

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

N. 170

ATTO DEL GOVERNO SOTTOPOSTO A PARERE PARLAMENTARE

Schema di decreto del Presidente della Repubblica recante
norme di organizzazione del Ministero della salute

*(Parere ai sensi dell'articolo 17, comma 4-bis, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e
dell'articolo 13, comma 2, della legge 15 marzo 1997, n. 59)*

(Trasmesso alla Presidenza del Senato il 28 gennaio 2003)

RELAZIONE ALLO SCHEMA DI DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA RECANTE NORME DI ORGANIZZAZIONE DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Il provvedimento è stato predisposto per due esigenze fondamentali, cui è apparso necessario fornire urgente ed impegnata risposta.

Una prima esigenza, di carattere prevalentemente formale ma non certo irrilevante e meno ancora trascurabile, riguarda la necessità di sostituire l'ormai superato D.P.R. 7 dicembre 2000, n. 435 che, recando norme di organizzazione del Ministero della sanità, nell'ottica transitoria consentita dall'art. 55, comma 3, del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, era da considerare già sottoposto a un termine di scadenza in relazione alla prevista soppressione dello stesso Ministero, con effetto dalla data indicata nel comma 1 dello stesso art. 55.

Con l'istituzione del Ministero della salute, prevista dall'art. 11 del decreto-legge 12 giugno 2001, n. 217, convertito dalla legge 3 agosto 2001, n. 317, occorre doverosamente definire organizzazione e strutture del Ministero medesimo, che se anche ha mantenuto, in grandissima parte, le attribuzioni ed i compiti del precedente Ministero della sanità, necessita comunque di un diverso apporto, aderente il più possibile alle realtà, attuali e in divenire, senza trascurare gli aspetti di continuità che tuttavia non debbono assolutamente ricondursi o assimilarsi ad un mero fenomeno di successione ereditaria.

Si delinea, a questo punto, l'altra esigenza, di carattere più propriamente sostanziale, concernente il ruolo cui il nuovo Ministero dovrà adempiere nel quadro evolutivo delle competenze regionali in materia sanitaria.

A tale riguardo si è proceduto ad una preliminare ricognizione delle competenze statali, ferme le competenze di altre amministrazioni, come attualmente delineate nel Titolo IV, Capo I, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. La ripartizione generale delle competenze tra Stato e Regioni con tale testo introdotta appare, nel complesso, tuttora valida e non emerge, anche nella prospettiva di un ampliamento delle competenze regionali non solo ai profili gestionali, ma anche alle politiche territoriali locali di governo della salute e delle condizioni igienico-ambientali e di lavoro, alcun rischio di interferenza dei rispettivi compiti e finalità.

Nell'ambito così definito si è operata comunque un'ulteriore rivisitazione, volta a privilegiare e dare effettivo contenuto alle esigenze di unitarietà ed uniformità che impongono la devoluzione di compiti e funzioni a livello centrale, per tutti gli aspetti di rilievo nazionale ed assai spesso anche sopranazionale coinvolti nelle tematiche relative alla tutela della salute umana e - non meno rilevanti - alla sanità veterinaria (divisione massima delle funzioni e dei compiti amministrativi contenuta nel citato Capo I, sub Titolo IV, del decreto legislativo n. 112 del 1998, genericamente intitolato "tutela della salute").

V'è pure un compito ulteriore, cui il nuovo Ministero non deve sottrarsi, ed è l'attività di indirizzo e di supporto alle Regioni, soprattutto quelle non ancora sufficientemente organizzate, nella delicata fase di acquisizione ed avvio delle costituenti strutture regionali.

Significativo cambiamento di indirizzo appare innanzitutto l'introduzione di tre nuovi dipartimenti - rispetto ai quattro consentiti dalla legge n. 317 del 2001 - che, anche nella denominazione (Qualità, Innovazione, Prevenzione e Comunicazione) intendono definire le grandi aree di intervento del Ministero non più con riferimento a puntuali attività di gestione, ma proiettando la sfera delle attribuzioni verso tematiche che nell'universo sanitario hanno ormai acquisito una posizione di assoluto rilievo: la qualità non è mera valutazione di attività o prestazioni ma requisito intrinseco ed essenziale delle medesime, e la tutela costituzionale del diritto alla salute ha valore tale da non consentire aggettivazioni al riguardo; l'innovazione non è soltanto motore di ricerca ma utilizzo, consapevole e condiviso, dei dati scientifici in costante progresso, attraverso il rigoroso filtro delle sperimentazioni; prevenzione e comunicazione sono attività in parte complementari, nel senso che non si attua prevenzione senza comunicazione, ma non coincidenti, perché le esigenze di informazione sono le più svariate (diverso è il livello per il professionista, l'operatore sanitario in genere, il pubblico degli utenti) e l'informazione ha

comunque una rilevanza autonoma tale da non poter essere più lasciata a fonti generiche o improvvisate.

Il testo che si propone vuol essere dunque un contenitore sufficientemente flessibile per rispondere alle nuove esigenze, secondo un modulo organizzativo che pur nella necessaria elasticità, conseguente allo sviluppo delle competenze regionali, mantiene l'impianto unitario conforme ai principi posti dall'art. 32 della Costituzione. Si è impostato, in sostanza, un assetto organizzativo idoneo a recepire, nella più ampia misura, le modifiche ordinamentali introdotte, in tema di sanità pubblica, dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, anche in relazione alle ulteriori precisazioni risultanti dallo schema di disegno di legge recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica al nuovo assetto costituzionale (attualmente all'esame della conferenza Stato-Regioni).

L'art. 1 istituisce i tre dipartimenti della qualità, dell'innovazione e della prevenzione e comunicazione, individuando in tali attività i "compiti finali" di intervento considerati prioritari e fondamentali nell'organizzazione ministeriale, ai sensi dell'art. 5 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300.

Le modalità di preposizione al dipartimento sono quelle previste dalla normativa vigente (decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165), come pure è conforme alla normativa vigente la prevista strutturazione, all'interno dei dipartimenti, degli uffici di livello dirigenziale generale (commi 2 e 3 dell'art. 1).

L'art. 2 definisce le funzioni e le attribuzioni del dipartimento della qualità. E' essenziale il monitoraggio dei sistemi di garanzia della qualità del Servizio sanitario nazionale, che comprende non solo l'osservazione sul servizio all'utente, ma altresì la formazione del personale e le relative esigenze informative.

Il dipartimento si articola nelle tre Direzioni generali: a) della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema; b) delle risorse umane e professioni sanitarie; c) del sistema informativo. Nell'assetto previsto dal regolamento approvato con D.P.R. n. 435 del 2000 il dipartimento per l'ordinamento sanitario, la ricerca e l'organizzazione comprendeva ben cinque direzioni generali (oltre le tre indicate erano comprese la direzione della ricerca sanitaria e quella dell'organizzazione, bilancio e personale) con compiti non pienamente omogenei con l'area primaria di intervento del dipartimento; alcune direzioni generali erano poi interessate a funzioni diversificate o meramente aggiuntive (quella della ricerca sanitaria comprendeva la vigilanza sugli enti; quella del sistema informativo e statistico provvedeva anche agli investimenti strutturali e tecnologici). La nuova ripartizione risulta quindi più aderente al criterio di omogeneizzazione per grandi aree di intervento stabilito dal decreto legislativo n. 300 ed assicura, nell'ambito del dipartimento, maggiore unitarietà nella determinazione dei programmi e nell'utilizzazione delle risorse.

Per affinità di materia si è ritenuto di inserire nel dipartimento della qualità, la segreteria generale del Consiglio superiore di sanità (che in precedenza, del resto, operava presso il dipartimento per l'ordinamento).

L'art. 3 riguarda il dipartimento dell'innovazione, che ha compiti di propulsione e vigilanza per lo sviluppo della ricerca scientifica e tecnologica e supporta tutte le azioni di studio idonee per favorire la creazione di reti integrate di servizi sanitari e sociali per l'utenza. Trattasi di una esigenza largamente sentita al di là delle prestazioni di diretto intervento e cura, il cui soddisfacimento si configura come obiettivo tale da incidere sul giudizio complessivo in ordine alla validità ed efficienza dell'intero sistema socio-sanitario.

Il dipartimento si articola nelle tre direzioni generali: a) dei farmaci e dispositivi medici; b) della ricerca scientifica e tecnologica; c) del personale, organizzazione e bilancio.

Il precedente dipartimento della tutela della salute umana, della sanità veterinaria e dei rapporti internazionali comprendeva sei direzioni generali: sono state, in definitiva, espunte le direzioni generali che non presentavano rilevanza determinante per l'innovazione e la ricerca (prestazioni sanitarie e medico legali; sanità pubblica veterinaria, alimenti e nutrizione), mentre le

direzioni dei rapporti internazionali e politiche comunitarie e degli studi, documentazione sanitaria e comunicazione ai cittadini sono state inserite nel terzo dipartimento, unitamente alla prevenzione.

Potrebbe destare perplessità l'ulteriore inserimento, in tale dipartimento, della direzione generale della sanità veterinaria e degli alimenti, ma in effetti la soluzione adottata trova giustificazione nella prevalenza, in tema di sanità veterinaria, degli aspetti nutrizionali generali che interessano indistintamente tutta la popolazione e non soltanto coloro che debbono ricorrere alle prestazioni del Servizio sanitario nazionale.

Si sono già anticipate, in parte, le ragioni per cui si è ritenuto di istituire un dipartimento unico per prevenzione e comunicazione.

Nell'art. 4 si precisa che rientrano, tra l'altro, nei compiti del dipartimento le attività di coordinamento, vigilanza e controllo in tema di tutela della salute e benessere delle persone; tali attività sono considerate nei loro aspetti generali di promozione (e mantenimento) della salute, con riguardo ai fattori infettivi, inquinanti e manipolativi che possono potenzialmente comprometterla; la prevenzione, in una visione scientificamente avanzata, riguarda anche l'alimentazione e deve essere collegata ad una efficace comunicazione; ragioni poi di uniformità ed omogeneità suggeriscono l'aggregazione di tutte le relazioni esterne del Ministero.

Sono state quindi previste quattro direzioni generali: a) della prevenzione sanitaria; b) della sanità veterinaria e degli alimenti; c) della comunicazione e relazioni istituzionali; d) dei rapporti internazionali.

Il coordinamento in atto a livello comunitario e mondiale, imposto da un interscambio sempre più consistente dei prodotti alimentari in genere, giustifica, e per la rilevanza degli importi e per la diffusione ormai capillare del fenomeno, l'aggregazione come sopra operata. Sono in gioco, oltretutto, delicati e controversi problemi di globalizzazione per i quali è comunque opportuno che le attività istituzionali a rilevanza esterna del Ministero siano riconducibili a strutture unitarie.

L'art. 5 disciplina le funzioni di accertamento e ispettive, unificando la precedente ripetizione (rilevabile dal raffronto tra l'art. 2, comma 3, e l'art. 3, comma 3, del decreto legislativo n. 435 del 2000), con la precisazione (non superflua anche se in parte ovvia) che i relativi compiti spettano ad ogni direzione generale nelle materie di propria competenza.

L'art. 6 stabilisce il criterio della salvaguardia degli equilibri di spesa (per i cui dettagli si rinvia alla scheda tecnica allegata), stabilisce il subentro delle nuove direzioni generali alle preesistenti strutture del Ministero della sanità e rinvia al decreto ministeriale di cui all'art. 17, comma 14 bis, lettera e), della legge 23 agosto 1988, n. 400, la definizione degli uffici di livello dirigenziale non generale.

Con l'art. 7 si dispone l'abrogazione del decreto del Presidente della Repubblica 7 dicembre 2000, n. 435, interamente sostituito con l'attuale regolamento.



Ministero della Salute

UFFICIO LEGISLATIVO

RELAZIONE TECNICO-FINANZIARIA

Il provvedimento all'esame prevede espressamente l'invarianza della spesa. A tale fine, in relazione alla previsione di un capo dipartimento in più rispetto ai due attualmente esistenti presso il Ministero (cui compete un trattamento economico accessorio maggiorato del 30 per cento rispetto a quello dei dirigenti di uffici di livello dirigenziale generale previsto dal vigente ordinamento) si provvederà con la riduzione, nella dotazione organica del Ministero della salute, di un dirigente di primo livello del ruolo sanitario.

Regolamento recante norme di organizzazione del Ministero della Salute

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

VISTO l'art.17, comma 4 bis, della legge 23 agosto 1988, n.400, introdotto dall'art.13, comma 1, della legge 15 marzo 1997, n.59, nonché i commi 2 e 3 del medesimo art.13;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il decreto legislativo 30 giugno 1993, n.266;

VISTO il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 e successive modificazioni;

VISTO il decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286;

VISTO il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;

VISTI gli articoli 47 bis, 47 ter e 47 quater del decreto legislativo 30 luglio 1999, n.300, introdotti dal decreto legge 12 giugno 2001, n. 217, convertito, con modificazioni, in legge 3 agosto 2001, n. 317;

VISTA la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;

CONSIDERATO che il citato art. 47 bis ha istituito il Ministero della Salute, identificandone le attribuzioni;

RITENUTA, pertanto, la necessità di definire l'organizzazione del Ministero della Salute, in conformità alle funzioni previste negli articoli sopracitati;

VISTO il D.P.C.M. 15 novembre 2001 del Presidente del Consiglio dei Ministri;

SENTITE le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in data.....;

VISTA la preliminare deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del...

UDITO il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del...;

ACQUISITI i pareri delle competenti Commissioni della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del...;

Sulla proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per la funzione pubblica;

E M A N A

il seguente regolamento

Art. 1

(Dipartimenti e Direzioni Generali)

1. Per lo svolgimento delle funzioni di interesse sanitario di spettanza statale e salve le competenze delle Regioni come individuate dalla normativa vigente, il Ministero della salute, di seguito denominato Ministero, ai sensi dell'art. 47 quater del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, introdotto dal decreto legge 12 giugno 2001, n. 217, convertito, con modificazioni, in legge 3 agosto 2001, n. 317, si articola nei seguenti dipartimenti:
 - a) Dipartimento della Qualità;
 - b) Dipartimento dell'Innovazione;
 - c) Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione;

2. I dipartimenti assicurano l'esercizio delle funzioni del Ministero, in conformità al presente regolamento, ai sensi dell'art.5 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n.300.
3. Alla preposizione a ciascun dipartimento si provvede ai sensi dell'articolo 19, comma 3, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165. Il capo del dipartimento conferisce ad uno dei dirigenti preposti agli uffici di cui al comma 4 le funzioni vicarie in caso di assenza o impedimento.
4. All'interno dei dipartimenti di cui al comma 1 sono istituiti uffici di livello dirigenziale generale, di seguito denominati direzioni generali, nel numero e con le attribuzioni previsti dagli articoli 2, 3 e 4. Ciascun dirigente preposto ai predetti uffici conferisce a un dirigente di seconda fascia le funzioni vicarie in caso di assenza o impedimento.

Art. 2

(Dipartimento della Qualità)

1. Il Dipartimento della Qualità provvede alle attività ed agli interventi per lo sviluppo ed il monitoraggio di sistemi di garanzia della qualità del Servizio Sanitario Nazionale e per la valorizzazione del capitale fisico, umano e sociale. Ad esso sono demandati i compiti dell'osservazione sul servizio all'utente, della formazione del personale e dell'individuazione dei fabbisogni informativi.
2. Nell'ambito del dipartimento sono istituite le seguenti direzioni generali:
 - a) Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema;
 - b) Direzione generale delle risorse umane e professioni sanitarie;
 - c) Direzione generale del sistema informativo.

3. La Direzione generale di cui al comma 2, lettera a), svolge le seguenti funzioni relativamente a:

- a) Definizione del Piano Sanitario Nazionale, dei piani di settore aventi rilievo ed applicazione nazionale ed individuazione degli strumenti strategici per il raggiungimento degli obiettivi e per la verifica del loro conseguimento;
- b) Analisi dei fabbisogni finanziari del Servizio Sanitario Nazionale;
- c) Elaborazione e verifica dei dati economici relativi all'attività del Servizio Sanitario Nazionale e aggiornamento dei modelli economici del Sistema Informativo Sanitario;
- d) Determinazione dei criteri generali per la classificazione e la remunerazione delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale;
- e) Monitoraggio e qualificazione della rete dell'offerta sanitaria, in relazione anche alla mobilità degli assistiti, e programmazione coordinata degli interventi rivolti alla valorizzazione dei centri di eccellenza sanitaria;
- f) Supporto al nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici in sanità;
- g) Definizione dei livelli essenziali di assistenza e monitoraggio sull'attuazione degli stessi e degli altri principi etici di sistema;
- h) Coordinamento del trasferimento di competenze dal Ministero alle Regioni;
- i) Verifica delle liste di attesa e promozione di interventi finalizzati alle loro riduzioni;
- l) Definizione di criteri e requisiti per l'esercizio, l'autorizzazione e l'accreditamento delle attività sanitarie e verifica degli strumenti di valutazione della qualità percepita e della loro efficacia;
- m) Promozione dello sviluppo e verifica sulla diffusione dell'istituto della certificazione di qualità;
- n) Ricorsi per la corresponsione di indennizzi a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati;
- o) Vigilanza sulle modalità di gestione e di finanziamento dei sistemi di erogazione delle prestazioni sanitarie diverse dal Servizio Sanitario Nazionale;
- p) Studio e promozione di nuovi modelli per l'assistenza integrata, sanitaria e sociale a malati acuti, cronici e terminali, agli anziani e ai disabili, e programmazione coordinata dei livelli di intervento;

4 La direzione generale di cui al comma 2, lettera b), svolge le seguenti funzioni relativamente a:

- a) Professioni sanitarie e risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale;
- b) Vigilanza sugli ordini e sui collegi degli esercenti le professioni sanitarie e funzionamento della Commissione centrale per le professioni sanitarie;
- c) Supporto al rinnovo degli accordi riguardanti il personale sanitario a rapporto convenzionale;
- d) Promozione della professionalità attraverso programmi organici di formazione permanente e di aggiornamento;
- e) Rapporti con l'Autorità del volontariato per la valorizzazione del "capitale sociale";
- f) Rapporti con le Società medico-scientifiche e le loro federazioni.

5 La direzione generale di cui al comma 2, lettera c), svolge le seguenti funzioni relativamente a:

- a) Individuazione dei fabbisogni informativi del Servizio Sanitario Nazionale e del Ministero;
- b) Informatizzazione dell'attività amministrativa del Ministero, gestione di osservatori e centri di documentazione e relativo monitoraggio;
- c) Rapporti con gli organismi incaricati delle attività informatiche nella pubblica amministrazione e con il Ministro per l'innovazione e le tecnologie;
- d) Elaborazione e verifica dei dati statistici relativi all'attività del Servizio Sanitario Nazionale;
- e) Relazione sullo stato sanitario del Paese;
- f) Biblioteca.

6 Presso il Dipartimento opera la segreteria generale del Consiglio superiore di sanità cui è preposto un dirigente di prima fascia da nominare ai sensi dell'articolo 19, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

Art. 3

(Dipartimento dell'Innovazione)

1. Il Dipartimento dell'Innovazione svolge attività e interventi di propulsione e vigilanza per lo sviluppo della ricerca scientifica e tecnologica in materia sanitaria e a sostegno di azioni di studio e creazione di reti integrate di servizi sanitari e sociali per l'assistenza a malati acuti, cronici, terminali, ai disabili ed agli anziani.
2. Nell'ambito del dipartimento sono istituite le seguenti direzioni generali:
 - a) Direzione generale dei farmaci e dispositivi medici;
 - b) Direzione generale della ricerca scientifica e tecnologica;
 - c) Direzione generale del personale, organizzazione e bilancio.
3. La direzione generale di cui al comma 2, lettera a), svolge le seguenti funzioni relativamente a:
 - a) Ricerca, sperimentazione, produzione e commercializzazione dei medicinali per uso umano e connessa farmacovigilanza;
 - b) Pubblicità dei medicinali e di altri prodotti;
 - c) Dispositivi medici;
 - d) Prodotti usati in medicina o per il miglioramento dello stato di salute;
 - e) Biocidi e prodotti cosmetici;
 - f) Produzione, commercio ed impiego delle sostanze stupefacenti e psicotrope ed aggiornamento delle relative tabelle;
 - g) Studi e ricerche sull'utilizzazione dei farmaci;
 - h) Registri della popolazione per la farmacoepidemiologia;
 - i) Funzionamento della segreteria del Comitato Etico Nazionale.

4. La direzione generale di cui al comma 2, lettera b), svolge le seguenti funzioni relativamente a:

- a) Ricerca scientifica in materia sanitaria e funzionamento della Commissione Nazionale per la ricerca sanitaria;
- b) Promozione della ricerca tecnologica in materia sanitaria;
- c) Disciplina della tutela sanitaria della attività sportive e della lotta contro il doping;
- d) Rapporti con l'Università e gli enti di ricerca, pubblici e privati, nazionali ed internazionali;
- e) Vigilanza sull'Istituto Superiore di Sanità, sull'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, sugli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e sugli altri Enti o Istituti a carattere nazionale previsti dalla legge;
- f) Informazioni alle Regioni e agli operatori a supporto delle decisioni relative all'uso delle tecnologie mediche.

5. La direzione generale di cui al comma 2, lettera c) svolge le seguenti funzioni relativamente a:

- a) Organizzazione, bilancio e personale del Ministero, con particolare riferimento all'individuazione dei fabbisogni di risorse umane, finanziarie e strumentali ed alla relativa acquisizione;
- b) Formazione del personale, relazioni sindacali, contrattazione e mobilità compresa quella dipartimentale.

Art.4

(Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione)

- 1. Il Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione provvede alle attività di coordinamento e vigilanza e di diretto intervento di spettanza statale in tema di tutela della salute, dell'ambiente e delle condizioni di vita e di benessere delle persone e degli animali, nonché all'informazione e comunicazione agli operatori ed ai cittadini e alle relazioni istituzionali interne ed internazionali.

2. Nell'ambito del dipartimento sono istituite le seguenti direzioni generali:

- a) Direzione Generale della prevenzione sanitaria;
- b) Direzione Generale della sanità veterinaria e degli alimenti;
- c) Direzione Generale della comunicazione e relazioni istituzionali;
- d) Direzione Generale per i rapporti con l'Unione europea e per i rapporti internazionali.

3. La direzione generale di cui al comma 2, lettera a), svolge le seguenti funzioni relativamente a:

- a) Promozione della salute anche nei settori materno infantile, età evolutiva e dell'anziano;
- b) Prevenzione, con particolare riguardo alla profilassi internazionale ed a quella delle malattie infettive e diffuse, alla tutela igienico-sanitaria da fattori di inquinamento e nei confronti delle sostanze pericolose, alla tutela della salute negli ambienti di vita e di lavoro, alla radio protezione, alla prevenzione delle tossicodipendenze e delle malattie di rilievo sociale, inclusa la tutela della salute mentale, all'invalidità civile e alla disabilità;
- c) Caratteristiche igienico-sanitarie delle acque;
- d) Sangue ed emoderivati, trapianto di organi;
- e) Impiego delle biotecnologie e procedure autorizzative concernenti attività relative a microrganismi ed organismi geneticamente modificati;
- f) Provvidenze straordinarie in materia di assistenza sanitaria in Italia agli immigrati, agli apolidi, ai rifugiati politici ed agli stranieri;
- g) Attività di prevenzione concernente pericoli di bioterrorismo.

4. La direzione generale di cui al comma 2, lettera b), svolge le seguenti funzioni relativamente a:

- a) Tutela della salute e del benessere degli animali, compresi quelli impiegati a fini scientifici e sperimentali;

- b) Salubrità dei prodotti di origine animale e dei loro sottoprodotti;
 - c) Alimenti per uso umano, compresi quelli destinati ad un'alimentazione particolare;
 - d) Biotecnologie alimentari e procedure comunitarie relative agli alimenti transgenici;
 - e) Igiene e sicurezza alimentare;
 - f) Prodotti per l'alimentazione animale;
 - g) Ricerca, sperimentazione, produzione e commercializzazione dei medicinali e dei dispositivi per uso veterinario;
 - h) Prodotti fitosanitari;
 - i) Polizia veterinaria e profilassi internazionale nei settori veterinario e alimentare;
 - j) Smaltimento e trasformazione dei rifiuti di origine animale;
 - k) Ricerca veterinaria e vigilanza sugli Istituti zooprofilattici sperimentali;
 - l) Rapporti con l'Organizzazione Internazionale delle epizootie, la FAO, l'Organizzazione mondiale del commercio.
5. La direzione generale di cui al comma 2, lettera c), svolge le seguenti funzioni relativamente a:
- a) Attività di comunicazione e informazione agli operatori sanitari e alle imprese;
 - b) Educazione sanitaria;
 - c) Pubblicazioni, convegni e congressi scientifici;
 - d) Studi e documentazione;
 - e) Rapporti con organismi pubblici e privati operanti in materia sanitaria, comprese le organizzazioni del volontariato e del terzo settore;
 - f) Portale e centro di contatto del Ministero e attività di comunicazione e informazione ai cittadini;
 - g) Atti di indirizzo e coordinamento in materia di rapporti di comunicazione tra Servizio Sanitario Nazionale e università.

6. La direzione generale di cui al comma 2, lettera d), svolge le seguenti funzioni relativamente a:
- a) Partecipazione alle attività degli organismi internazionali e sovranazionali ed incontri a livello internazionale;
 - b) Gestione dei rapporti con l'Unione Europea, con il Consiglio d'Europa e con l'Organizzazione per lo sviluppo e la cooperazione economica;
 - c) Rapporti con l'Organizzazione Mondiale della Sanità e le altre agenzie specializzate delle Nazioni Unite,
 - d) Promozione dell'attuazione delle convenzioni, delle raccomandazioni e dei programmi comunitari e internazionali in materia sanitaria;
 - e) Svolgimento delle attività connesse alla stipula degli accordi bilaterali del Ministero;
 - f) Rapporti giuridici ed economici in materia di assistenza sanitaria nell'ambito dell'Unione Europea ed in ambito extracomunitario;
 - g) Interventi sanitari in caso di emergenze internazionali;
 - h) Destinazione e utilizzazione dei fondi strutturali comunitari.

Art. 5

(Funzioni di accertamento e ispettive)

1. Nell'ambito delle materie di rispettiva competenza, le direzioni generali esercitano i necessari poteri di accertamento e di ispezione, anche nei confronti degli organismi che svolgono le funzioni e i compiti amministrativi conferiti, come previsto dall'art.115, comma 1, lettera e), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.112, avvalendosi, prioritariamente, del personale cui il vigente ordinamento attribuisce, in modo specifico, compiti di natura ispettiva.

2. Spetta parimenti alle stesse direzioni generali l'espletamento delle attività istruttorie connesse all'esercizio dei poteri sostitutivi, nonché delle attività strumentali all'adozione dei provvedimenti d'urgenza previsti dall'art.117, comma 1, secondo periodo, del medesimo decreto legislativo.

Art. 6

(Salvaguardia degli equilibri di spesa e disciplina transitoria)

1. L'attuazione del presente regolamento non comporta, in ogni caso, nuovi e maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato.
2. Le direzioni generali di cui ai commi 2 degli articoli 2, 3 e 4 subentrano alle preesistenti strutture del Ministero della Sanità, in base ai compiti definiti nei successivi commi degli articoli stessi.
3. Con decreto ministeriale ai sensi dell'art.17, comma 4 bis, lettera e), della legge 23 agosto 1988, n.400 e successive modifiche ed integrazioni, sono definiti gli uffici di livello dirigenziale non generale, in conformità alle previsioni del presente regolamento.
4. La dotazione organica del Ministero è determinata dalla sommatoria della dotazione organica dirigenziale di cui al D.P.C.M. 16 giugno 1998, ridotta di un posto dirigenziale di primo livello nel ruolo sanitario, e della dotazione organica delle aree funzionali di cui al D.P.C.M. 21 marzo 2001, tenendo conto delle consistenze risultanti dall'applicazione dei provvedimenti attuativi del D.P.C.M. 26 maggio 2000, concernente individuazione delle risorse umane, finanziarie, strumentali ed organizzative da trasferire alle regioni in materia di salute umana e sanità veterinaria.

Art. 7

(Abrogazione)

1. È abrogato il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 7 dicembre 2000, n.435.
2. Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica Italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare.

Roma, li



Ministero della Salute

UFFICIO DI GABINETTO

Oggetto: Regolamento recante “Norme di organizzazione del Ministero della salute” – Recepimento osservazioni del Consiglio di Stato e relazione conclusiva per le commissioni parlamentari.

Il Ministero della Salute, istituito ai sensi dell'art.11 del decreto legge 12 giugno 2001, n.217, convertito nella legge 3 agosto 2001, n.317, deve ancora dotarsi del regolamento di organizzazione – in conformità alla previsione di cui agli artt. 4, comma 1, del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300 e 17, comma 4bis, della legge 23 agosto 1988, n. 400.

E', infatti, da considerarsi superato e non più pertinente, il regolamento relativo all'organizzazione del Ministero della Sanità, adottato con D.P.R. 7 dicembre 2000, n. 435, peraltro solo in via provvisoria e transitoria, nell'ottica consentita dall'art. 55, comma 3, del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, in relazione all'ivi previsto (ma mai attuato) accorpamento col Ministro del lavoro e delle politiche sociali.

Il mutamento di denominazione non ha rappresentato una mera operazione di *restiling*, ma è il frutto di una maturata e convinta riflessione sul ruolo centrale delle tematiche relative alla “salute”, non più intese nella riduttiva accezione di contrapposizione a “malattia”, ma piuttosto come caratteristica del benessere umano nella sua completezza, come definizione degli stili di vita, come esame dei

comportamenti, come qualità degli ambienti e rilevanza delle prestazioni.

La cura di tali interessi trascende il mondo sanitario e riguarda la vita dell'intera comunità; essi, infatti, attengono ad un diritto assoluto della persona coperto dalla garanzia costituzionale di cui all'art. 32 della Costituzione.

In relazione a tale più avanzata concezione, si è predisposto il nuovo schema di regolamento del Ministero che, dopo l'approvazione preliminare del Consiglio dei Ministri nella riunione del 2 agosto 2002, è stato sottoposto al parere del Consiglio di Stato, Sezione consultiva per gli atti normativi.

Dopo un primo parere interlocutorio, volto ad accertare l'intervenuto assenso del Dipartimento della funzione pubblica e del Ministero dell'economia e delle finanze, nell'adunanza del 25 novembre 2002 l'anzidetta Sezione ha espresso parere favorevole, formulando però, nel contempo, oltre ad alcuni rilievi puntuali – che si recepiscono nella loro interezza – un'ampia riflessione generale incentrata prevalentemente sul nuovo ruolo delle Regioni in campo sanitario. In proposito il massimo organo consultivo – che comunque condivide appieno l'impostazione generale del provvedimento – raccomanda una integrazione alle motivazioni della relazione di accompagnamento del provvedimento, ferma in ogni caso la necessità *“di una celere emanazione della nuova disciplina organizzativa secondo le scelte strategiche dello schema in oggetto, senza attendere la riforma sostanziale del settore”*.

Con la riferita impostazione, il Consiglio di Stato opportunamente avverte che il trasferimento di competenze e funzioni alle Regioni e a tutte le autonomie territoriali può assumere già oggi – alla luce delle disposizioni poste dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n.112 ed a prescindere da ulteriori prospettive di riforma poste dalla cosiddetta “devolution” – consistenza notevolmente più ampia di

quella finora ritenuta possibile in base alla legislazione precedente. Per tale motivo il massimo organo consultivo pone in evidenza le tematiche che potrebbero offrire spunti significativi interessanti per i profili di organizzazione generale ed altresì per il nuovo assetto relativo alla risistemazione e razionalizzazione delle strutture del Ministero, esprimendo conclusivamente parere favorevole sulla proposta organizzazione nel suo complesso, con invito però a rivedere la descrizione “eccessivamente analitica“ delle funzioni previste per le singole direzioni generali, nella considerazione che riferimenti testuali troppo precisi (peraltro non indicati) *“possano anche implicitamente modificare l’assetto delle attribuzioni di funzioni e compiti definiti dal citato decreto n.112 del 1998, come integrato dalla successiva normativa di rango legislativo di settore (cfr. soprattutto i già citati decreti legislativi n.229 e n.443 del 1999)”*.

Si condivide pienamente la richiesta di rendere meno stringente l’indicazione delle funzioni del Ministero e di riformulare o sopprimere gli (eventuali) riferimenti testuali che possano, “anche implicitamente”, risultare confliggenti con norme legislative primarie; in tal senso si è proceduto alla scrupolosa rilettura dell’intero provvedimento, ponendolo anche a raffronto col precedente D.P.R. 7 dicembre 2000, n. 435 che (così come segnalato anche dal Consiglio di Stato), essendo successivo alle sopra citate norme primarie, aveva già tenuto conto del mutamento di competenze in capo al cessato Ministero della sanità.

Non si ritiene invece utile né opportuno apportare modifiche all’ordine espositivo del provvedimento che, anche nella forma, ha inteso superare alcuni schematismi e ripetitività contenuti nel regolamento fin qui in vigore.

Si è preferito, in particolare, definire le funzioni direttamente a livello di direzioni generali (e non già di dipartimenti,

come nell'attuale regolamento), per una serie di considerazioni di ordine sia logico-giuridico, sia di opportunità pratica.

I dipartimenti, infatti, nel quadro delineato dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n.29, confermato dall'articolo 5 del decreto legislativo 30 luglio 1999 n.300, costituiscono strutture di primo livello previste in alcuni ministeri per lo svolgimento di compiti finali relativi a grandi aree di materie omogenee, *senza alcuna diretta ingerenza nella gestione operativa*; è apparso, quindi, più logico definire i compiti e la relativa organizzazione a livello di direzione generale quale struttura titolare delle attribuzioni di base del Ministero.

Tale metodologia è, in definitiva, quella seguita per il regolamento di organizzazione di quasi tutti gli altri Ministeri nei quali è prevista l'articolazione per dipartimenti (v. regolamenti di organizzazione del Ministero della giustizia, del Ministero delle attività produttive, del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, del Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio).

Segue invece l'approccio del D.P.R. n. 435 del 2000 il regolamento di organizzazione del "Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali" approvato con D.P.R. 26 marzo 2001, n. 176; ma tale regolamento è stato in parte superato dalle successive disposizioni legislative primarie, ed è caduta, sul punto, ogni esigenza di coordinamento fra i due testi, in particolare è caduta la norma espressa di raccordo di cui all'art. 9, comma 4, del citato D.P.R. n. 176 del 2001.

L'approccio ora seguito appare più rispondente a criteri di semplificazione, trasparenza ed economicità, perché dall'individuazione dei compiti deriva l'istituzione degli uffici e non viceversa; ed una puntuale predefinizione delle attribuzioni risulta utile, se non necessaria, anche ai fini della successiva attività di controllo e di valutazione dei risultati.

Pertanto l'analisi che segue, coerente con il *modus procedendi* suggerito dal Consiglio di Stato, è diretta a verificare la scrupolosa osservanza della vigente normativa di rango primario per quanto concerne *“funzioni e compiti già specificati e attribuiti allo Stato”*, curandone, in sede di *“rivisitazione”*, la loro *“miglior definizione”*.

Viene contestualmente fornita, in ordine alle competenze, l' *“adeguata integrazione delle motivazioni di accompagnamento”* al provvedimento in esame, chiesta dal massimo organo consultivo per tener conto del nuovo assetto costituzionale del sistema a legislazione concorrente della tutela della salute.

Prima dell'esame dettagliato nei termini sopraindicati sembra opportuno riportare integralmente le incisive notazioni formulate dello stesso Consiglio di Stato circa la rilevanza strategica del definitivo abbandono del sistema tradizionale che ha finora individuato le aree di intervento in base a puntuali attività di gestione (ordinamento sanitario, ricerca, organizzazione), puntando invece sulla rilevazione delle tematiche generali che, *“nell'universo sanitario, hanno ormai acquisito una posizione di assoluto rilievo”*:

1) la *“qualità”*, intesa non solo come valutazione di attività o di prestazione ma come requisito intrinseco ed essenziale delle medesime, alla luce della tutela costituzionale del diritto alla salute. In tale area tematica sono, quindi, fatte rientrare le funzioni statali di programmazione e di monitoraggio dei sistemi di garanzia della qualità del servizio sanitario nazionale, che comprendono non solo l'osservazione sul servizio all'utente, ma anche le competenze sulle professioni sanitarie, sulla formazione del personale e sulle relative esigenze informative;

2) l' *“innovazione”*, intesa come utilizzo consapevole e condiviso dei dati scientifici in costante progresso attraverso il rigoroso filtro delle sperimentazioni. A tale dipartimento spetta

l'esercizio dei compiti di propulsione e vigilanza per lo sviluppo della ricerca scientifica e tecnologica in materia sanitaria e per favorire la creazione di reti integrate di servizi sanitari e sociali per l'utenza, articolandosi in direzioni relative a farmaci, ricerca e personale. La Sezione rileva come la previsione di un apposito Dipartimento per la innovazione e la ricerca possa, tra l'altro, favorire la necessaria politica del Ministero di contrastare – d'intesa con il Ministero per l'istruzione, l'università e la ricerca e con il Dipartimento per gli italiani nel mondo – il deplorabile fenomeno della c.d. "fuga dei cervelli", che vede eccellenti ricercatori italiani, soprattutto nel campo della ricerca sanitaria, costretti ad operare all'estero per la mancanza in Italia, di strutture e soprattutto di politiche adeguate, alle quali è auspicabile che la nuova organizzazione ministeriale possa contribuire a porre un rimedio;

3) la "prevenzione e comunicazione", attività non coincidenti ma certo fortemente connesse e complementari e, quindi, attribuibili ad un unico responsabile di livello dipartimentale: prevenzione sanitaria, comunicazione e rapporti internazionali, cui si aggiunge la sanità veterinaria e degli alimenti".

In conformità alla nuova concezione così autorevolmente condivisa, si evidenziano le principali ricadute sulle strutture ministeriali dell'opera di rinnovamento.

Si è ripensata la collocazione delle Direzioni generali nell'ambito dei nuovi Dipartimenti, in relazione ai tre obiettivi che rappresentano ora il principale punto di riferimento per l'individuazione dei compiti del Ministero: la qualità, l'innovazione, la prevenzione e comunicazione.

Per alcune direzioni generali è stata in parte mutata la denominazione, in coerenza con gli obiettivi anzidetti e anche per una indicazione più completa e razionale delle incombenze.

Così, la Direzione generale della programmazione sanitaria assume ora la denominazione di “Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema”: la proposta modifica non sottintende un incremento delle competenze che già appartenevano alla precedente direzione generale, ma vuole porre in maggiore evidenza, fra i compiti di programmazione, il raccordo tra la qualità delle prestazioni, le situazioni di inderogabilità e le risorse disponibili.

L’attenta verifica dei compiti previsti per le diverse direzioni generali, anche a raffronto con le attribuzioni indicate nel precedente regolamento, permette di concludere nel senso che l’opera di affinamento ha portato ad una più precisa delimitazione delle funzioni e, in alcuni casi, ad espungere competenze di dubbia giustificazione (si fa riferimento, in particolare, alle funzioni in tema di attuazione del federalismo fiscale, previste nell’art. 2, comma 1, lett. a, del DPR n. 435/2000).

Si è comunque ritenuto di intervenire ulteriormente e, proprio seguendo il suggerimento del Consiglio di Stato, sono state modificate alcune voci, per esplicitare che le funzioni del Ministero tendono essenzialmente alla individuazione e definizione dei principi generali del sistema sanitario, al monitoraggio ed alla verifica del rispetto delle condizioni fondamentali per la tutela della salute come bene primario di tutti i cittadini, ed alle attività di programmazione di rilevanza nazionale, in stretto e costante coordinamento con l’attività di programmazione delle Regioni, tenuto conto del potere di legislazione concorrente riconosciuto dal nuovo articolo 117 della Costituzione.

Le modifiche, in particolare, concernono le voci che facevano generico riferimento ad interventi, decisioni o programmi che, comunque, il Ministero non aveva mai gestito direttamente, ma

solo promosso e seguito, nella fase di attuazione, per le esigenze di monitoraggio e valutazione.

Si è provveduto, come segnalato dal Consiglio di Stato, a differenziare le funzioni relative ai rapporti con l'Unione Europea rispetto alle funzioni relative ai rapporti internazionali; si è altresì provveduto ad espungere il riferimento agli uffici periferici del Ministero contenuto all'art.6, comma 3, dello schema di provvedimento e si sono effettuate tutte le operazioni di *drafting* richieste dallo stesso Consiglio di Stato.

Per quanto concerne gli aspetti relativi alla copertura della spesa, si precisa che la maggiorazione del 30% spettante al neo-istituito terzo Capo Dipartimento corrisponde ad € 20.075= all'anno, importo adeguatamente compensato con la riduzione, nella dotazione organica del Ministero, di un posto di dirigente di prima fascia che dà luogo ad un risparmio di spesa pari ad € 125.009=, somma del tutto idonea, come ritenuto anche dal Ministero dell'economia e delle finanze e dal Dipartimento della funzione pubblica, ad assicurare il rispetto del principio di invarianza della spesa. Tale soluzione, pur essendo diversa da quella ipotizzata dal Consiglio di Stato, risulta comunque pienamente idonea a garantire la necessaria invarianza.



CONSIGLIO DI STATO
Sezione Consultiva per gli Atti Normativi

Adunanza del 25 novembre 2002

N. della Sezione: 3013/2002

OGGETTO:

Ministero della salute. Schema di d.P.R. recante "Regolamento di organizzazione del Ministero della salute".

La Sezione

Vista la relazione trasmessa con nota prot.

n. 100.1/2185-G/4336, in data 9 agosto 2002, con la quale il Ministero della salute ha chiesto il parere del Consiglio di Stato

in merito allo schema di regolamento indicato in oggetto;

Visto il parere interlocutorio della Sezione reso dall'adunanza in data 26 agosto 2002 e i relativi adempimenti, prevenuti alla Sezione in data 18 novembre 2002;

Esaminati gli atti e udito il relatore ed estensore, consigliere Luigi Carbone;

PREMESSO:

Riferisce l'amministrazione che la predisposizione del regolamento governativo in oggetto, recante norme di organizzazione del Ministero della salute, si è resa necessaria, da un lato, per ragioni di carattere prevalentemente formale, dovendosi sostituire l'ormai superato d.P.R. 7 dicembre 2000, n. 435,

relativo alla organizzazione del Ministero della sanità; e, dall'altro, per ragioni di carattere sostanziale, concernenti la definizione del ruolo del nuovo Ministero, nel quadro delle competenze statali e regionali in materia sanitaria, tenuto anche conto dell'intervenuta modifica del Titolo V della parte seconda della Costituzione, per effetto della legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3.

Come già rilevato nel parere interlocutorio reso dall'adunanza del 26 agosto 2002, lo schema normativo in parola si compone di sette articoli e prevede che l'amministrazione centrale si suddivida in tre dipartimenti, denominati come segue: a) Dipartimento della qualità; b) Dipartimento dell'innovazione; c) Dipartimento della prevenzione e della comunicazione.

A loro volta, i predetti dipartimenti si suddividono, rispettivamente, in tre, tre e quattro direzioni generali, le funzioni delle quali vengono delineate dalle disposizioni del regolamento.

Dallo schema risulta che sono state sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in un incontro tenutosi il 2 maggio 2002. Lo schema è stato sottoposto all'esame del Consiglio dei Ministri in data 2 agosto 2002.

Con il parere interlocutorio della Sezione reso dall'adunanza del 26 agosto 2002, è stata chiesta l'acquisizione agli atti dei pareri del Dipartimento della funzione pubblica e del Ministero dell'economia e delle finanze.

I relativi adempimenti sono pervenuti in data 18 novembre 2002.

CONSIDERATO:

1. Come esposto in narrativa, lo schema di regolamento in esame opera la integrale sostituzione del d.P.R. 7 dicembre 2000, n. 435, che disciplina il Ministero della sanità in un'ottica transitoria, consentita dal decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300 (art. 55, comma 3) in relazione alla prevista soppressione di tale Ministero.

Tale esigenza di riorganizzazione – afferma la referente amministrazione – non è venuta meno con la successiva reintroduzione di un Ministero specificamente dedicato alla tutela della salute, avvenuta ad opera del decreto-legge 12 giugno 2001, n. 217 (che lo denominava ancora “Ministero della sanità”), convertito dalla legge 3 agosto 2001, n. 317 (che ne ha anche modificato la denominazione in “Ministero della salute”, anche a segnare un ulteriore elemento di diversità rispetto al precedente Dicastero).

Pur avendo il Ministero in parola mantenuto, in grandissima parte, le attribuzioni ed i compiti del precedente Ministero della sanità, l’attuale Dicastero – sostiene la relazione allo schema in oggetto – necessita comunque di un diverso apporto, aderente il più possibile alle realtà, attuali e in divenire, senza trascurare aspetti di continuità “che tuttavia non debbono assolutamente ricondursi o assimilarsi ad un mero fenomeno di successione ereditaria”.

Il processo di riorganizzazione andrà, poi, proseguito con la disciplina degli uffici di diretta collaborazione del Ministro della salute, da emanarsi con regolamento *ad hoc*.

2. La seconda linea direttrice della riforma organizzativa individuata dalla referente amministrazione è quella, più propriamente sostanziale, di una migliore definizione del ruolo del Ministero nel quadro evolutivo delle competenze regionali in materia sanitaria.

Sul punto, la relazione di accompagnamento afferma che la ricognizione delle competenze statali va effettuata sulla base del riparto attualmente delineato nel Titolo IV, Capo I, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, che “appare, nel complesso, tuttora valida e non emerge, anche nella prospettiva di un ampliamento delle competenze regionali non solo ai profili gestionali, ma anche alle politiche territoriali locali di governo della salute e delle condizioni

igienico-ambientali e di lavoro, alcun rischio di interferenza dei rispettivi compiti e finalità”.

La principale dottrina ha avuto modo di affermare che la riforma generale del 1998, se da un lato ribadisce principi non nuovi nel nostro ordinamento, ivi compreso quello dell'esplicita riallocazione in capo alle autonomie territoriali della generalità delle competenze sanitarie, con la sola esclusione di quelle puntualmente riservate allo Stato (articolo 114 del decreto legislativo n. 112), dall'altro opta per una “interpretazione lata” del dettato della legge delega n. 59 del 1997 laddove specifica (all'articolo 114, comma 2) che “*i conferimenti di cui al presente capo si intendono effettuati come trasferimenti, con la [sola] esclusione delle funzioni e dei compiti amministrativi concernenti i prodotti cosmetici, effettuati a titolo di delega*”. La specificazione del titolo giuridico (“*trasferimento*”) in base al quale si è realizzata la riallocazione delle funzioni e compiti in capo alle Regioni – specificazione che non compare così chiaramente in altre parti del medesimo decreto legislativo n. 112 – è stata definita dalla coeva dottrina “di particolare importanza”, consentendo “alle potestà regionali di esplicarsi appieno: quanto al profilo amministrativo, grazie al fatto che lo Stato potrà emanare atti di indirizzo e coordinamento anziché di direttiva; quanto al profilo normativo, per la circostanza che le Regioni saranno in grado di esercitare la propria competenza legislativa concorrente e non solo di adottare norme di mera attuazione”. Sotto quest'ultimo profilo delle funzioni normative, il quadro definito dal decreto legislativo n. 112 appare riconfermato e rafforzato dalla riforma del Titolo V della parte seconda della Costituzione operata dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 che (come si avrà modo di specificare meglio *infra*, al punto 5), ricomprende ora espressamente la “*tutela della salute*” tra le materie di legislazione concorrente di cui al terzo comma dell'articolo 117.

I compiti riservati allo Stato dagli articoli da 115 a 126 del decreto legislativo n. 112 del 1998 (sui quali sono poi intervenuti, con limitate

integrazioni, i decreti legislativi n. 229 del 19 giugno 1999 e n. 443 del 29 ottobre 1999) sono alla base della descrizione dei compiti ministeriali descritti dal decreto legislativo n. 300 del 1999, che nell'allora previsto Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dedicava due delle quattro aree funzionali di materie omogenee descritte dall'articolo 46, comma 1, alla tutela della salute (cfr., in particolare, le lettere a) e b) di quel testo).

Su questo assetto non ha ritenuto di incidere il decreto legge n. 217 del 2001, convertito dalla legge n. 317 del 2001, istitutivo del nuovo Ministero della salute. Anzi, la normativa da ultimo intervenuta ha recepito testualmente i compiti indicati dalle citate lettere a) e b) dell'originario articolo 46 del decreto n. 300: tali lettere sono, infatti, riprodotte senza modificazioni nelle attuali lettere a) e b) dell'articolo 47-ter, comma 1, del decreto legislativo n. 300, inserito dal decreto legge n. 217 del 2001 (non modificato, in questa parte, dalla legge di conversione).

Pertanto, il quadro legislativo attributivo dei compiti propri dello Stato, nel cui ambito deve muoversi il regolamento di organizzazione in esame, appare confermato – pur con la istituzione del nuovo Ministero della salute – nel passaggio dalla legislatura precedente a quella attuale.

3. Tanto premesso, il Ministero afferma però che “si è operata comunque una ulteriore rivisitazione, volta a privilegiare e dare effettivo contenuto alle esigenze di unitarietà ed uniformità che impongono la devoluzione di compiti e funzioni a livello centrale, per tutti gli aspetti di rilievo nazionale ed assai spesso anche sopranazionale”.

Questo Consiglio di Stato segnala come tale “rivisitazione” debba essere limitata alla migliore definizione di funzioni e compiti già specificati e attribuiti allo Stato dalla normativa di rango primario e non sia invece possibile, in questa sede di regolamento di organizzazione, incidere sull'assetto del riparto tra Stato

e Regioni definito a livello legislativo. In altri termini, la citata “rivisitazione” dei compiti attribuiti allo Stato va limitata alla loro più efficiente organizzazione e distribuzione nell’ambito degli uffici ministeriali, senza però attribuire al livello statale nuove funzioni, ovvero sottrarvi funzioni esistenti, consentendo in tal modo, illegittimamente, al regolamento di organizzazione qui in esame di incidere su una disciplina di rango superiore.

Pertanto, la Sezione ritiene che debbano essere espunti dallo schema in oggetto, o comunque riformulati, i riferimenti testuali che, nella descrizione delle competenze delle singole direzioni generali del Ministero, possano, anche implicitamente, modificare l’assetto delle attribuzioni di funzioni e compiti definito dal citato decreto legislativo n. 112 del 1998, come integrato dalla successiva normativa di rango legislativo di settore (cfr. soprattutto i già citati decreti legislativi n. 229 e n. 443 del 1999).

In particolare, la testuale descrizione delle funzioni delle singole direzioni generali agli articoli 2 (commi 3, 4 e 5), 3 (commi 3, 4 e 5) e 4 (commi 3, 4, 5 e 6) dello schema in oggetto appare eccessivamente analitica, specie ove raffrontata a quella delle direzioni generali di cui al vigente d.P.R. n. 435 del 2000, che pure ripartisce tra i vari uffici le medesime competenze statali attribuite al Ministero dalla disciplina legislativa; disciplina non modificata, come si è detto, dalla legge n. 317 del 2001.

In altri termini, se è possibile – e certamente meritorio – che la organizzazione della struttura dicasteriale venga completamente reinventata dallo schema in esame, e se anche appare ammissibile, in via eccezionale, disciplinare i nuovi dipartimenti ministeriali (tre) in modo difforme dalle aree funzionali previste dalla legge (due) – poiché in questo caso particolare (come si chiarirà meglio *infra*, al successivo punto 4) è la stessa legge n. 317 del 2001 a prevedere un numero massimo di dipartimenti difforme rispetto alle aree funzionali – non si può consentire che, in sede di regolamento di organizzazione,

si possa intervenire sul tipo di competenze attribuite al Ministero, e in generale allo Stato, con disciplina legislativa, pena la illegittimità di tali ulteriori o diverse attribuzioni e, tra l'altro, la violazione dell'articolo 114 del decreto legislativo n. 112 del 1998, secondo cui, come si è visto, *“sono conferiti alle Regioni ... tutte le funzioni e i compiti amministrativi in tema di salute umana e sanità veterinaria, salvo quelli espressamente mantenuti allo Stato”* dagli articoli successivi dello stesso decreto legislativo o, comunque, con norma di rango primario.

4. Dopo avere accennato al ruolo del nuovo Ministero sia in rapporto agli altri dicasteri statali che alle competenze regionali, va ora esaminato il disegno riorganizzativo contenuto nello schema in esame, che come si è detto articola il Ministero in tre dipartimenti.

L'iniziale previsione del decreto legge n. 217 del 2001 considerava come strutture di primo livello del re-istituito Ministero della sanità le direzioni generali. La legge di conversione n. 317 del 2001 ha poi modificato tale scelta, inserendo anche il Ministero della salute tra quelli per i quali sono i dipartimenti a costituire le strutture di primo livello.

Come si è detto al punto 3, la legge n. 317 prevede – in via eccezionale rispetto al sistema concepito dal decreto legislativo n. 300 del 1999 – un numero di dipartimenti (quattro) difforme dalle aree funzionali di materie omogenee in cui si ripartiscono le funzioni di spettanza statale svolte dal Ministero (due). Ciò conferisce un significato particolare alla disposizione dell'ultimo periodo del comma 1 dell'articolo 47-*quater* del decreto n. 300 del 1999, come inserito nel 2001, secondo cui il numero dei dipartimenti, *“non superiore a quattro”*, si pone *“in relazione alle aree funzionali di cui all'articolo 47-ter”*, che come si è detto sono le stesse due previste nel 1999.

Tale anomalia della disciplina legislativa appare consentire al regolamento di organizzazione di operare una allocazione dei compiti tra i dipartimenti parzialmente difforme da quella enunciata, con disciplina di rango primario, nella descrizione delle aree funzionali omogenee del dicastero in esame da parte della legge n. 317 del 2001.

Lo schema in oggetto prevede un dipartimento in meno rispetto a quanto consentito dalla nuova legge n. 317 del 2001 e uno in più rispetto alla situazione attuale di cui all'articolo 1, comma 1, del d.P.R. n. 435 del 2000 (che rispecchia senza innovazioni il quadro legislativo precedente, fondato sulle due aree funzionali previste dal vecchio testo dell'articolo 46, comma 1, lettere a) e b), del decreto legislativo n. 300 del 1999).

Lo schema in esame abbandona, strategicamente, la tradizionale definizione delle aree di intervento del Ministero con riferimento a puntuali attività di gestione, che raggruppava da un lato l' "ordinamento sanitario, la ricerca e l'organizzazione del Ministero" e dall'altro la "tutela della salute umana, la sanità pubblica veterinaria e i rapporti internazionali" (cfr. gli articoli 2 e 3 del d.P.R. n. 435 del 2000. Per contro, il disegno di riorganizzazione propende per una individuazione delle tre tematiche che, nell'universo sanitario, hanno ormai acquisito una posizione di assoluto rilievo:

1) la "qualità", intesa non solo come valutazione di attività o di prestazione ma come requisito intrinseco ed essenziale delle medesime, alla luce della tutela costituzionale del diritto alla salute. In tale area tematica sono, quindi, fatte rientrare le funzioni statali di programmazione e di monitoraggio dei sistemi di garanzia della qualità del servizio sanitario nazionale, che comprendono non solo l'osservazione sul servizio all'utente, ma anche le competenze sulle professioni sanitarie, sulla formazione del personale e sulle relative esigenze informative;

2) l' "innovazione", intesa come utilizzo consapevole e condiviso dei dati scientifici in costante progresso attraverso il rigoroso filtro delle sperimentazioni. A tale dipartimento spetta l'esercizio dei compiti di propulsione e vigilanza per lo sviluppo della ricerca scientifica e tecnologica in materia sanitaria e per favorire la creazione di reti integrate di servizi sanitari e sociali per l'utenza, articolandosi in direzioni relative a farmaci, ricerca e personale. La Sezione rileva come la previsione di un apposito Dipartimento per la innovazione e la ricerca possa, tra l'altro, favorire la necessaria politica del Ministero di contrastare – d'intesa con il Ministero per l'istruzione, l'università e la ricerca e con il Dipartimento per gli italiani nel mondo – il deplorabile fenomeno della cd. "fuga dei cervelli", che vede eccellenti ricercatori italiani, soprattutto nel campo della ricerca sanitaria, costretti ad operare all'estero per la mancanza in Italia, di strutture e soprattutto di politiche adeguate, alle quali è auspicabile che la nuova organizzazione ministeriale possa contribuire a porre un rimedio;

3) la "prevenzione e comunicazione", attività non coincidenti ma certo fortemente connesse e complementari e, quindi, attribuibili ad un unico responsabile di livello dipartimentale: prevenzione sanitaria, comunicazione e rapporti internazionali, cui si aggiunge la sanità veterinaria e degli alimenti.

Nell'ambito del suddetto ripensamento organizzativo, il numero complessivo delle direzioni generali (dieci) è ridotto di una unità rispetto a quelle esistenti (undici).

Difatti, il Dipartimento della qualità (articolo 2 dello schema) prevede tre direzioni generali (una "direzioe generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema"; una "delle risorse umane e professioni sanitarie" e una "del sistema informativo"), in luogo delle cinque direzioni generali dell'esistente Dipartimento per l'ordinamento sanitario, la ricerca e l'organizzazione del Ministero (articolo 2 del d.P.R. n. 435 del 2000,

che prevede, oltre alle equivalenti delle tre direzioni generali suindicate, anche una direzione della ricerca sanitaria e una dell'organizzazione, bilancio e personale).

Anche il Dipartimento dell'innovazione (articolo 3 dello schema) si articola in tre direzioni generali ("dei farmaci e dispositivi medici"; "della ricerca scientifica e tecnologica"; "del personale, organizzazione e bilancio"), laddove l'esistente Dipartimento della tutela della salute umana, della sanità pubblica veterinaria e dei rapporti internazionali (all'articolo 3 del d.P.R. n. 435 del 2000), ne prevede il doppio (promozione della salute; ricerca, sperimentazione, produzione e commercializzazione dei medicinali per uso umano; tutela della salute e del benessere degli animali; rapporti giuridici ed economici in materia di assistenza sanitaria nell'ambito dell'Unione Europea e in abito extracomunitario; relazione sullo stato sanitario del Paese; partecipazione dell'amministrazione sanitaria alle attività degli organismi internazionali e sovranazionali).

Nel terzo Dipartimento, quello della prevenzione e della comunicazione – creato, innovativamente, dallo schema organizzativo in esame (articolo 4) – sono previste quattro direzioni generali: della prevenzione sanitaria; della sanità veterinaria e degli alimenti; della comunicazione e relazioni istituzionali; dei rapporti internazionali. L'inserimento, in tale terzo dipartimento, anche della direzione generale della sanità veterinaria e degli alimenti, pur se potrebbe forse dare adito a qualche perplessità, trova giustificazione – secondo la condivisibile motivazione del Ministero referente – nella prevalenza, in tema di sanità veterinaria, degli aspetti nutrizionali generali che interessano indistintamente tutta la popolazione, e non soltanto coloro che devono ricorrere alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale.

5. La Sezione esprime il proprio parere favorevole sul nuovo assetto proposto riguardo alla risistemazione e la razionalizzazione delle strutture organizzative del Ministero della salute, con le considerazioni di natura generale che seguono.

Ad avviso di questo Consiglio di Stato, va segnalato il carattere ancora non definitivo dell'assetto organizzativo del Ministero, che dovrà comunque conseguire all'adeguamento della disciplina sostanziale dell'intera materia della "tutela della salute" in ossequio alla riforma Titolo V della Costituzione.

Come si è accennato *retro*, al punto 2, il nuovo testo dell'articolo 117 Cost. introdotto dalla legge costituzionale n. 3 del 2001 non prevede, in tale settore organico, alcuna competenza legislativa esclusiva da parte dello Stato (se si eccettua la generale "*determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*" di cui alla lettera *m*) del nuovo secondo comma dell'articolo 117), con ciò differenziandosi anche da materie assimilabili, per certi versi, a quella in esame, quale, ad esempio, la pubblica istruzione, cui è dedicata la lettera *n*) del secondo comma dell'articolo 117.

L'articolo 117 Cost. ricomprende, invece, espressamente la "*tutela della salute*" tra le materie di legislazione concorrente del terzo comma, in cui alle Regioni spetta la funzione normativa generale e allo Stato è riservata soltanto la "*determinazione dei principi fondamentali*" ed è precluso l'esercizio di ogni potere regolamentare (tranne quello di organizzazione amministrativa, come nel caso di specie: lettera *g*) dell'articolo 117, secondo comma). Ciò pone, tra l'altro, il problema della cd. normativa tecnica, tradizionalmente adottata con regolamento dello Stato, governativo o ministeriale, nella parte non rientrante nella lettera *m*) dell'articolo 117, secondo comma: per alcune norme tecniche può apparire, comunque, necessaria una definizione unitaria a livello nazionale. Questa Sezione osserva come, in futuro, per rispettare il nuovo riparto di

funzioni normative tra Stato e Regioni, la legislazione statale sostanziale “di principio” potrebbe demandare la definizione di tale normativa tecnica non ad atti regolamentari ma ad atti amministrativi generali del Ministero.

Alla luce del descritto quadro ordinamentale, può affermarsi che – anche a voler prescindere da ogni considerazione *de iure condendo* e, quindi, a non voler considerare le prospettive di ulteriore riforma costituzionale (nella direzione della cd. *devolution*) – già oggi la rinnovata disciplina costituzionale consente (a riconferma e rafforzamento del ricordato “trasferimento” già operato dal decreto n. 112 del 1998) un esercizio di compiti e funzioni, sia normativi che amministrativi, da parte delle Regioni e di tutte le autonomie territoriali, considerevolmente più ampio di quello possibile nella legislatura precedente.

Da tale disciplina possono desumersi alcuni rilevanti principi nella materia in esame, che offrono spunti significativi anche per i profili di organizzazione generale.

Come è stato osservato anche dalla dottrina, le politiche volte al benessere (il cd. *welfare*) dei cittadini e, in particolar modo, alla tutela della salute implicano, a livello centrale, una visione “olistica”, d’insieme, che non faccia prevalere gli aspetti “curativi”, assistenziali, su quelli strategici e preventivi, che non sacrifichi una politica di pianificazione, anche nel medio e lungo periodo, rispetto alla quotidiana erogazione dei servizi. In questa ottica, appare particolarmente commendevole il capovolgimento, quantomeno a livello statale, del tradizionale approccio per problemi “di settore” – che richiede ovviamente strutture specializzate a seconda dei campi di intervento – e la concentrazione in strutture ministeriali “forti”, di grande programmazione e di impulso, oltre che di controllo e di regolazione tecnica, nei confronti delle amministrazioni di programmazione a livello regionale e di gestione.

Per converso, le medesime politiche di *welfare* richiedono un’applicazione del principio di sussidiarietà più forte che in altri campi. E

questo vale per entrambe le direzioni in cui si sviluppa questo principio. Innanzitutto, come si è già ampiamente detto retro, al n. 2, questo vale per la cd. “sussidiarietà verticale”, con la necessità di una conseguente, considerevole devoluzione a Regioni e Autonomie locali dei relativi compiti non solo operativi, ma anche normativi, strategici e di programmazione sul territorio.

In secondo luogo, andranno tenute in adeguata considerazione le possibili conseguenze sulla disciplina organizzativa del Ministero della salute e, in generale, le potenzialità che potranno scaturire, in futuro, dal perseguimento della cd. “sussidiarietà orizzontale”, principio generale introdotto dall’articolo 118, ultimo comma, della Costituzione, nel testo novellato dalla legge costituzionale n. 3 del 2001, disponendo che “*Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà*”. Come è stato affermato da autorevole dottrina pubblicistica e ribadito da questa Sezione con i pareri n. 1354 e n. 1794 del 2002 (resi rispettivamente dalle adunanze del 1° luglio e 26 agosto 2002), tale principio costituisce “il criterio propulsivo in coerenza al quale deve da ora svilupparsi, nell’ambito della società civile, il rapporto tra pubblico e privato anche nella realizzazione delle finalità di carattere collettivo”. Naturalmente – afferma, tra l’altro, il menzionato parere n. 1354/02 – resta pur sempre nell’autonomia del legislatore accompagnare l’attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale con l’individuazione di strumenti di vigilanza e di controllo, prospettiva che appare particolarmente rilevante nella materia in esame, della tutela della salute.

Tali considerazioni – se non incidono sulla necessità, che questo Consiglio di Stato ribadisce, di una celere emanazione della nuova disciplina organizzativa secondo le scelte strategiche dello schema in oggetto, senza attendere la riforma sostanziale del settore – appaiono richiedere, quantomeno,

una adeguata integrazione delle motivazioni di accompagnamento allo schema regolamentare in esame.

In altri termini, la Sezione rileva come le disposizioni organizzative in esame non tengano ancora conto del nuovo assetto del sistema “a legislazione concorrente” della tutela della salute conseguente alla riforma del Titolo V della Parte II della Costituzione.

Nel quadro descritto, alla legislazione sanitaria regionale sembra demandato un ruolo non meramente applicativo, ma “di completamento”, integrativo e di dettaglio: i “*principi fondamentali*” della materia della tutela della salute di cui al terzo comma dell’articolo 117 Cost. riguardano l’ispirazione fondamentale degli interventi legislativi delle regioni ma non costituiscono, in senso proprio, una disciplina generale compiuta (a differenza di quanto potrebbe accadere per l’istruzione, cui è dedicata la lettera *n*) del secondo comma dell’articolo 117).

Nell’ottica della riforma costituzionale e della sua piena attuazione alla stregua degli esposti principi, con le connesse conseguenze anche sul profilo finanziario, il sistema della tutela della salute andrà rivisitato, in primo luogo, sotto il profilo della individuazione delle residue funzioni da conservare in capo allo Stato dopo la piena devoluzione di ulteriori compiti normativi e amministrativi a regioni e comuni e dopo la verifica dell’applicabilità del principio di sussidiarietà orizzontale e dei suoi limiti.

Come si è detto, le strutture organizzative del Ministero, al momento, non possono tener conto del nuovo assetto conseguente alla riforma del Titolo V, ancora da disegnare, a livello “sostanziale”, con legge generale dello Stato. Una volta che la descritta nuova disciplina di principio del sistema-sanità sarà introdotta con legge generale dello Stato, risulteranno suscettibili di revisione anche le disposizioni del presente regolamento, che costituisce l’interfaccia “organizzativo” del sistema per ciò che riguarda il livello di

intervento statale, tenendo conto del fatto che il nuovo assetto accentuerà ulteriormente i suoi compiti di indirizzo e coordinamento rispetto a quelli più strettamente operativi e gestionali.

In tale ottica, potranno verosimilmente risultare superflui, o comunque ridondanti, alcuni dei compiti qui disciplinati e, soprattutto, alcune delle strutture organizzative qui previste.

In altri termini, se oggi è necessaria una continuità organizzativa con il passato certamente garantita dallo schema in oggetto – che pure presenta significative innovazioni con la generale riconfigurazione dei dipartimenti e delle direzioni generali – nella attuazione a livello sostanziale dei principi costituzionali introdotti nel 2001 andrà rivista anche la struttura organizzativa del servizio della “tutela della salute”, tenendo conto che alcune funzioni ora attribuite agli uffici ministeriali potrebbero essere devolute alle Regioni o alle altre Autonomie territoriali.

6. Sotto il diverso, e più specifico, profilo della copertura della spesa, questo Consiglio di Stato osserva come lo schema in oggetto preveda un capo dipartimento in più rispetto ai due attualmente esistenti presso il Ministero.

Ad essi compete, come afferma la stessa relazione tecnico-finanziaria di accompagnamento allo schema in esame, un trattamento economico accessorio maggiorato del 30 per cento rispetto a quello dei dirigenti di uffici di livello dirigenziale generale previsto dal vigente ordinamento.

In proposito, non appare ben chiaro alla Sezione come sia sufficiente a rispettare il principio dell'invarianza della spesa prevedere la sola contestuale riduzione, nella dotazione organica del Ministero della salute, di un dirigente di primo livello del ruolo sanitario, poiché il risparmio della spesa relativa alla posizione di dirigente di prima fascia non appare coprire anche la suddetta maggiorazione de 30 per cento spettante ai capi dipartimento.

A tal fine – e in presenza, comunque, della conferma del rispetto del principio di invarianza della spesa ad opera del richiesto, specifico concerto dei dicasteri dell'economia e della funzione pubblica – appare alla Sezione opportuno che la motivazione di tale operazione sia meglio specificata indicando, ad esempio, che la copertura della maggiorazione del trenta per cento si rinviene in una contestuale riduzione dei compensi contrattuali previsti per i nuovi direttori generali e degli stessi capi dipartimento, nella parte negoziabile.

7. La Sezione segnala, inoltre, con riferimento alla prevista “direzione generale dei rapporti internazionali” nell’ambito del Dipartimento della prevenzione e della comunicazione, l’inadeguatezza di classificare i rapporti con l’Unione Europea alla stregua di “rapporti internazionali”.

Ciò in considerazione della natura ontologicamente diversa della partecipazione dell’Italia all’Unione Europea (con i noti, relevantissimi riflessi sull’ordinamento interno) rispetto a quella della partecipazione alle organizzazioni multilaterali e agli altri rapporti internazionali.

La denominazione e le funzioni di tale direzione generale andranno, pertanto, integrate in riferimento alla specificità dei rapporti con l’Unione europea rispetto alle ordinarie relazioni internazionali.

8. La disciplina dello schema si completa con la attribuzione alle direzioni generali ministeriali anche di compiti di accertamento e di ispezione (articolo 5) e con la previsione di una ulteriore regolamentazione, con decreto ministeriale di natura non regolamentare, degli “uffici centrali e periferici di livello dirigenziale non generale” (articolo 6, comma 3).

Riguardo a quest’ultima norma, la Sezione segnala la necessità di espungere il riferimento agli “uffici periferici” in presenza di una disposizione come quella dell’articolo 47-*quater*, comma 2, introdotto dal decreto legge n.

217 del 2001, che recita: “*le funzioni già svolte dal Ministero della sanità sono attribuite agli uffici territoriali del Governo di cui all’articolo 11. Per lo svolgimento delle funzioni interenti alla tutela sanitaria e veterinaria, gli uffici territoriali possono avvalersi delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, sulla base di apposite convenzioni*”. Tale norma di rango legislativo non sembra consentire una ulteriore articolazione del Ministero della salute in uffici periferici propri e diversi da quelli degli uffici territoriali di Governo o dalle aziende sanitarie o ospedaliere, d’altronde non previsti neppure dallo schema in esame se non in questo accenno del comma 3 dell’articolo 6.

9. La Sezione, infine, segnala la necessità, sotto il profilo meramente formale, di adeguare la redazione dell’articolo 2, commi 3, 4 e 5; dell’articolo 3, commi 3, 4 e 5; e dell’articolo 4, commi 3, 4, 5 e 6 agli ordinari criteri di *drafting* delle disposizioni normative.

In particolare – salvo quanto già osservato, da un punto di vista sostanziale, al n. 3 – è necessario sostituire, all’interno di ciascuno dei commi elencati, i “quadretti” descrittivi delle competenze delle direzioni generali con una progressione di lettere (*a*), *b*), *c*), ... etc.), che segna la suddivisione interna dei commi.

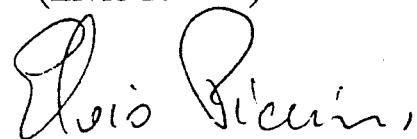
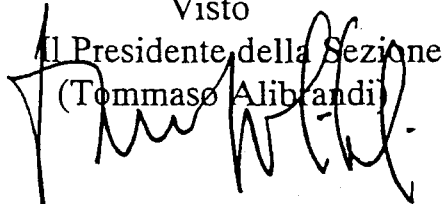
Alla stregua delle esposte considerazioni, questo Consiglio esprime parere favorevole con osservazioni allo schema in oggetto.

P.Q.M.

Esprime parere favorevole con osservazioni sullo schema di regolamento governativo in oggetto.

Per estratto dal verbale
Il Segretario dell’Adunanza
(Elvio Piccini)

Visto
Il Presidente della Sezione
(Tommaso Alibrandi)





Ministero della Salute
UFFICIO DI CABINETTO

N.° 100/ - 1522/5221
Proposta al Foglio del
N.°

OGGETTO:

Riordino del Ministero della salute
e regolamento di organizzazione
degli uffici di diretta collaborazione.

Roma, 23 FEB 2002

Alla C.G.I.L./F.P.
via Leopoldo Serra, 31
00153 ROMA

Alla C.I.S.L./F.P.S.
via Lancisi, 25
00161 ROMA

Alla U.I.L.P.A.
via Lepido, 46
00175 ROMA

Alla CONF.SAL./UNSA
via Napoli, 51
00184 ROMA

Alla UGL/Statali
via del Corea, 13
00187 ROMA

Alla CISAL/FAS
via degli Scipioni, 110
00192 ROMA

Alla R.d.b./CUB
via Appia Nuova, 96
00183 ROMA

Alla C.I.D.A./UNADIS
via Nazionale, 75
00184 ROMA

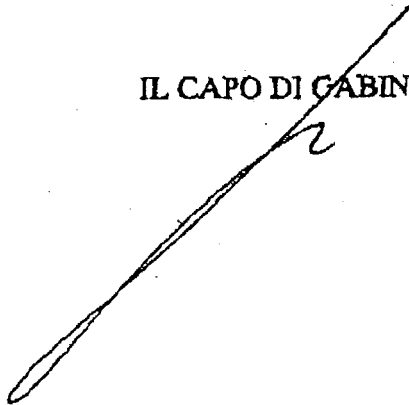
Alla CONFEDIR/DIRSTAT
via Ezio, 12
00192 ROMA

Alla ASSOMED/SIVEMP
via Nizza, 11
00198 ROMA

Si trasmettono, in copia, gli schemi di regolamento concernenti rispettivamente il riordino del Ministero della salute e l'organizzazione degli uffici di diretta collaborazione del Ministro.

Codeste Organizzazioni Sindacali sono invitate a rappresentare eventuali osservazioni e proposte sull'articolato nell'apposita riunione che si terrà presso l'Ufficio di Gabinetto - lungotevere Ripa 1, Roma - il giorno 2 maggio p.v. alle ore 12,00.

IL CAPO DI GABINETTO



RIUNIONE AUDIZIONE SINDACATI SU SCIENT
 DI REGOLAMENTO - 2/05/2002

ORGANIZZAZIONE
 SINDACATI

NOTE

UIL - PA

ANTONIO PILLA

UIL - PA

CONSALATO SCAROLIA

UIL - PA

MASSIMO AUSANIO

DIRSTAT

Colomban Zaccarino

DIRSTAT

Bruno BELLOCCHIO

~~ASSO HOE - SIVEKAP~~

Paolo FADDA

ASSO HOE - SIVEKAP

GABRILO DE SANTIS

//

MARIANO ALESSI

U.G.L. STATALI

GIUSEPPE PLUTINO
 GENNARO SAMMARCO

CISAL/FAS

Stefano

FP CGIL

ENNIO TAGLIAFERRI

FP CGIL

ALFREDO GARZI

u u

RENATO DEL BAGLIO

CISL FPS

IRANA STURA SPARTA

" "

Giuseppe

u u

Nuovo Po Bill

{ CIDA UNAMS inviare le comunicazioni
 e convocazioni al fax
 della Federazione 06-4881043

Massimo FASOLI S.GEN.

Monarogario Rossi S.NAZ.

RdB P.I

PAULICE PIETRO
 CROIRA GRADICCA