024-1101 QPC du 12 septembre 2024*, cit., pp. 10-17.

questo accesso è aperto *solo* ai professionisti che partecipano direttamente [...] all'esecuzione di un atto diagnostico o terapeutico, alla compensazione della disabilità, al sollievo del dolore o alla prevenzione della perdita di autonomia, o alle azioni necessarie per il coordinamento di questi diversi atti»⁴⁴ (corsivo aggiunto).

Una breve notazione: da un punto di vista meramente linguistico-formale, tenendo conto delle piccole differenze grammaticali imputabili all'opera di traduzione, non si può non osservare come il collegio giudicante abbia fatto ricorso più volte ad un'espressione parafrasabile con l'avverbio "solo". E, sebbene possa apparire una innocente combinazione, a ben vedere l'impiego reiterato del medesimo vocabolo sembra tradire un preciso e peculiare orientamento, che anticipa l'esito del giudizio di costituzionalità.

Ma tornando alla seconda motivazione, se da un lato quest'ultima può essere parzialmente condivisa, soprattutto in considerazione dello scopo cui il *dossier médical partagé* è preposto, dall'altro la riflessione del Conseil e la stessa formulazione della disposizione contestata presentano talune ritrosie sulle quali non è possibile glissare.

In altre parole, se da un lato enunciati normativi "ampi" hanno il pregio di conformarsi – in maniera duttile e malleabile, per utilizzare un lessico proprio delle scienze dure – alle molteplici vicende che interessano ciclicamente gli ordinamenti giuridici (si pensi, per esempio, al ruolo che assumono in tal senso i *principi* di diritto), dall'altro, «nell'odierna inflazione legislativa, [...] abbondano le norme lacunose, ambigue, generiche, contraddittorie, irragionevoli e incoerenti»⁴⁵, che troppo spesso producono incertezza sistemica e si espongono a giudizi di costituzionalità.

E proprio il dettato del terzo paragrafo dell'art. L. 1111-17 CSP sembra offrire il fianco ad un rimprovero in termini di genericità legislativa, nella misura in cui non consente di discernere con apprezzabile rigore le figure professionali che possono (e forse devono) iscriversi, in ragione della mansione svolta, tra coloro che sono pienamente legittimati a consultare e aggiornare i dati medico-sanitari dei pazienti.

La definizione delle soggettività riconducibili al lemma "professionista" e, in quanto tali, gravate *ipso iure* da un obbligo di riservatezza dovrebbe passare, in altre parole, attraverso una specifica previsione normativa, una certosa e puntuale individuazione dei numerosi profili teoricamente assorbibili dalla menzionata categoria, così da ancorare tale determinazione alle peculiari e specifiche competenze che gli operatori sono chiamati ad esibire nelle singole casistiche.

In assenza di detta operazione interpolativa, infatti, il rischio astrattamente configurabile sarebbe quello di agevolare (o quanto meno non dissuadere) l'accesso informatico ad una

⁴⁴ Si rinvia ai par. 10 e 11 della Décision n. 2024-1101 QPC du 12 septembre 2024, oggetto della presente nota di commento.

⁴⁵ G. ZAGREBELSKY, *Diritto per: valori, principi o regole?*, in *Quaderni fiorentini per la storia del pensiero giuridico moderno*, 31/2002, Milano, 867. Sul fronte italiano, testi normativi "irrimediabilmente oscuri" sono stati di recente censurati dai giudici di Palazzo della Consulta; si veda, in proposito, Corte cost., sent. n. 110/2023.

cerchia di soggetti – certamente coinvolti nell’attività di cura e previamente autorizzati dal titolare del DMP, così come prescritto dalla norma – la cui attività professionale, tuttavia, non impone la conoscenza approfondita della cartella clinica dell’interessato, né delle informazioni ivi racchiuse (si pensi, a titolo meramente esemplificativo, a coloro che offrono supporto psicologico, o a chi si specializza nel trattamento delle anomalie del linguaggio, o ancora a quanti sono impiegati nel lenimento di disturbi a livello muscolo-scheletrico e viscerale, come gli osteopati e i fisioterapisti)⁴⁶.

D’altro canto, la stessa locuzione *prise en charge* (lett., presa in cura), ricorrente nella normativa in tema di *dossier médical partagé*, si espone a molteplici e frastagliate letture esegetiche, talvolta discordanti tra loro, che non favoriscono un’interpretazione del dato testuale votata (anche) all’osservanza del rispetto della vita privata.

Con il terzo nucleo argomentativo, infine, il Conseil constitutionnel ha evidenziato che il consenso informato del titolare della cartella clinica condivisa – requisito indefettibile per la consultazione e l’alimentazione della medesima – costituisce un elemento dirimente per la risoluzione del dubbio di legittimità costituzionale.

Infatti, stando alle considerazioni formulate in sede decisionale, le garanzie che circondano l’art. L. 1110-4 del Code de la santé publique – ossia quelle relative allo scambio di informazioni tra professionisti e alle modalità con cui il consenso deve essere prestato – rimarrebbero pienamente applicabili alla fase di autenticazione. Inoltre, in ottemperanza agli articoli L. 1111-13-1, L. 1111-15 e L. 1111-19 CSP, ad ogni paziente è riconosciuta la facoltà, esercitabile in qualsiasi momento, di chiudere il DMP, di occultare alcune informazioni in esso contenute, o ancora di modificare l’elenco dei soggetti che possono venirne a conoscenza.

I giudici costituzionali francesi, peraltro, hanno colto l’occasione per rammentare come l’accesso alla cartella clinica condivisa o la divulgazione di informazioni in violazione del segreto medico potrebbero configurare un illecito perseguibile ai sensi del quinto paragrafo dell’art. L. 1110-4 CSP⁴⁷, ovvero dell’art. 226-13 del Code pénal⁴⁸.

Stanti tali considerazioni, il Conseil constitutionnel, non rilevando alcuna violazione del diritto al rispetto della vita privata *ex art. 2* della Dichiarazione del 1789, ha dichiarato la conformità costituzionale dell’art. L. 1111-17, paragrafo III, del Code de la santé publique.

⁴⁶ La difficoltà di mettere a sistema le variegate figure medico-sanitarie non è nuova nemmeno per l’ordinamento italiano. Si rammenterà, a questo proposito, quanto accaduto durante la campagna di vaccinazione anti SARS-CoV-2, allorché il *Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2*, adottato con decreto del Ministero della Salute 2 gennaio 2021, aveva accordato priorità di somministrazione agli “operatori sanitari e sociosanitari”, tra i quali, tuttavia, figuravano anche professionisti non coinvolti direttamente nell’arginamento delle infezioni (*in primis*, i giovani psicologi). Sulla questione ebbe modo di esprimersi con rammarico l’allora Presidente del Consiglio Draghi; si rimanda a *Mario Draghi: «Smettetela di vaccinare i giovani, con che coscienza si salta la fila?»*, in *la7.it*, 8 aprile 2021.

⁴⁷ L’art. L. 1110-4 del Code de la santé publique, al paragrafo V, recita: «Le fait d’obtenir ou de tenter d’obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d’un an d’emprisonnement et de 15000 euros d’amende».

⁴⁸ L’art. 226-13 del Code pénal stabilisce che «la révélation d’une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d’une fonction ou d’une mission temporaire, est punie d’un an d’emprisonnement et de 15000 euros d’amende».

5. Una breve suggestione conclusiva

Quantunque la soluzione della vicenda possa essere favorevolmente accolta, soprattutto in virtù delle garanzie che la normativa francese assicura al titolare del *dossier médical partagé* – al quale è rimessa, appunto, la potestà irriducibile di determinare quale professionista possa effettuare l'accesso e quali dati possano costituire oggetto di consultazione –, taluni dubbi sulla formulazione, alquanto sibillina, della disposizione contestata permangono.

Più che ad una precisa costruzione normativa, infatti, il legislatore, prima, e il Conseil constitutionnel, dopo, sembrano essersi affidati meramente ad un “imperativo categorico”, nell'accezione kantiana del lemma⁴⁹; in altri termini, la legislazione francese rinuncia a circoscrivere, *ex ante*, il catalogo dei tecnici per i quali l'esame della cartella medica condivisa è rilevante ai fini dell'espletamento delle proprie mansioni, prediligendo piuttosto rimettere tale determinazione al senso del dovere individuale (nel caso dello specialista “galantuomo”, richiamando l'aforisma del Verga) e ad un atto negoziale (proprio dell'assistito).

Se a valle, quindi, il benessere dell'interessato e la sua facoltà, esercitabile in qualsiasi momento, di estromettere i professionisti dall'alveo degli accreditati ad accedere al DMP non possono che essere inoppugnabilmente apprezzati – anzitutto per la loro propensione a restituire un quadro in cui il paziente è il perno dal quale si dipana la disciplina assistenziale –, a monte, invece, sembra mancare un secondo – *rectius*, un primo – “filtro di legittimità”, che assicuri un vaglio prodromico, seppur parziale, degli operatori astrattamente autorizzabili alla consultazione e alla compilazione del fascicolo.

All'esito della vicenda sin qui narrata, la ricerca di un bilanciamento tra salvaguardia della vita privata e tutela della salute, individuale e collettiva, si rivela tutt'altro che pleonastica; al contrario, in un contesto – come quello attuale – nel quale il dato personale viene valorizzato e monetizzato, l'esigenza di individuare un equilibrio che possa soddisfare, al contempo, situazioni giuridiche eterogenee pare ergersi con maggiore risolutezza.

E lungi dal voler apparire tuziorista, l'auspicio, da questo punto di vista, è che il legislatore francese provveda a revisionare il testo dell'art. L. 1111-17 del Code de la santé publique, senza bearsi della decisione del Conseil constitutionnel, il quale potrebbe, *mutatis mutandis*, tornare a pronunciarsi – forse con esiti differenti – su questo delicato frangente normativo.

⁴⁹ I. KANT, *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, J.F. Hartknoch, 1785 (tr.it. *Fondazione della metafisica dei costumi*, Roma-Bari, 1997).

