



Ministero della Salute

IL MINISTRO

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, che stabilisce che siano realizzati programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento all'assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti;

VISTA la legge 8 novembre 2000, n. 328, recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", che promuove la partecipazione attiva dei cittadini, il contributo delle organizzazioni sindacali, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti per il raggiungimento dei fini istituzionali;

VISTO il decreto ministeriale 28 maggio 1999, n. 329 e successive modificazioni "Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124";

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006, recante "Approvazione del «Piano sanitario nazionale» 2006-2008", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 17 giugno 2006, n. 139, che fissa gli obiettivi da raggiungere relativamente alle principali malattie croniche e gli interventi da realizzare per potenziare la tutela delle persone affette con particolare riguardo alla diagnosi e trattamento, alla ricerca, al miglioramento della qualità della vita, all'integrazione socio-sanitaria;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

VISTE le Conclusioni del Consiglio dell'unione europea del 7 dicembre 2010 "*Innovative approaches for chronic diseases in public health and healthcare systems*", che invitano i paesi dell'UE e la Commissione europea ad avviare un processo di riflessione sulle malattie croniche per stabilire come ottimizzare la risposta al problema e la cooperazione fra i paesi europei, a guidare la riflessione instaurando un dialogo intenso con i soggetti interessati, fra cui pazienti, professionisti del settore, pagatori e fornitori di servizi sanitari, a prendere in considerazione la sanità online e il contributo potenziale di altri settori politici, in particolare in materia di occupazione, disabilità, istruzione e alloggio;

VISTA la "Dichiarazione Politica della Riunione ad alto livello dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sulla Prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili" del 19 settembre 2011 e i Piani d'azione globali dell'OMS per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2008-2013 e 2013-2020;

VISTO il documento conclusivo del "*Chronic Diseases Summit*" (Summit europeo sulle malattie croniche), tenutosi a Bruxelles il 3 e 4 aprile 2014, che identifica gli elementi chiave per una risposta complessiva contro le malattie croniche;

VISTA l'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano il 10 luglio 2014 (Rep. atti n. 82/CSR), concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 e, in particolare, l'articolo 5, comma 21, che prevede la predisposizione del "Piano nazionale della cronicità", da approvare con accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni;



VISTA l'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano il 13 novembre 2014 (Rep. atti n. 156/CSR), concernente il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018;

VISTO l'accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano il 6 dicembre 2012 (Rep. atti n. 233/CSR), sul documento recante "Piano per la malattia diabetica";

VISTO l'accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano il 5 agosto 2014 (Rep. atti n. 101/CSR), sul "Documento di indirizzo per la Malattia Renale Cronica";

VISTO l'accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano il 16 ottobre 2014 (Rep. atti n. 140/CSR), sul documento "Piano nazionale malattie rare (PNMR)";

VISTO l'accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano il 20 ottobre 2015 (Rep. atti n. 171/CSR), sul documento relativo alla promozione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) nelle malattie infiammatorie croniche dell'intestino e Malattia di Crohn e colite ulcerosa;

VISTO l'accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano il 20 ottobre 2015 (Rep. atti n. 172/CSR), sul documento relativo alla promozione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) nelle malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni;

VISTO l'accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano il 15 settembre 2016 (Rep. atti n. 160/CSR), sul documento relativo al "Piano nazionale della cronicità";

VISTO in particolare il paragrafo f), punto 3, del Piano nazionale della cronicità che afferma la necessità di un impianto unitario di monitoraggio nazionale del Piano, improntato al pieno rispetto delle scelte attuative delle Regioni, in una logica di promozione e sviluppo di tendenze unitarie sul piano tecnico-scientifico, organizzativo e operativo, e prevede, a questo fine, l'istituzione di una Cabina di Regia Nazionale;

VISTO che, nel predetto paragrafo, è previsto che la Cabina di Regia Nazionale veda coinvolti, accanto al Ministero della salute e alle Regioni, anche altri attori istituzionali e non;

VISTE la nota del 10 luglio 2017 di designazione del rappresentante della Federazione delle Società medico-scientifiche italiane (FISM), la nota prot. 20931 del 13 luglio 2017 di designazione del rappresentante dell'Istituto superiore di sanità, la nota prot. 5827 del 13 luglio 2017 di designazione dei rappresentanti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, la nota del 12 luglio 2017 di designazione del rappresentante di Cittadinanzattiva, la nota prot. 816871 del 17 luglio 2017 di designazione del rappresentante dell'Istituto nazionale di statistica, la nota prot. 8515 del 20 luglio 2017 di designazione dei rappresentanti della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO), la nota prot. 4386/DES-143SAN del 18 settembre 2017 di designazione dei rappresentanti regionali da parte della Conferenza delle regioni e delle province autonome e la nota P-6755/II.12 del 27 settembre 2017 di designazione del rappresentante della Federazione nazionale Collegi IPASVI;



RITENUTO di individuare, quali componenti della predetta Cabina di Regia Nazionale rappresentanti della Direzione generale della programmazione sanitaria e della Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute, nonché alcuni esperti la cui professionalità è comprovata dal relativo *curriculum vitae*;

DECRETA

Art. 1

Cabina di regia nazionale del Piano nazionale della cronicità

1. E' istituita la Cabina di regia nazionale, prevista dal Piano nazionale della cronicità, di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano il 15 settembre 2016 (Rep. atti n. 160/CSR).

2. La Cabina di regia di cui al comma 1, è composta come segue:

a) per il Ministero della salute:

- dott. Andrea Urbani, Direttore generale della programmazione sanitaria, con funzioni di coordinatore;
- dott. Andrea Piccioli, Direttore dell'Ufficio 3 della programmazione sanitaria;
- dott.ssa Daniela Galeone, Direttore dell'Ufficio 8 della Direzione generale della prevenzione sanitaria;
- dott. Maurizio Masullo, Dirigente medico presso la Direzione generale della programmazione sanitaria;
- prof. Ugo Alonzo, esperto;
- dott. Francesco Amato, esperto;
- dott. Giuseppe Augello, esperto;
- prof. Mario Barbagallo, esperto;
- dott. Michele Barbara, esperto;
- prof. Roberto Bernabei, esperto;
- dott. Erminio Costanzo, esperto;
- prof. Santo Davide Ferrara, esperto;
- dott. Piernicola Garofalo, esperto;
- dott.ssa Carmencita Mangano, esperto;
- dott.ssa Paola Pisanti, esperto;
- dott. Pietro Procopio, esperto;
- dott. Roberto Venesia, esperto;

b) per l'Istituto superiore di sanità:

- dott.ssa Simona Giampaoli, Direttore del Dipartimento Malattie cardiovascolari, dismetaboliche e dell'invecchiamento;

c) per l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali:

- dott. Mario Braga, esperto; ✓
- dott.ssa Anna Banchemo, esperta; ✓

d) per l'Istituto nazionale di statistica:

- dott.ssa Lidia Gargiulo, ricercatrice della Direzione centrale per le statistiche sociali e il censimento della popolazione; ✓

e) per la Conferenza delle regioni e delle province autonome:

- dott. Renato Botti, Regione PIEMONTE; ✓



- dott. Giovanni Gorgoni, Regione PUGLIA;
 - dott. Roberto Landolfi, Regione CAMPANIA;
 - dott. Luca Giuseppe Merlino, Regione LOMBARDIA;
- f) per le Società scientifiche e le Federazioni delle professioni sanitarie:
- prof. Antonino Mazzone, membro del Consiglio direttivo FISM;
 - dott. Guido Marinoni, componente del Comitato centrale FNOMCeO;
 - dott. Gianluigi Spata, componente del Comitato centrale FNOMCeO;
 - dott.ssa Beatrice Mazzoleni, Segretario della Federazione nazionale Collegi IPASVI;
- g) per le Associazioni per la tutela dei malati:
- dott. Tonino Aceti, responsabile del Coordinamento nazionale delle associazioni degli ammalati cronici di Cittadinanzattiva.

3. In relazione ai temi all'ordine del giorno, il Coordinatore ha la facoltà di invitare a partecipare alle riunioni, al fine di fornire il proprio contributo tecnico-scientifico, esperti nelle materie trattate, nonché rappresentanti delle Direzioni generali del Ministero della salute e di altri enti o istituzioni.

4. I componenti della Cabina di Regia restano in carica per tre anni e possono essere rinnovati.

Art. 2

Compiti

1. La Cabina di regia ha il compito di:

- a) coordinare a livello centrale l'implementazione del Piano nazionale della cronicità e monitorarne l'applicazione e l'efficacia;
- b) guidare e gestire gli interventi previsti dal Piano definendo una tempistica per la realizzazione degli obiettivi prioritari;
- c) coordinare a livello centrale le attività per il raggiungimento dei singoli obiettivi;
- d) monitorare la realizzazione dei risultati;
- e) promuovere l'analisi, la valutazione e il confronto sulle esperienze regionali e locali di attivazione di nuovi modelli di gestione della cronicità;
- f) diffondere i risultati delle buone pratiche e promuovere la loro adozione sul territorio nazionale;
- g) raccogliere dati e informazioni sui costi connessi alla gestione della cronicità;
- h) valutare sistemi innovativi di remunerazione dell'assistenza ai malati cronici e formulare proposte in merito;
- i) produrre una Relazione periodica sugli obiettivi realizzati e sullo stato di avanzamento dei lavori,
- j) proporre, quando necessario, l'aggiornamento del Piano;
- k) proporre la produzione e l'inserimento nella seconda parte del Piano di capitoli dedicati ad altre patologie croniche.

2. La Cabina di regia predisporre una Relazione annuale sugli esiti delle attività di monitoraggio, da trasmettere, entro il 31 dicembre di ogni anno, al Ministro della salute.

Art. 3

Funzionamento

1. Le attività di segreteria della Cabina di regia sono svolte dalla Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute.



2. La partecipazione alla Cabina di regia è a titolo gratuito e ai componenti non sono corrisposti gettoni, compensi o altri emolumenti comunque denominati. Per i componenti esterni al Ministero, gli eventuali rimborsi di spese sono a carico delle Amministrazioni di appartenenza e comunque non gravano sui capitoli di spesa del Ministero della salute.

3. Al funzionamento della Cabina di regia si provvede nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Il presente decreto è trasmesso al competente organo di controllo.

Roma, li 11 DIC. 2017

IL MINISTRO

Beatrice Lorenzin
Beatrice Lorenzin

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
DIREZIONE GENERALE DELLO STATO
UFFICIO DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Visto n. 1352 ex Art. 5, comma 2,
D.lgs. n. 123/2011 del 21/12/2017

D.ssa Annamaria Colonna
Annamaria Colonna



Il presente atto è conforme
all'originale e consta di n. 5 pagine

Roma li

Il funzionario

Rosolani
8 GEN. 2018