



# **REGIONE PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE,  
DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO  
SPORT PER TUTTI**

**SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA**

**SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA  
OSPEDALIERA**

---

## **PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

---

**Codice CIFRA: SGO / DEL / 2017/**

**OGGETTO: Recepimento dell'Accordo Stato - Regioni del 12/05/2016 (Rep. atti n. 87/CSR) ad oggetto: "La sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS)". Rete Regionale OSA: definizione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) OSA della Regione Puglia.**

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal responsabile A.P. e confermate dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue.

**Visto:**

- Il D.Lgs. 502/1992 s.m.i., all'art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali.
- l'Accordo Stato - Regioni - Rep. n. 21/CSR del 10 febbraio 2011 - ad oggetto: "Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro - Anni 2011-2013".
- l'Accordo Stato - Regioni - Rep. n. 144/CSR del 30 ottobre 2014- ad oggetto: "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il Burden del cancro - Anni 2014-2016";
- Il Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 con cui è stato definito il "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", acquisita l'intesa in sede di Conferenza Stato - Regioni (Rep. Atti n. 198/CSR del 13 gennaio 2015);
- l'Accordo Stato - Regioni del 12/5/2016 (Rep. Atti n. 87/CSR) ad oggetto: "La sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSA);
- le deliberazioni di Giunta regionale n. 161/2016, n. 265/2016 e n. 1933/2016 con cui è stata approvata la proposta di Regolamento regionale di riordino della rete ospedaliera, in attuazione del D.M. n. 70/2015 e della Legge di Stabilità 2016, in fase di adozione definitiva.
- la deliberazione di Giunta regionale n. 239 del 28/02/2017 di approvazione del "Regolamento Regionale: Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 14/2015";
- il Regolamento regionale 10 marzo 2017, n. 7 ad oggetto: "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 14/2015", pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 32 del 14/03/2017.

**Atteso che:**

- a) il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" e, specificamente, il punto 8 "Reti ospedaliere" prevede (cfr. 8.1.1.) che all'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale con particolare riferimento alle reti infarto, ictus, traumatologica, neonatologica e punti nascita, medicine specialistiche, oncologica, pediatrica, trapiantologica, terapia del dolore e malattie rare;
- b) lo stesso D.M. n.70/2015 prevede altresì che "per la definizione delle reti sopra elencate le regioni adottino specifiche disposizioni tenendo conto delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni già contenute negli appositi Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-regioni sulle rispettive materie. Relativamente alle reti sopra elencate, per le quali non siano disponibili linee guida e raccomandazioni, è istituito uno specifico tavolo tecnico presso AGENAS composto da rappresentanti del Ministero della salute, di AGENAS, regioni e province autonome, con il compito di definire entro un anno dalla data di approvazione del presente decreto le relative linee guida e raccomandazioni, nonché di aggiornare quelle già esistenti, da sancire tramite Accordi in sede di Conferenza Stato-Regioni";
- c) Il Tavolo Istituzionale per la revisione delle Reti cliniche (TI), istituito e coordinato da AGENAS e composto da rappresentanti di AGENAS, del Ministero della Salute, delle Regioni e delle Province autonome, che opera con il supporto del Coordinamento Tecnico-Scientifico (CTS) che a sua volta coordina i Gruppi di Lavoro di Rete Clinica delle singole reti cliniche, si è dotato di uno strumento condiviso con Ministero della salute e Regioni e validato dal CTS nella riunione del 30 giugno 2016, denominato "Griglia di rilevazione delle Reti Cliniche";
- d) con note prot. n. P-9470 - PG e n. 9471 - PG del 10/11/2016 il Direttore Generale dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali ha trasmesso la Griglia, corredata di un documento esplicativo, che ha la finalità di rilevare lo stato di implementazione delle reti clinico-assistenziali da parte delle Regioni e P.A. e di monitorare, per ciascuna rete, l'effettiva aderenza dei requisiti e dei percorsi e il mantenimento degli stessi, alle linee guida e alle raccomandazioni esistenti a livello nazionale, nonché il suo funzionamento;

e) nel Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012, i PDTA sono stati definiti come “una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica”. Parliamo, quindi, di percorsi di natura interfunzionale, multidisciplinare, intra ed extra ospedalieri, che fanno dei PDTA un banco di prova perfetto per misurare l'effettivo supporto dell'informatizzazione ai processi organizzativi aziendali e alle attività assistenziali al paziente.

**Preso atto che:**

a) la Sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno (OSA) rappresenta un grave e crescente problema sanitario, sociale ed economico con una prevalenza che in alcune fasce d'età è superiore al 20% sia per il sesso maschile che per quello femminile.

b) le ripercussioni della mancata diagnosi e del mancato trattamento di questa sindrome determinano sul piano sanitario e sociale:

- un diretto aumento della morbilità e della mortalità della popolazione affetta,
- un aumento dei costi sanitari dovuti sia al trattamento delle comorbilità cardiovascolari e metaboliche, sia all'elevato rischio di complicanze perioperatorie cui i soggetti OSA sono esposti,
- una perdita di produttività imputabile ad un aumento delle giornate di assenza dal lavoro e ad una ridotta *performance* lavorativa,
- un maggior rischio di incidenti stradali ed infortuni sul lavoro.

c) l'OSA è oggi riconosciuta come una delle cause più frequenti di eccessiva sonnolenza diurna (*Excessive Daytime Sleepiness* - EDS), e come tale individuata quale fattore o cofattore determinante o favorente in un rilevante numero di incidenti stradali e lavorativi.

d) l'OSA è una malattia di interesse multidisciplinare che genera precocemente aterosclerosi generalizzata e che necessita di azioni diagnostiche e terapeutiche coordinate tra diversi specialisti allo scopo di garantire un intervento ottimale e completo per le persone di tutte le età. Nonostante i miglioramenti degli ultimi anni, è ancora grande la distanza tra i

bisogni di assistenza sanitaria della popolazione e l'offerta diagnostica e terapeutica necessaria per soddisfarli completamente.

e) Per la popolazione italiana non esistono dati di prevalenza basati sugli attuali criteri diagnostici clinico-strumentali. I più recenti dati epidemiologici, ottenuti con polisonnografia in un'ampio gruppo di cittadini svizzeri di età compresa tra i 40 e gli 85 anni, indicano una prevalenza del 49,7% nel sesso maschile e del 23,4% in quello femminile. Nonostante l'OSA sia estremamente frequente nella popolazione è stimato che il 75 - 80% di tali soggetti non siano identificati come pazienti OSA

La tabella 1 riassume l'indicazione di prevalenza dell'OSA in popolazioni di entrambi i sessi ed omogenee per patologia diversa dall'OSA. Tali dati identificano, per maschi e femmine, popolazioni ad elevato rischio per OSA.

**Tabella 1**

<b>Patologia</b>	<b>Prevalenza (%)</b>
ipertensione arteriosa sistemica	23 - 30
ipertensione arteriosa sistemica farmaco resistente	65 - 83
malattia coronarica	30 - 38
scompenso cardiaco	12 - 26
fibrillazione atriale	32 - 49
stroke	58 - 72
diabete mellito tipo II	86
insufficienza renale	31 - 44
broncopneumopatia cronica ostruttiva	9 - 52

Studi recenti indicano che l'OSA è associata anche con altre patologie croniche quali aritmie cardiache come la fibrillazione atriale ed altri disturbi del ritmo cardiaco, disturbi cognitivi e dell'umore, sindrome depressiva, insonnia, asma bronchiale, insufficienza renale, neoplasie e steatosi epatica.

## **COSTI**

I costi dell'OSA possono essere suddivisi in due macro categorie:

- costi sanitari diretti: che riguardano diagnosi e trattamento della patologia (visite, esami diagnostici, terapie) e delle sue comorbidità;
- costi non sanitari o indiretti genericamente denominati come costi sociali.

La quota dei costi sanitari totali si attesta intorno al 55% dei costi complessivi, per un importo stimabile intorno ai 2,9 miliardi di euro, per la maggior parte legati al trattamento delle comorbidità (cardiovascolari, metaboliche, renali, depressione, etc), mentre solo una piccola percentuale è da attribuire alla diagnosi e al trattamento specifico dell'OSA. Si stima infatti che i costi sanitari diretti, relativi a diagnosi e trattamento della patologia (visite, esami diagnostici, terapie), incidano solo per il 6% sui costi totali, mentre i costi sanitari dovuti ad un mancato riconoscimento e mancata prevenzione delle comorbidità, incidono per il 49% dei costi totali. I costi non sanitari, per il restante 45% dei costi totali, risultano così ripartiti:

- incidenti automobilistici (24%),
- incidenti sul lavoro (12%),
- perdita di produttività (9%).

La prevenzione dell'OSA risulta indispensabile per organizzare un'ottimale assistenza sanitaria con una spesa pubblica sostenibile.

Un impegno programmato per la prevenzione primaria dell'OSA (tramite l'eliminazione o il controllo dei fattori di rischio) e per la prevenzione secondaria e terziaria delle conseguenze e delle malattie ad essa associate come l'aterosclerosi generalizzata potrebbe avere un notevole impatto sulla salute pubblica. La prevenzione primaria, attraverso azioni finalizzate alla informazione sui rischi e la sensibilizzazione della popolazione all'adozione di sani stili di vita, continua ad essere l'arma più efficace per combattere questo tipo di patologie.

La prevenzione secondaria si sostanzia nella diagnosi precoce della sindrome per consentire un tempestivo approccio terapeutico. Per garantire un soddisfacente rapporto costo/risultati, essa deve essere rivolta elettivamente alla popolazione a maggiore rischio, che deve essere individuata in occasione di visite mediche in soggetti che presentano uno o più sintomi sentinella, cui possono associarsi una o più comorbidità, oppure facciano parte di una categoria lavorativa considerata a rischio.

### **Proposte di strategie per la realizzazione di un modello diagnostico terapeutico per l'OSA.**

La gestione del paziente OSA in ragione della cronicità, della frequente presenza di importanti comorbidità, della compartecipazione attiva e strutturata del medico di medicina

generale e di differenti specialisti, è riconducibile all'approccio del *Chronic Care Models* (CCM).

Il modello assistenziale di riferimento per l'OSA, organizzativamente proponibile con una riorganizzazione dei servizi, può essere rappresentato dalla realizzazione di una rete ambulatoriale multidisciplinare sul territorio, con specialisti esperti nella diagnosi e cura dell'OSA, funzionalmente connessa ad una struttura sanitaria a valenza territoriale regionale o interregionale di riferimento, dotata di risorse strumentali idonee ad ospitare pazienti provenienti dal territorio per i quali la rete territoriale multidisciplinare abbia individuato i casi richiedenti un ambiente protetto per attuare/proseguire diagnosi e/o terapie.

Con l'Accordo Stato - Regioni del 12/05/2016 (Rep. Atti n. 87/CSR) è stato definito Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) che prevede:

✓ **Fase 1. Formulazione del sospetto clinico di OSA e selezione dei soggetti da inviare alle strutture specialistiche ambulatoriali per conferma diagnostica strumentale e trattamento dell'OSA**

**Setting:** ambulatorio medico

**Target:** soggetti positivi per segni/sintomi sentinella; popolazioni con comorbidità ad elevata prevalenza di OSA; categorie lavorative ad alto rischio di infortunio;

**Attori:** medico di medicina generale (MMG); medico competente (in ambito lavorativo); medici specialisti; odontoiatri;

**Azione:** formulazione del sospetto clinico di OSA tramite anamnesi mirata ed invio del paziente alla struttura specialistica ambulatoriale multidisciplinare. L'anamnesi mirata consiste nel realizzare, preferibilmente in presenza del coniuge/partner, la ricerca dei seguenti sintomi/segni sentinella:

- russamento abituale (tutte le notti, da almeno 6 mesi), in particolare se di tipo intermittente
- apnee riferite dal coniuge/partner,
- eccessiva sonnolenza diurna (*Excessive Daytime Sleepiness*) (in particolare sonnolenza durante attività che richiedono un costante grado di attenzione quali per esempio conversare, guidare, mangiare),
- fatigue* (astenia marcata),
- segni (obesità, micrognatia e/o retrognatia, elevata circonferenza del collo).
- nicturia

L'inquadramento anamnestico può avvalersi di questionari specifici, quale per esempio il questionario di Berlino.

✓ **Fase 2. Conferma diagnostica, trattamento e follow-up (monitoraggio)**

**Setting:** territorio (struttura ambulatoriale dedicata)

**Target:** soggetti provenienti da popolazioni a rischio e/o con anamnesi mirata positiva per sospetta

OSA

**Attori:** rete multidisciplinare polispecialistica includente almeno neurologo, otorinolaringoiatra, pneumologo con competenze specifiche inerenti l'OSA.

**Azioni:**

- ricerca clinico-anamnestica di comorbidità (con particolare riguardo alla valutazione di quelle indicate in tabella 1) e/o patologie associate con eventuale consultazione di altre figure specialistiche,
- valutazioni antropometriche: indice di massa corporea, circonferenza del collo,
- studio anatomo-funzionale delle VAS: micro e/o retrognatia; valutazione con studio anatomo-funzionale delle vie aeree superiori; valutazione della sonnolenza con scala di Epworth e/o test di Osler (*Oxford sleep resistance test*),
- valutazione della fatica (astenia) con Fatigue Assessment Scale (FAS) e/o *Sleepiness-Wakefulness Inability and Fatigue Test (SWIFT)*,
- scelta della metodica di diagnosi strumentale (polisonnografia notturna o Monitoraggio cardiorespiratorio notturno completo "MCRNC" a domicilio )
- scelta terapeutica da adattare alle caratteristiche del singolo paziente.

✓ **Fase 3. Eventuali approfondimenti diagnostici e interventi terapeutici richiedenti il ricovero**

**Setting:** Struttura sanitaria (ospedaliera) a valenza territoriale regionale o interregionale di riferimento, funzionalmente connessa alla rete ambulatoriale specialistica per OSA. Detta struttura sanitaria deve essere adeguata ad ospitare pazienti con un grado di complessità non approcciabile con i criteri descritti alla fase 2 dove si potrà effettuare una Polisonnografia di 1° e/o 2° livello nel laboratorio del sonno secondo i criteri dell'American Academy Sleep Medicine. La definizione e l'organizzazione delle strutture ospedaliere deve fare riferimento a criteri e standard definiti dalla specifica normativa vigente tra cui da ultimo il decreto 2 aprile 2015, n.70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali,



tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (GU Serie Generale n.127 del 4-6-2015).

Attualmente in Italia il numero di pazienti OSA diagnosticati non supera ,realisticamente i 100.000 pazienti e tale numero non ha subito significative oscillazioni negli ultimi 10/15 anni ,nonostante ci sia stato verso questa patologia un crescente interesse da parte di numerosi specialisti.

Volendo essere estremamente restrittivi rispetto agli ultimi dati epidemiologici pubblicati (che hanno avuto unanime consenso nel contesto scientifico internazionale) il numero dei pazienti OSA ,con comorbidità clinicamente presenti, in Italia ,si attesta intorno ai 4,5/5 milioni di pazienti,per cui quelli diagnosticati, rappresentano una esigua ed irrisoria percentuale.

Partendo da queste considerazioni il Ministero della Salute ha ritenuto necessario produrre un documento in cui per la prima volta, per questa patologia si parla di Prevenzione , e si indica un modello di PDTA differente rispetto a quanto fatto finora.

Altro aspetto di notevole importanza è la necessità di fare formazione sul medico di Medicina Generale ,ma essendo pronti a dare risposte operative all'aumento di richiesta di diagnosi e terapia che ne deriva.

Inoltre, con nota prot. n. AOO\_ ARES - 313 del 10/02/2017 il Commissario straordinario dell'Agenzia Regionale Sanitaria (A.Re.S.) ha costituito il Gruppo di Lavoro regionale per la prevenzione, diagnosi e terapia della Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSA), al fine di dare attuazione dell'Accordo Stato - Regioni del 12/05/2016 e con l'obiettivo di:

a) progettare la rete regionale OSA per tutte e tre le fasi di diagnosi e trattamento individuate dal citato Accordo Stato - Regioni;

b) definire il PDTA della Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSA).

Il Gruppo di Lavoro regionale per la prevenzione, diagnosi e terapia della Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSA)" ha predisposto, in attuazione dell'Accordo Stato - Regioni del 12/05/2016 il documento contenente sia le indicazioni per l'organizzazione della rete sia il PDTA per la prevenzione, diagnosi e terapia della Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSA), di cui all'Allegato A del presente schema di provvedimento. Si precisa che le

“Fasi” definite dall’Accordo Stato Regioni equivalgono nel documento predisposto dal Gruppo di Lavoro regionale ai “Livelli”.

Con la deliberazione del Commissario straordinario dell’Agenzia Regionale Strategica per la Salute e il Sociale della Regione Puglia (A.Re.S.S.) n. 3 dell’1/8/2017 è stato recepito il documento prodotto dal citato Gruppo di Lavoro ad oggetto: “Rete Regionale OSA: definizione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale di riferimento (regionale) per la gestione del paziente con Sindrome delle Apnee Ostruttive nel sonno (OSA)”.

**Alla luce di quanto sopra esposto, si propone di:**

1. recepire l’Accordo Stato – Regioni Stato – Regioni del 12/5/2016 (Rep. Atti n. 87/CSR) ad oggetto: “La sindrome delle apnee ostruttive nel sonno” (OSA) di cui all’Allegato A, composto da n. 43 (quarantatré) fogli, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;
2. approvare il documento prodotto dal Gruppo di Lavoro regionale per la prevenzione, diagnosi e terapia della Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSA) ad oggetto “Rete Regionale OSA: definizione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale di riferimento (regionale) per la gestione del paziente con Sindrome delle Apnee Ostruttive nel sonno (OSA)”, di cui alla deliberazione del Commissario straordinario dell’A.Re.S.S. Puglia n. 3/2017 e contenuto nell’Allegato A del presente schema di provvedimento;
3. stabilire che i Direttori Generali delle Asl, delle Aziende Ospedaliero Universitarie avviino tutte le procedure per l’effettiva implementazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale delineato dal Gruppo di lavoro regionale per la prevenzione, diagnosi e terapia della Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSA), secondo quanto riportato nell’allegato documento.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l’adozione del seguente atto finale ai sensi della L. R. n. 7/97, art. 4, lett. k.

**COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011**

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

#### **LA GIUNTA**

- udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal responsabile A.P. e dal Dirigente di Sezione;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

#### **DELIBERA**

1. di recepire l'Accordo Stato - Regioni Stato - Regioni del 12/5/2016 (Rep. Atti n. 87/CSR) ad oggetto: "La sindrome delle apnee ostruttive nel sonno" (OSA) di cui all'Allegato A, composto da n. 43 (quarantatré) fogli, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare il documento prodotto dal Gruppo di Lavoro regionale per la prevenzione, diagnosi e terapia della Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSA) ad oggetto "Rete Regionale OSA: definizione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale di riferimento (regionale) per la gestione del paziente con Sindrome delle Apnee Ostruttive nel sonno (OSA)", di cui alla deliberazione del Commissario straordinario dell'A.Re.S.S. Puglia n. 3/2017 e contenuto nell'Allegato A del presente provvedimento;
3. di stabilire che i Direttori Generali delle Asl, delle Aziende Ospedaliero Universitarie avviino tutte le procedure per l'effettiva implementazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale delineato dal Gruppo di lavoro regionale per la prevenzione, diagnosi e terapia della Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSA) secondo quanto riportato nell'allegato documento;
4. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" alla Sezione "Risorse strumentali e tecnologiche", ai Direttori Generali delle ASL, Aziende Ospedaliero Universitarie, IRCCS pubblici e privati, Enti Ecclesiastici nonché alle Associazioni di categoria della sanità ospedaliera privata pugliese;
5. di notificare il presente provvedimento alle Case di Cura private accreditate, per il tramite dei Direttori Generali delle ASL territorialmente competenti;

6. di pubblicare il presente atto sul BURP.

**IL Segretario della Giunta**

**IL Presidente della Giunta**

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato e' stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, predisposto dalla Sezione Strategia Governo dell'Offerta, ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, e' conforme alle risultanze istruttorie.

IL DIRIGENTE di Sezione: **Giovanni CAMPOBASSO**

IL DIRETTORE di Dipartimento Promozione della salute, del benessere sociale e dello sport per tutti: **Giancarlo RUSCITTI**

IL PRESIDENTE: **Michele EMILIANO**

**REGIONE PUGLIA  
ASSESSORATO ALLA SANITÀ**

**SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA**

**ALLEGATO A**

**Il presente allegato è composto da**

**n. 43(quarantatré) fogli, (escluso il presente)**

**di cui**

- n. 28(ventotto) fogli contenente l'Accordo Stato - Regioni Stato - Regioni del 12/5/2016 (Rep. Atti n. 87/CSR) ad oggetto: "La sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSA)
- n. 15 (quindici) fogli contenente il documento: "RETE REGIONALE OSA: DEFINIZIONE DEL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DI RIFERIMENTO (REGIONALE) PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON SINDROME DELLE APNEE OSTRUTTIVE NEL SONNO (OSA)."

**Il Dirigente del Sezione  
(dott. Giovanni CAMPOBASSO)**