



# BILANCIO SOCIALE

ASSOCIAZIONE APNOICI ITALIANI APS

**2025**

---



## SOMMARIO

<b>1</b>	<b>PREMESSA/INTRODUZIONE</b>	<b>1</b>
	Dati salienti .....	2
<b>2</b>	<b>NOTA METODOLOGICA E MODALITA' DI APPROVAZIONE, PUBBLICAZIONE E DIFFUSIONE DEL BILANCIO SOCIALE</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>INFORMAZIONI GENERALI SULL'ENTE</b>	<b>4</b>
	Aree territoriali di operatività .....	5
	Valori e finalità perseguite .....	5
	Attività statutarie individuate e oggetto sociale .....	6
	Altre attività svolte in maniera secondaria/strumentale .....	18
	Contesto di riferimento .....	18
	Storia dell'organizzazione .....	18
<b>4</b>	<b>STRUTTURA, GOVERNO E AMMINISTRAZIONE</b>	<b>19</b>
	Consistenza e composizione della base sociale/associativa .....	19
	Sistema di governo, controllo, articolazione, responsabilità e composizione degli organi .....	19
	Il CdA .....	20
	Tipologia di Stakeholder .....	21
<b>5</b>	<b>PERSONE CHE OPERANO PER L'ENTE</b>	<b>22</b>
	Tipologie, consistenza e composizione del personale (retribuito o volontario) .....	22
	Attività di formazione e valorizzazione realizzate .....	22
	Natura delle attività svolte dai volontari.....	23
	Struttura dei compensi, delle retribuzioni, delle indennità di carica .....	23
<b>6</b>	<b>OBIETTIVI E ATTIVITÀ</b>	<b>24</b>
	Dimensioni di valore e obiettivi di impatto .....	24
	Output attività .....	26
	Tipologie beneficiari .....	26
	Tipologia attività esterne .....	27
	Outcome sui beneficiari diretti e indiretti e portatori di interesse .....	28
	Livello di raggiungimento degli obiettivi di gestione individuati .....	28
	Elementi/fattori che possono compromettere il raggiungimento dei fini istituzionali .....	29
<b>7</b>	<b>SITUAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA</b>	<b>30</b>
	Stato Patrimoniale Attivo .....	30
	Stato Patrimoniale Passivo .....	32
	Rendiconto Gestionale .....	33
	Costi e Proventi Figurativi .....	33

Gentili Soci/ie,  
l'Associazione Apnoici Italiani APS, fondata nell'agosto 2016, nel 2025 è entrata nel suo nono anno di attività. Riteniamo quindi doveroso condividere un bilancio del percorso svolto e degli obiettivi che, nel tempo, ci siamo prefissati.

In questi anni di impegno a tutela dei diritti delle persone affette da Apnee Notturne e Disturbi del Sonno, abbiamo promosso numerosi progetti di informazione, sensibilizzazione e supporto ai pazienti, collaborando inoltre ai gruppi di lavoro per la definizione dei PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) in diverse Regioni, tra cui Sicilia, Lazio, Basilicata, Abruzzo, Emilia-Romagna, Lombardia e, più recentemente, Veneto, con l'obiettivo di favorire una presa in carico più uniforme e appropriata dei pazienti sul territorio nazionale.

Permangono tuttavia importanti criticità. L'OSA (Apnea Ostruttiva del Sonno), infatti, non è ancora riconosciuta come patologia cronica invalidante e ciò comporta, per molti pazienti, l'assenza del diritto all'esenzione dal ticket sanitario nelle fasi diagnostiche e terapeutiche.

Come Associazione, già nel corso delle precedenti legislature – XVII, XVIII e ora XIX – abbiamo promosso iniziative legislative finalizzate al riconoscimento della patologia, alla tutela dei pazienti in ambito lavorativo e al potenziamento dei servizi territoriali, in linea con quanto previsto dal DM 77/2022. In questo contesto si inserisce il Disegno di Legge C.765, presentato nel 2023, il cui iter parlamentare è tuttora in corso e per il quale auspichiamo un'approvazione definitiva entro la conclusione della legislatura. Numerose saranno le sfide che ci accompagneranno nel 2026. Tra queste, la questione relativa all'idoneità alla guida rappresenta, a nostro avviso, una priorità assoluta. In tale ambito, abbiamo lavorato alla predisposizione di un Position Paper con cui AAI propone una revisione dell'Allegato IV della normativa vigente, al fine di garantire maggiore uniformità e chiarezza nelle procedure di rinnovo della patente, sia presso il medico monocratico sia presso le Commissioni Medico Locali.

Cordiali saluti,  
Associazione Apnoici Italiani APS

Luca Roberti  
Presidente AAI APS

**Uniti si vince!**

## 1. PREMESSA/INTRODUZIONE

L'AAI – Associazione Apnoici Italiani APS nasce nel 2016 con la finalità di supportare i pazienti affetti da Apnee Ostruttive del Sonno (OSA), una patologia altamente diffusa ma ancora oggi largamente sottodiagnosticata e sottotrattata.

Dal 2019 l'Associazione ha esteso la propria attività anche ai pazienti affetti da altri disturbi del sonno, quali eccessiva sonnolenza diurna (EDS) e insonnia, offrendo sostegno anche ai familiari e ai caregivers.

I disturbi del sonno rappresentano un rilevante problema di salute pubblica. In particolare, la Apnea ostruttiva del sonno (OSA) interessano in Italia circa il 20% della popolazione adulta e tra il 2% e il 6% della popolazione pediatrica. Nonostante ciò, si stima che oltre 4,5 milioni di persone nelle forme moderate-gravi siano potenzialmente affette ma non ancora diagnosticate.

A fronte di questi numeri, i pazienti attualmente in trattamento nel nostro Paese sono circa 420.000, dato comunque in significativa crescita negli ultimi anni grazie alla maggiore attenzione clinica, istituzionale e sociale verso la patologia.

Per tali motivi, l'AAI – Associazione che ha ottenuto il riconoscimento della Personalità Giuridica nel luglio 2025 – opera per promuovere una corretta informazione sulle Apnee Ostruttive del Sonno e sugli altri disturbi del sonno, per difendere i diritti dei pazienti attraverso attività di advocacy rivolte alle regioni e ai decisori politici e per assistere i pazienti nell'espletamento di procedure burocratiche spesso complesse.

La metodologia operativa dell'Associazione privilegia l'ascolto delle problematiche e delle esigenze dei pazienti, al fine di individuare strategie adeguate e concrete per la loro risoluzione.

La presenza di volontari su tutto il territorio nazionale, insieme all'ascolto delle richieste e delle segnalazioni raccolte tramite il numero verde, le telefonate dirette ai referenti territoriali e le comunicazioni via email, consente all'Associazione di garantire un'attività di supporto efficace e tempestiva.

Il Consiglio direttivo svolge un ruolo fondamentale di sintesi delle criticità emerse, valutando di volta in volta le azioni più opportune da intraprendere per affrontarle e rappresentarle presso le istituzioni competenti.

**L'AAI opera secondo principi di partecipazione democratica, trasversalità e tutela collettiva dei pazienti.**

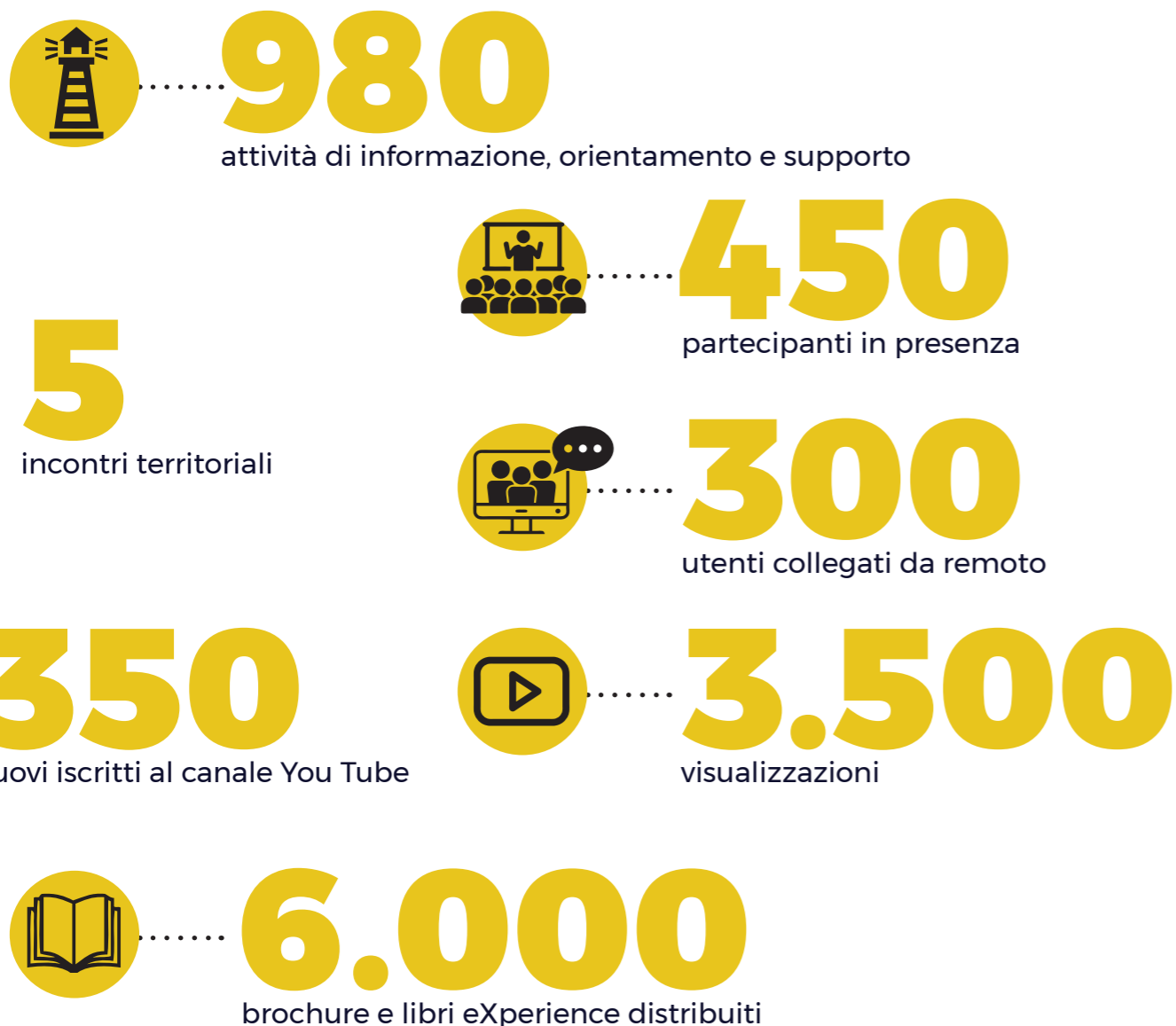
## DATI SALIENTI

Nel corso del 2025, l'Associazione Apnoici Italiani APS ha fornito attività di informazione, orientamento e supporto a circa **980 persone** tra pazienti e familiari.

Nel medesimo periodo, sono stati organizzati **5 incontri territoriali** ("Aperitivo con gli Esperti"), che hanno registrato complessivamente la partecipazione di circa 450 persone in presenza e ulteriori 300 utenti collegati da remoto.

Per quanto riguarda le attività digitali, il canale YouTube dell'Associazione ha registrato, nel corso del 2025, circa **350 nuovi iscritti**, con un totale di circa **3.500 visualizzazioni** complessive dei contenuti pubblicati (tra video nuovi e già presenti in archivio).

Distribuito sul territorio nazionale circa **6.000** tra brochure e libri eXperience.



## 2. NOTA METODOLOGICA E MODALITÀ DI APPROVAZIONE, PUBBLICAZIONE E DIFFUSIONE DEL BILANCIO SOCIALE

Questa seconda edizione del Bilancio Sociale 2025, reso necessario dalla normativa vigente, ci permette di raccogliere le evidenze delle attività associative e statutarie portate avanti da AAI APS.

Il Bilancio Sociale rappresenta uno strumento di pianificazione e di programmazione strategica, oltre che un mezzo di valutazione del raggiungimento degli obiettivi attraverso l'impatto sociale.

**La sua funzione è espletata in riferimento ai seguenti obiettivi:**

- Descrivere e far conoscere l'attività dell'Associazione,
- aggiornare gli stakeholder,
- stimolare processi interattivi,
- promuovere la partecipazione,
- mostrare come identità e valori influenzano le scelte,
- interagire con la comunità di riferimento,
- rappresentare il valore aggiunto.

La redazione del Bilancio Sociale avviene secondo una metodologia partecipata che coinvolge le strutture di linea e di staff dell'Associazione Apnoici Italiani APS.

AAI pubblicherà una versione digitale del Bilancio Sociale sul sito istituzionale [www.apneedelsonno.it](http://www.apneedelsonno.it) e ne stamperà una versione cartacea, per renderla disponibile agli stakeholder con cui collabora.

**Nella redazione del bilancio sociale, AAI APS:**

- Ha recepito la normativa D.lg n° 117 del 3 luglio 2017
- Ha recepito la normativa del GDPR regolamento (UE) 2016/679

*Per la redazione del presente bilancio sociale sono stati seguiti i principi enunciati nelle linee Guida del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali approvate con il Decreto del 4 luglio 2019, pubblicato in Gazzetta ufficiale n. 186 del 09/08/2019 (Adozione delle Linee Guida per la redazione del bilancio sociale degli enti del Terzo Settore).*

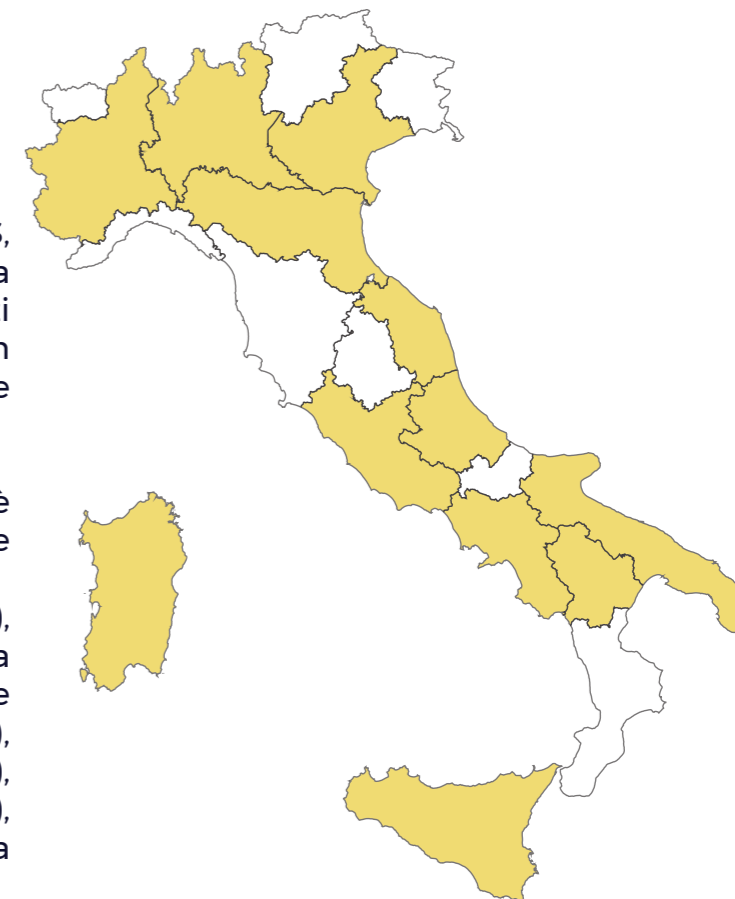
### 3. INFORMAZIONI GENERALI SULL'ENTE

<b>Nome dell'ente</b>	Associazione Apnoici Italiani APS
<b>Codice fiscale</b>	97901470589
<b>Partita IVA</b>	14645061004
<b>Forma giuridica e qualificazione ai sensi del codice del Terzo settore</b>	APS
<b>Indirizzo sede legale</b>	Via di Bravetta 438 - 00164, Roma
<b>[Altri indirizzi]</b>	Via Tiberio Imperatore 140 -Roma; Pescara, Benevento, Iglesias, Bari, Longarone, Milano, Campagnola Emilia (RE), Palermo, Torino, Firenze
<b>Telefono</b>	800 14 14 35
<b>Sito Web</b>	www.apneedelsonno.it
<b>Email</b>	segreteria@apneedelsonno.it
<b>Pec</b>	presidenza@pec.apneedelsonno.it

### AREE TERRITORIALI DI OPERATIVITÀ

L'Associazione apnoici Italiani APS, presso il suo sportello di Roma, in Via Tiberio Imperatore 140, fornisce servizi di ascolto e un servizio diagnostico con medici esperti nelle Apnee Ostruttive nel Sonno.

AAI, con i suoi referenti Regionali è presente con sedi operative in numerose regioni:  
Abruzzo (Pescara), Piemonte (Torino), Campania (Benevento), Emilia-Romagna (Campagnola Emilia), Puglia (Bari) e Basilicata, Sicilia (Palermo e Agrigento), Lazio (Roma), Veneto (Longarone), Lombardia (Milano), Toscana (Firenze), Sardegna (Iglesias) e Marche (Civitanova Marche).



### VALORI E FINALITÀ PERSEGUITE (missione dell'ente - come da statuto/atto costitutivo)



#### Chi siamo e come operiamo:

AAI APS è un'associazione di pazienti affetti da patologie e disturbi del sonno, dei loro familiari e caregivers.

Lo spirito e la prassi dell'Associazione si conformano ai principi della Costituzione italiana e si fondano sul pieno rispetto della dimensione umana, spirituale e culturale della persona. L'Associazione è apartitica e si attiene ai seguenti principi: assenza di fini di lucro, democraticità della struttura ed elettività delle cariche sociali.

## ATTIVITÀ STATUTARIE INDIVIDUATE E OGGETTO SOCIALE

(art. 5 DL n. 117/2017 e/o all'art. 2 DL legislativo n. 112/2017 o art. 1 l. n. 381/1991)

1. Interventi e servizi sociali ai sensi o dell'articolo 1, commi 1 e 2, della legge 8 novembre 2000 n. 328 e successive modificazioni, e interventi, servizi e prestazioni di cui alla legge 5 febbraio 1992 n. 104, e alla legge 22 giugno 2016 n. 112 e successive modificazioni (come alla lettera a del Decreto legislativo 117/2017, art. 5 c. 1);
2. Interventi e prestazioni sanitarie (come alla lettera b);
3. Prestazioni sociosanitarie di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 129 del 6 giugno 2001, e successive modificazioni (come alla lettera c);
4. Formazione universitaria e post-universitaria (come alla lettera g);
5. Ricerca scientifica di particolare interesse sociale (come alla lettera h);
6. Alloggio sociale, ai sensi del decreto del Ministero delle infrastrutture del 22 aprile 2008, e successive modificazioni, nonché ogni altra attività di carattere residenziale temporaneo diretta a soddisfare bisogni sociali, sanitari, culturali, formativi o lavorativi (come alla lettera q);
7. Riqualificazione di beni pubblici inutilizzati o di beni confiscati alla criminalità organizzata (come alla lettera z);
8. Promozione e tutela dei diritti umani, civili, sociali e politici, nonché dei diritti dei consumatori e degli utenti delle attività di interesse generale di cui al presente articolo, promozione delle pari opportunità e delle iniziative di aiuto reciproco, incluse le banche dei tempi di cui all'articolo 27 della legge 8 marzo 2000, n. 53, e i gruppi di acquisto solidale di cui all'articolo 1, comma 266, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (come alla lettera w).

**L'associazione potrà procedere, inoltre, alle seguenti azioni indicate a titolo esemplificativo e non esaustivo:**

- a) Esigere il riconoscimento delle gratuità tramite l'inserimento delle patologie nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e l'inserimento delle patologie nel Piano Nazionale delle Cronicità, per favorire la diagnosi e la terapia su tutto il territorio nazionale;
- b) Promuovere incontri, corsi, convegni, webinar, riviste informative, video tutorial, documentari, video di sensibilizzazione per i pazienti, familiari e popolazione interessata, volti a fornire loro ogni informazione necessaria in collaborazione con specialisti medico-scientifici per la prevenzione e la cura delle patologie;
- c) Promuovere o sostenere progetti di prevenzione, awareness, ricerca, alfabetizzazione, diagnosi e cura tramite la partecipazione a bandi pubblici e/o privati, regionali, nazionale e internazionali;
- d) Organizzare sportelli pazienti informativi presso strutture ospedaliere, ambulatori di medicina generale e info-point interattivi sul territorio nazionale;
- e) Promuovere azioni concrete di advocacy affinché siano realizzati su tutto il territorio nazionale e nelle singole regioni i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, e venga garantita l'efficienza delle prestazioni con liste di attesa congrue e l'efficacia dei servizi;
- f) Collaborare con altre Associazioni, Federazioni e Network con medesimi obiettivi e/o patologie respiratorie e/o patologie del sonno sul territorio nazionale e internazionale, collaborare con società scientifiche nazionali ed internazionali;
- g) Sensibilizzare gli enti pubblici e privati, le amministrazioni dello Stato e gli enti locali affinché adottino politiche e campagne di prevenzione primaria, secondaria e terziaria;
- h) Promuovere registri, osservatori, linee guida, alleanze e disegni di legge sulle patologie a livello nazionale e internazionale;
- i) Sostenere e promuovere la ricerca scientifica nei campi specifici anche attraverso la raccolta di fondi consentita dalla normativa vigente in materia;
- j) Tutelare diritti individuali omogenei, senza scopo di lucro.



## NEL 2025 AAI HA PORTATO AVANTI LE SEGUENTI ATTIVITÀ:

AAI da circa 6 anni assiste la popolazione ed i pazienti attraverso il numero verde 800 141435, su tutto il territorio nazionale, 5 giorni su 7 con numerazione ripartita su 3 Linee, Nord, Centro e Sud. I referenti e I volontari regionali e provinciali rispondono anche direttamente dai loro cellulari privati e sono n°11 (referenti regionali) e 8 (referenti provinciali)

Numero Verde  
**800 14 14 35**  
chiamata gratuita

CHIAMATE TOTALI	DURATA TOTALE	IMPORTO TOALE IN €
680	19:38:25	965,29

Tutti gli importi si intendono Iva esclusa

Il sito web istituzionale **www.apneedel-sonno.it** e il sito specifico sull'insonnia **www.insonnia.org**, contengono informazioni pubbliche su diagnosi, terapie, procedure burocratiche e indicazioni utili per la tutela dei diritti dei pazienti. Sul sito istituzionale (apneedel-sonno) è presente un'area riservata per i soci, con informazioni aggiornate su linee guida, centri clinici e Percorsi Diagnostici e Terapeutici (PDTA) e altre risorse utili.



Nel 2025 abbiamo avuto una totale di **12.585** visitatori, di cui circa **4.485** nuove visite sul totale dei **12** apnoint dislocati in Italia.



L'AAI è stata inoltre designata dalle altre Associazioni di pazienti a far parte del Comitato Esecutivo di **GARD Italia** (Global Alliance against Respiratory Diseases) presso il Ministero della Salute, organismo che si occupa della predisposizione di documenti di indirizzo e strategie nazionali nell'ambito delle patologie respiratorie. Tale partecipazione consente all'Associazione di contribuire attivamente ai tavoli istituzionali dedicati alla prevenzione, alla diagnosi e alla presa in carico delle malattie respiratorie croniche.

AAI rappresenta i pazienti europei presso **EMA (Agenzia Europea del Farmaco)**, partecipando anche a task force per le Linee Guida con l'**European Respiratory Society** e il **Patient Advocacy Group Sleep** (European Lung Foundation);

AAI, su invito dell'**European Patients' Forum** (EPF), ha partecipato ad un **Workshop internazionale** organizzato da **DG SANTÉ** (Commissione Europea) insieme ad alcuni rappresentanti delle Associazioni di pazienti e delle principali Società Scientifiche europee, dedicato all'implementazione del Regolamento Europeo sui Dispositivi Medici (MDR) 2017/745. L'iniziativa ha rappresentato un importante momento di confronto tra pazienti, clinici e istituzioni, con particolare attenzione agli aspetti di sicurezza, sorveglianza post-marketing, accesso ai dispositivi medici e coinvolgimento attivo delle organizzazioni dei pazienti nei processi regolatori europei.

AAI da circa 2 anni è iscritto presso il registro per la trasparenza Europea.

**Registro per la trasparenza**  
 ID: 069810551569-10  
 Data iscrizione: 14/10/2023

L'AAI è inoltre accreditata presso **AGENAS**, insieme ad altre associazioni nazionali di pazienti, all'interno dello **Stakeholder Network per l'Health Technology Assessment** (HTA), contribuendo ai processi di valutazione delle tecnologie sanitarie e promuovendo il coinvolgimento della prospettiva dei pazienti nei percorsi decisionali relativi all'innovazione e all'organizzazione sanitaria.

AAI ha coordinato il gruppo di lavoro **PDTA** (Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali) in Regione Lazio e Regione Basilicata. Negli anni ha partecipato ai gruppi di lavoro per il PDTA presso Regione Sicilia, Puglia, Emilia- Romagna, Lombardia e Veneto

Luca Roberti è stato delegato dall'**European Patients' Forum** (EPF), la più ampia organizzazione europea di rappresentanza dei pazienti, a rappresentare i pazienti cronici all'interno del **Centro di Coordinamento Nazionale dei Comitati Etici Territoriali** (CCNCE) presso l'**Agenzia Italiana del Farmaco** (AIFA). Il CCNCE svolge funzioni di coordinamento e monitoraggio dei Comitati Etici Territoriali, organismi deputati alla valutazione e all'approvazione dei dossier relativi alla ricerca clinica e non clinica, inclusi studi su farmaci, dispositivi medici e altre tecnologie sanitarie, su tutto il territorio nazionale.

Luca Roberti partecipa, in rappresentanza dell'AAI, ai tavoli della Sanità Partecipata della Regione Lazio.

Luigi Matraxia, referente dell'Associazione per la Regione Veneto, rappresenta invece l'AAI presso gli organismi di Sanità Partecipata della Regione Veneto, contribuendo al dialogo tra istituzioni sanitarie, cittadini e associazioni di pazienti.

**Canale Youtube @apnoici:**

Dono di € 5x1000 c.f. 97901470569

Interviste Spot TV Tutorial CPAP Webinar

**www.youtube.com/@Apnoici**

1860 iscritti  
 102 video  
 300.200 visualizzazioni

Organizzazione incontri sul territorio nazionale per i pazienti, in collaborazione con i medici, chiamati **Aperitivo con l'Esperti**.

Nel settembre 2025 l'AAI ha organizzato la quarta edizione del **Congresso Nazionale "Sleep Apnea & Sleep Disorders"** (www.sasd.it), evento rivolto alla popolazione generale, ai pazienti e ai caregivers, dedicato ai temi delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSA), dell'eccessiva sonnolenza diurna (EDS) e dell'insonnia.

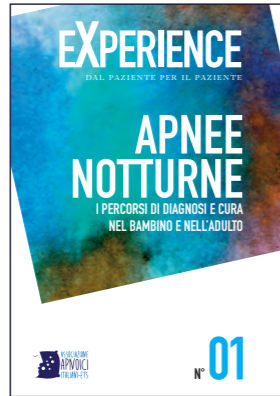
Il Congresso, svoltosi il 13 settembre, ha rappresentato un importante momento di informazione, sensibilizzazione e confronto multidisciplinare tra specialisti, pazienti e istituzioni.

Nella giornata del 12 settembre, l'Associazione ha inoltre promosso un momento formativo dedicato ai volontari AAI, finalizzato al rafforzamento delle competenze associative e delle attività di supporto ai pazienti sul territorio nazionale.



▶ AAI ha prodotto un nuovo concept di Libro/Rivista chiamato **Experience** in collaborazione con lo studio Mekkanografici Associati di Roma.

Ha sviluppato questo concept che nei primi 2 numeri raccoglierà i migliori articoli contenuti nella rivista Sleep Apnea & Sleep Disorders. I successivi numeri conterranno novità legate alle nuove opzioni terapeutiche e aggiornamenti sulla letteratura scientifica e i PDTA.



▶ AAI con i suoi referenti ha partecipato in qualità di relatori e moderatori a convegni, Congressi e Tavole rotonde Nazionali e Internazionali: 2025 ERS Congress Amsterdam (Co-Chair ELF patient day), XX Corso DRS Palermo, Convegno DRS Cosenza, Convegno Salerno e Convegno Firenze.

Nei soggetti affetti da OSA durante il sonno si registra una riduzione di ossigeno nel sangue con sofferenza dei tessuti di vari organi e avvio di processi infiammatori che conducono a un incremento di morbilità e di mortalità cardiovascolare e non solo.

La legislazione europea e quella italiana considerano la patologia come oggetto di approfondimento nell'ambito della valutazione dell'idoneità alla guida laddove siano presenti una rilevante sonnolenza residua durante il giorno, una riduzione delle capacità cognitive e di reazione, comorbilità significative.

#### **Razionale**

Gli indirizzi medico-legali per l'accertamento dell'idoneità alla guida dei soggetti affetti da sindrome delle apnee ostruttive del sonno o sospetti di esserne, contenuti nel Decreto del Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute (di seguito indicato con DDG), non risultano ad oggi uniformemente applicati, determinando diverse problematiche per i cittadini e creando disparità. Il Decreto del Ministero dei Trasporti 22 dicembre 2015 (recepimento della direttiva della Commissione 2014/85/UE), al quale il DDG 3 febbraio 2016 si riferisce, limita la

guida dei soli pazienti con OSA moderata o grave (definita in base al numero di apnee-ipopnee per ora di sonno-Apnea Hypopnea Index, AHI) e con eccessiva sonnolenza diurna (Excessive Daytime Sleepiness, EDS) (definita in base alle metodiche attualmente previste dalla letteratura scientifica e dalle linee guida internazionali).

Questi pazienti non possono essere autorizzati alla guida a meno che non dimostrino un adeguato controllo strumentale e clinico della sintomatologia presentata con relativo miglioramento della sonnolenza diurna.

Tale autorizzazione è, nella norma, già prevista nella modalità di valutazione Monocratica. Nell'attuale realtà nazionale però, nella grande maggioranza dei casi, i medici monocratici rinviano gli utenti alle Commissioni Mediche Locali, non affrontando la valutazione dei soggetti con OSA, in quanto devono interpretare un testo normativo con aspetti non chiari e che descrivono per alcuni aspetti, con scarsa precisione i loro compiti.

Spesso i cittadini ricevono dagli uffici amministrativi tale indicazione (sia presso le autoscuole che nelle strutture pubbliche) dimostrandosi una preventiva decisione di indirizzo che esclude il colloquio e l'esame

della documentazione clinica con il medico valutatore.

La percezione non chiara delle norme devitalizza la funzione fondamentale del medico monocratico facendo convergere la quasi totalità dei pazienti OSA nelle CML. Si provoca così un aggravio amministrativo (e di costi per il Sistema e per i pazienti). Dove sarebbe bastato un solo medico se ne coinvolgono ben tre, quanti sono i membri delle CML.

Si evidenzia qui una prima necessità di fornire chiarimenti rispetto alle indicazioni ministeriali, confermando che il soggetto in trattamento e in buon compenso, con assenza di sonnolenza, ancorché con diagnosi di OSA moderata o grave, venga considerato a basso rischio con la valutazione pertanto afferente al medico monocratico. Ricordiamo che la EDS è presente solo nel 30-40% dei pazienti affetti da OSA e di questi solo una piccola percentuale, che secondo la letteratura oscilla fra il 6% e il 15%, continua a presentare EDS dopo il trattamento. L'indicazione di buon compenso e assenza di sonnolenza residua diurna viene affidata al medico curante (specialista di struttura pubblica o accreditata) con la compilazione della prevista certificazione Allegato IV del DDG



2016, nel quale sono riportati dati sufficienti alla valutazione anche se migliorabile ed implementabile, a nostro parere, nel contenuto. La norma, nella sostanza, riserva alla valutazione delle CML solo i casi di OSA moderata o grave, o non sufficientemente aderenti al trattamento, con persistenza di sonnolenza diurna residua o in presenza di comorbidità significative.

La considerazione delle comorbidità trova significato nel fatto che queste di per sé hanno dignità di indicatore di rischio alla guida. Non dovrebbero conseguentemente rientrare in esse l'ipertensione arteriosa ben compensata e il diabete di tipo II° ben compensato, che non costituiscono necessariamente complicanze dell'OSA, ma potrebbero essere ad essa preesistenti e che nella prassi comune non generano, se sussistenti isolatamente, avvio alla valutazione delle CML, ma restano oggetto di valutazione del monocratico.

In riferimento al DDG 3 febbraio 2016, viene definita come condizione di "basso rischio" quella di soggetti, russatori abituali, con sonnolenza assente o di lieve entità; nei confronti degli stessi il medico monocratico è in condizione di poter procedere al rilascio della certificazione dell'idoneità alla guida e ne viene confermata la titolarità.

Di conseguenza con la mancata valutazione del medico monocratico, nei casi in cui gli indirizzi medico-legali ministeriali lo permettono, si supera il disposto della norma trascurando il diritto del cittadino costringendolo ad un superiore giudizio. Di fatto si determina di fatto, un aggravio economico e un dispendio di tempo maggiore per ottenere la valutazione dell'idoneità alla guida, visto anche che per effettuare le visite in CML si deve affrontare un periodo di attesa in alcuni casi elevato.

Nei casi in cui l'attesa per la visita supera il periodo di residua validità della patente di guida, non sempre l'utente è informato della possibilità di usufruire di un temporaneo permesso di guida. La prassi di inviare direttamente alla CML sembrerebbe comportare quindi, di fatto, una discriminazione dei pazienti con OSA rispetto a pazienti affetti da altre patologie.

Le motivazioni del rinvio alla valutazione in CML sarebbero riferite ad una impossibilità da parte del medico monocratico di emettere giudizi con limitazioni nel tempo e/o una esclusiva competenza delle CML, così venendo meno al dettato normativo.

Seppure sia comprensibile un eventuale invio alle CML di soggetti con comorbidità significative o con riscontro di rilevante sonnolenza residua, restano automaticamente esclusi quei soggetti affetti da sola apnea del sonno, privi di sonnolenza residua e con regolare attestazione di compliance alla terapia personalizzata, ovvero muniti di certificazione come da Allegato IV del DDG 3 febbraio 2016 che, privi di condizione di rischio, potrebbero avere -secondo norma di legge- diritto al rinnovo con durata di validità anche piena in relazione all'età anagrafica.

Un'altra criticità, riguarda la competenza del medico monocratico a seguito della modifica (Decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 2019, n.54) all'articolo 331 del DPR n.495-16/12/1992 che dispone che "l'attestazione del possesso dei requisiti dell'idoneità...è comunicata per via telematica dal sanitario (quindi monocratico) o dalla CML..."; inoltre al comma 2 precisa che il "medico accertatore" (al singolare, e quindi comprendendo anche il monocratico) può imporre specifiche prescrizioni o adattamenti anche relativi ai tempi di validità e che in questi casi, come nella inidoneità, deve rilasciare un'attestazione adeguatamente motivata. Tale aspetto rappresenta sicuramente una criticità poiché se da un lato il sistema informatico consente qualsiasi operatività al medico monocratico (pertanto modificando le limitazioni o le prescrizioni per il conducente) questa ampia operatività non viene espressa lamentando assenza di indicazioni tecniche a tale riguardo da parte dei ministeri competenti. Indicazioni che a distanza di 10 anni dalla pubblicazione del DDG appaiono non ulteriormente rinviabili. Vengono evidenziate, dagli utenti, talvolta, segnalazioni ritenute inappropriate, per revisioni dell'idoneità alla guida a seguito di accertamenti con finalità medico-legale (ad

esempio di invalidità civile o di inidoneità al lavoro); anche tale aspetto presuppone la necessità di una maggiore diffusione delle conoscenze sulla patologia e sulle conseguenze, cliniche e medico-legali, in relazione ai trattamenti e alla condizione di rischio per la guida.

Nei fatti vengono avviati alle CML anche i soggetti ben compensati, privi di comorbidità e con assenza di sonnolenza, subendo così una discriminazione.

Una particolare segnalazione va fatta per l'obbligo di sottoporsi a visita presso le Commissioni Invalidità Civile per quei soggetti che richiedono il comodato d'uso del ventilatore CPAP al SSN con incomprensibile differenza con piani terapeutici di altre patologie.

Un ulteriore aspetto di criticità, segnalato da alcuni utenti, in particolare nelle sedi CML, può essere ravvisato in relazione a richieste di accertamenti clinici e strumentali (come ripetizioni di monitoraggio cardio-respiratorio), nonostante i pazienti abbiano già ottenuto, da parte degli specialisti che li hanno in carico, la prevista certificazione di cui al DDG 2016 (allegato IV).

Questo implica una inappropriata duplicazione di esami che non può e non deve gravare né sul conducente, né -ancor meno- sul SSN (vedasi art. 330 DPR 495/92).

Si evidenzia come Monitoraggio Cardio Respiratorio o Polisonnografia siano indagini necessarie nella fase iniziale dell'inquadramento diagnostico (o su specifica indicazione clinica per valutare l'efficacia della ventilo-terapia nel correggere le alterazioni respiratorie); per il monitoraggio e la valutazione della relativa compliance risultano indispensabili e sufficienti i report di utilizzo delle apparecchiature utilizzate (PAP).

Da questi si evincono con chiarezza i dati relativi al numero di apnee residue (AHI residuo), che, se inferiori a 5, equivalgono ai valori riscontrabili nella popolazione normale e i dati che descrivono la costanza nell'uso delle apparecchiature (dalla letteratura scientifica almeno 4 ore a notte per almeno 5 giorni

a settimana). La documentazione relativa a tali parametri non necessita di ulteriori accertamenti che, salvo specifica richiesta dello specialista, risultano pertanto inappropriati.

Su questo aspetto si fa notare l'equivalente parallelismo, dal punto di vista Medico-Legale, con la prassi in vigore nella valutazione dell'idoneità alla guida dei pazienti diabetici, ai quali è richiesta una certificazione del loro compenso del diabetologo curante con l'indicazione di un parametro clinico rappresentativo ovvero della Emoglobina Glicata, oltre che della terapia praticata e delle eventuali complicanze. Così come per la certificazione specialistica per epilessia, nella quale lo specialista curante, con certificazione redatta in data non antecedente a un mese, esprime una valutazione clinica sull'idoneità alla guida dell'assistito.

Allo stesso modo viene segnalato da utenti che vengono talvolta richiesti accertamenti integrativi che nulla apportano sotto il profilo diagnostico in relazione alla specifica condizione patologica (quali, ad esempio, Prove di Funzionalità Respiratorie, Emogasanalisi).

Risultano inoltre segnalazioni di casi con giudizi idoneativi che prevedono limitazioni nella durata dell'idoneità o inappropriate limitazioni alla guida (casi in cui si è limitata la guida alle sole ore diurne o a raggi di distanza chilometrica ristretti, talvolta coincidenti con il limite del territorio provinciale o addirittura del comune di residenza) che parrebbero dettate più da posizioni di "medicina difensiva" che dalle previsioni del DDG del 3 febbraio 2016.

Di tali indicazioni limitative non si trova traccia nella normativa, apparendo più una conseguenza di un atteggiamento ancora difensivo nella valutazione che trascura il diritto e la dignità del paziente e che necessiterebbero una attenta verifica da parte ministeriale sulla loro utilizzabilità e sul fatto che siano davvero certificate. L'evidenza clinica che una condizione di stabile, buon compenso delle apnee riporta il paziente in una situazione analoga alle persone non affette da apnee, sarebbe in tal modo disattesa.

Analoga considerazione condivisa deve formularsi a proposito del dato che un buon compenso annulla nella quasi totalità dei casi la possibilità di Eccessiva Sonnolenza Diurna residua. Un ulteriore dato aneddotico riguarderebbe il fatto che in alcune CML con difficoltà venga riconosciuta la possibilità di proseguire le verifiche periodiche con ritorno alla sede monocratica anche alle persone con adeguata compliance e controllo del disturbo nel tempo. Inoltre, in alcuni contesti parrebbe che non venga sempre consegnata al paziente l'attestazione del giudizio completa di esaurienti motivazioni in caso di non idoneità o idoneità con prescrizioni/limitazioni, come previsto dalla normativa.

Un'ultima criticità riguarda la variabilità delle modalità di accesso da parte dei pazienti per richiedere la compilazione della certificazione Allegato IV da parte degli specialisti pubblici e/o accreditati che giunge perfino in talune ASL all'obbligo di visita intramoenia.

Le criticità sopra esposte contrastano l'emersione della patologia così come l'adesione ad un corretto percorso terapeutico. Al contrario, uno snellimento delle procedure, la possibilità di conseguire un giudizio di idoneità già in sede monocratica (quando consentito dalla normativa), la richiesta della sola documentazione clinica appropriata, favorirebbero la fiducia negli organismi di valutazione e l'emersione della patologia, altrimenti spesso taciuta.

Questi ostacoli sono spesso alla base della scelta di percorsi terapeutici privati che non espongano alla segnalazione di legge post valutazione invalidità civile.



### Proposte

Partendo dalle richiamate criticità si ritiene necessario, a distanza di anni dall'entrata in vigore della norma, di promuovere iniziative di chiarimento normativo da parte dei Ministeri interessati con la risoluzione dei tanti aspetti penalizzanti i pazienti affetti da OSA sia nelle procedure di valutazione monocratica che delle CML. La valutazione monocratica deve riacquistare tutte le sue possibilità di espressione di idoneità alla guida in modo che solo i casi cui è dovuta tale valutazione arrivino alle CML.

Si ritiene altresì opportuno procedere ad un programma di formazione e aggiornamento (corsi di formazione FAD e/o ECM) dei professionisti coinvolti (medici monocratici e componenti delle commissioni Mediche Locali) organizzati da Società Scientifiche riconosciute, con il supporto dell'Associazione Apnoici Italiani, con la finalità di:

- Aggiornamento, a cura dei clinici, dei criteri diagnostici e dei percorsi di trattamento e gestione della patologia con particolare riguardo alle innovazioni intervenute negli ultimi anni.
- Formazione dei medici monocratici e dei componenti delle CML con particolare attenzione alle casistiche di rispettiva competenza, all'utilizzo appropriato delle limitazioni o delle restrizioni alla guida ed alla formulazione dei giudizi motivati.
- Individuazione di strategie organizzative finalizzate a contenere i tempi di attesa nelle CML.
- Miglioramento dei percorsi medico-legali di diagnosi e valutazione in collaborazione con i centri di riferimento o con specialisti clinici per i casi di particolare complessità tenendo in particolare considerazione la revisione dell'automatismo di revisione idoneità alla valutazione di Invalidità Civile.
- Revisione della certificazione specialistica prevista (Allegato IV del DDC 3 febbraio 2016) ai fini di documentare, secondo parametri scientifici condivisi, la condizione clinica attuale. In tal senso si allega proposta di nuovo format.
- Definizione di specifici PDTA anche al fine di contenere e uniformare i costi degli accertamenti e delle certificazioni.

### ALLEGATO IV

Relazione da compilare da parte dello specialista di struttura pubblica e/o accreditata, che ha in cura paziente affetto/a da Apnee Ostruttive del Sonno

Sig./ra.....

Nato/a.....Il .....

PER IL RILASCIO O RINNOVO DELLA PATENTE DI GUIDA

Diagnosi effettuata in data ..... AHI basale .....

risultato di  Polisonnografia  Monitoraggio cardiorespiratorio

Eccessiva sonnolenza Diurna:  Assente  Presente rilevata con .....

#### QUADRO CLINICO ATTUALE:

AHI (da software Ventilatore) ..... In data ..... (normale <5; lieve 6-14; moderato 15-29; severo ≥ 30)

Eccessiva Sonnolenza Diurna  assente  presente  presente-migliorata

Rilevata con.....

Terapia Praticata:

Ventilatore (CPAP, AutoCPAP, Bilevel)

\*\*Tempo di Utilizzo Medio negli ultimi ..... mesi .....h/die

\*\* (espresso sulla base dei tempi di utilizzo medio/mediana ricavati dalla scheda dati dell'apparecchiatura utilizzata. Livello minimo di accettabilità: 4h/notte per il 70% delle notti)

Apparecchio endorale di avanzamento mandibolare

Utilizzo Medio riferito/misurato con ..... (se disponibile)

Intervento chirurgico (ORL, maxillo-facciale, bariatrico) effettuato in data.....

Guarito ..... AHI..... residuo dopo Poligrafia/Polisonnografia recente

Altra terapia .....

Compliance dimostrata alla terapia:  Buona  Accettabile  Insufficiente

(Il giudizio sulla Compliance è da riferire all'aderenza alle prescrizioni terapeutiche impartite)

Giudizio complessivo efficacia della terapia praticata nel consentire condizioni continue di buona vigilanza diurna.

Efficace  Scarsamente efficace  Non efficace

Data/Luogo

Firma/Timbro

## ALTRE ATTIVITÀ SVOLTE IN MANIERA SECONDARIA/STRUMENTALE

**Sportello Informativo** con attività di primo screening per Apnee Ostruttive nel Sonno e la possibilità di approfondire tramite un esame diagnostico “monitoraggio cardiorespiratorio” (sede Operativa di Roma).

**Via Tiberio Imperatore, 140 - Roma**

- Sportello di ascolto** per i Pazienti affetti da Apnee Ostruttive nel Sonno
- Formazione** sulla corretta gestione dei presidi terapeutici
- Screening diagnostico** delle Apnee Notturme
- Supporto** idoneità al lavoro ed alla guida

## CONTESTO DI RIFERIMENTO

Le attività svolte dall'ente sono di carattere volontario.

## STORIA DELL'ORGANIZZAZIONE

L'Associazione Apnoici Italiani APS è stata fondata il 27 Agosto 2016 dall'attuale Presidente Luca Roberti con il duplice obiettivo di dare voce ai pazienti affetti da Apnee Ostruttive del Sonno (OSA), supportandoli nel riconoscimento dei loro diritti, e di sensibilizzare il pubblico sui rischi di una della mancata diagnosi e trattamento di una patologia fortemente sottostimata.

Dal 2019, l'associazione ha ampliato il suo impegno per includere il supporto a pazienti con altri disturbi del sonno, come l'insonnia e la sonnolenza diurna eccessiva.

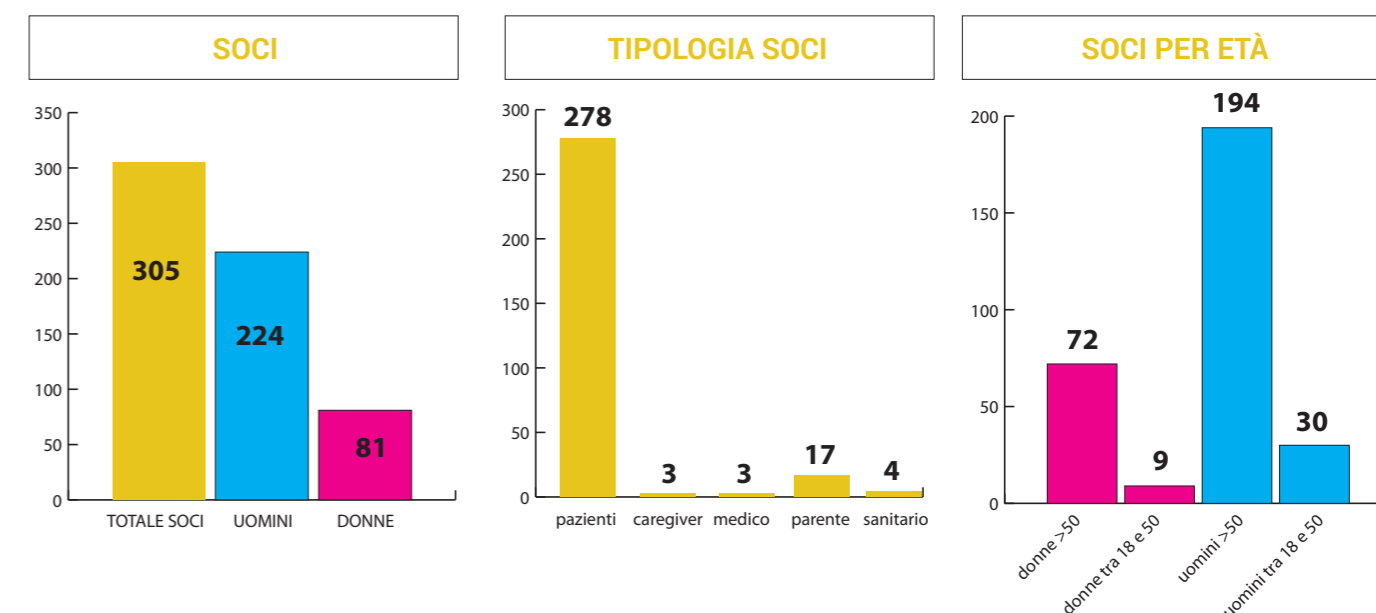
Grazie alle attività svolte e alle campagne informative realizzate, negli anni successivi l'AAI è progressivamente cresciuta, attirando un numero sempre maggiore di pazienti e di volontari, presenti e attivi, ora, in dodici regioni. È stato così possibile intensificare l'interlocuzione con le istituzioni del Servizio sanitario nazionale ed essere presenti ai tavoli della sanità partecipata del Lazio e del Veneto.

A luglio 2025 l'AAI è diventata un'associazione con personalità giuridica.

**Ente Autorizzato dalla Regione Lazio (N. G03825)**  
**Data prima iscrizione 08/04/2021**  
**Iscritto tramite trasmigrazione il 20/12/2022**  
**Registro Unico Terzo Settore 89610**  
**Associazione con Personalità Giuridica**  
**Data registrazione Regione Lazio G8507 del 3 Luglio 2025**

## 4. STRUTTURA, GOVERNO E AMMINISTRAZIONE

### CONSISTENZA E COMPOSIZIONE DELLA BASE SOCIALE/ASSOCIATIVA



### SISTEMA DI GOVERNO E CONTROLLO, ARTICOLAZIONE, RESPONSABILITÀ E COMPOSIZIONE DEGLI ORGANI

#### Dati amministratori - CDA

Nome e Cognome amministratore	Rappresentante di persona giuridica - società	Sesso	Età	Data nomina	Presenza in C.d.A. di società controllate o facenti parte del gruppo o della rete di interesse	Carica
Luca Roberti	No	M	54	18 Aprile 2023	NO	Presidente
Trifone Mastrogiacomo	No	M	68	18 Aprile 2023	NO	Vice Presidente
Maria Elisa Messina	No	F	66	18 Aprile 2023	NO	Vice Presidente
Marco Savino Pilone	No	M	50	18 Aprile 2023	NO	Segretario
Valeria Taddeo	No	F	72	18 Aprile 2023	NO	Tesoriere
Carmelo Causarano	No	M	72	18 Aprile 2023	NO	Consigliere
Roberto Fallo	No	M	62	18 Aprile 2023	NO	Consigliere
Nicola Criniti	No	M	60	18 Aprile 2023	NO	Consigliere
Roberto Cherchi	No	M	70	18 Aprile 2023	NO	Consigliere

## Il Consiglio



**Luca Roberti**  
Presidente



**Trifone Mastrogiacono**  
Vice Presidente  
delega Apnee Notturme



**Maria Elisa Messina**  
Vice Presidente  
delega Disturbi del Sonno



**Marco Savino Pilone**  
Segretario



**Valeria Taddeo**  
Tesoriere



**Carmelo Causarano**  
Consigliere



**Nicola Criniti**  
Consigliere

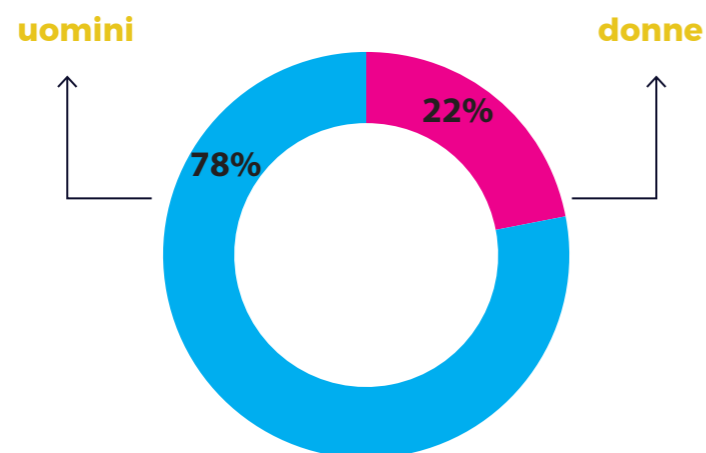


**Roberto Cherchi**  
Consigliere



**Roberto Fallo**  
Consigliere

### Descrizione tipologie componenti CdA



## TIPOLOGIA DI STAKEHOLDER

TIPOLOGIA STAKEHOLDER	MODALITÀ COINVOLGIMENTO
Personale	0
Collaborazioni professionali	3
Finanziatori privati	ResMed, Fisher&Paykel, MedicAir, Bioprojet, Linde Medicale, Respiraire. Vivisol, Sapio e Boston Scientific e VitalAire
Utenti (familiari e non soci)	650 persone circa (Femmine e Maschi), dato elaborato partendo dalle telefonate ricevute al numero verde e dalle telefonate ricevute dai volontari e componenti del consiglio direttivo direttamente dai loro numeri di cellulare.
Pubblica Amministrazione	Commissione Europea, Ministero della Salute, Regioni, Province Autonome, Province, Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere e Universitarie e Comuni Italiani.



## 5. PERSONE CHE OPERANO PER L'ENTE

### TIPOLOGIE, CONSISTENZA E COMPOSIZIONE DEL PERSONALE (RETRIBUITO O VOLONTARIO) OCCUPAZIONI/CESSAZIONI:

Non abbiamo personale dipendente, ma ci avvaliamo di professionisti e collaboratori occasionali.

N. VOLONTARI	TIPOLOGIA VOLONTARI
13	Totale volontari
13	di cui soci-volontari
0	di cui volontari in Servizio Civile

### ATTIVITÀ DI FORMAZIONE E VALORIZZAZIONE REALIZZATE:

Corsi da remoto ed incontri formativi su specifici argomenti in presenza, che si svolgono durante l'annuale congress nazionale.

#### Formazione professionale di componenti del Consiglio Direttivo:

- Master e Corso di II° Livello Universitario ALTEMS "Patient Advocacy Management" Università Sacro Cuore - Roma;
- Corso Internazionale EUCAPA "Health Technology Assessment";
- Corso EUPATI "Sviluppo e ricerca dei farmaci innovativi";
- Corso EUPATI "Dispositivi Medici";
- Corso Unitelma Sapienza "Digital therapeutics-Dtx";

#### Tipologie contrattuali e flessibilità:



## NATURA DELLE ATTIVITÀ SVOLTE DAI VOLONTARI

I volontari che collaborano con AAI, si occupano di assistere e informare i soci, la popolazione, i pazienti, familiari, su tematiche inerenti le procedure burocratiche. I membri del Cda e i volontari vengono rimborsati delle spese effettivamente sostenute.

### STRUTTURA DEI COMPENSI, DELLE RETRIBUZIONI, DELLE INDENNITÀ DI CARICA E MODALITÀ E IMPORTI DEI RIMBORSI AI VOLONTARI "EMOLUMENTI, COMPENSI O CORRISPETTIVI A QUALSIASI TITOLO ATTRIBUITI AI COMPONENTI DEGLI ORGANI DI AMMINISTRAZIONE E CONTROLLO, AI DIRIGENTI NONCHÉ AGLI ASSOCIATI"

Luca Roberti si è occupato del project management dei progetti operativi (apnoint, sede operative di roma, aperitivi con gli esperti, gestione logistica dei materiali di comunicazione, congresso nazionale, gestione social e coordinamento grafica e webmaster) e della raccolta fondi con le aziende private. (delibera Assemblea dei soci 16 aprile 2025)

Per le riunioni del CD è previsto un gettone di presenza, come da delibera Assemblea dei soci del 16 aprile 2025.

## 6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

### DIMENSIONI DI VALORE E OBIETTIVI DI IMPATTO

**Sviluppo economico del territorio, capacità di generare valore aggiunto economico, attivazione di risorse economiche “comunitarie” e aumento del reddito medio disponibile o della ricchezza netta media pro capite.**

AAI ha dalla sua fondazione promosso le informative presso i pazienti in terapia del Bonus Elettrico per disagio fisico, possiamo stimare che circa 2.500 pazienti hanno usufruito del bonus di compensazione economica di circa 180,00 euro a persona. Creando un risparmio ai beneficiari di circa 450.000 euro/anno totale.

**Governance democratica ed inclusiva, creazione di governance multi stakeholder (stakeholder engagement) e aumento della presenza di donne/giovani/altre categorie negli organi decisionali.**

AAI dalla sua fondazione ha incoraggiato la presenza di donne, giovani ed altre categorie, attraverso eventi e campagne di adesione di nuovi volontari.

Trattandosi di una patologia particolare, i pazienti/soci non di rado si rendono disponibili per specifiche attività.

Dobbiamo sottolineare che la patologia di cui si occupa l'associazione colpisce la popolazione a partire dai 40 ai 50 anni.

**Partecipazione e inclusione dei lavoratori, coinvolgimento dei lavoratori, crescita professionale dei lavoratori e aumento del livello di benessere personale dei lavoratori oppure riduzione dell'incidenza di occupati sovra istruiti.**

La proposta di legge attualmente in discussione alla Camera dei deputati vuole tutelare i lavoratori affetti da OSA sul posto di lavoro.

Attualmente per la problematica relativa alla eccessiva sonnolenza, nelle aziende piccole e medie imprese, gli stessi rischiano un demansionamento e possibile licenziamento.

Prevediamo anche una tutela nei primi 3/6 mesi di avvio terapia, con la possibilità di lavoro in smart working.

**Cambiamenti sui beneficiari diretti e indiretti, benessere dei lavoratori svantaggiati e riduzione dello svantaggio e crescita personale delle persone svantaggiate.**

La patologia OSA certamente a livello lavorativo presenta delle potenziali criticità legate dalla mancanza di una specifica normativa di tutela sul lavoro.

AAI, sta promuovendo la proposta di legge C.765 che prevede una specifica tutela per i pazienti che avviano la terapia e la possibilità nei primi mesi di compenso della stessa la possibilità di lavorare in smart working.

**Cambiamenti sui beneficiari diretti e indiretti, miglioramento/mantenimento qualità della vita (beneficiari diretti/utenti) e aumento del livello di benessere personale degli utenti oppure aumento della % di persone soddisfatte per la propria vita.**

AAI ha notato che nel 2025, dopo numerosi confronti con gli stakeholder, un aumento significativo dei pazienti diagnosticati ed in terapia, che possiamo stimare in più per ogni anno circa 40.000-50.000 persone. Questo dato di incremento, rispetto agli anni precedenti quando erano circa 20.000/25.000, evidenzia un aumento della qualità di vita che coinvolge positivamente i familiari e i caregivers.

**Conseguenze sulle politiche pubbliche, risparmio per la p.a. e aumento delle risorse di natura pubblica da riallocare:**

L'Attività di AAI mira a colmare il divario tra la disinformazione sulla patologia, paura nel dichiarare la patologia attraverso il SSM e i costi diretti e indiretti.

Attualmente la patologia non è riconosciuta a livello LEA (livelli essenziali di assistenza), questo comporta uno scarso interesse di investimento delle ASL e delle Aziende Ospedaliere.

Si creano lunghe liste di attesa, per il numero insufficiente di centri di riferimento.

Si stimano in Italia circa 420.000 pazienti in terapia. Rispetto ai numeri di pazienti in terapia in Francia (87 Mln di popolazione) e circa 1.8 Mln di pazienti in terapia, il divario risulta importante.

Secondo lo studio Cergas-Bocconi 2019, investendo 1 euro, il risparmio è di 1.83 euro. Quindi un aumento degli investimenti migliorerebbe notevolmente la qualità di vita dei pazienti e determinerebbe un importante risparmio per il Servizio Sanitario Nazionale. Bisogna considerare che il costo di un paziente in terapia è di circa 1.300-euro contro i circa 4.800 euro di un paziente non in terapia.

Bisogna evidenziare come la Conferenza Stato-Regioni nel Maggio 2016 ha pubblicato il documento di indirizzo per la gestione della patologia OSA, nello stesso documento si evidenzia una stima di costi Diretti/Indiretti pari a 2.9 Mld di euro. Se aggiornati al 2025 si potrebbero stimare in almeno 4 Mld (Miliardi) di euro.

**Conseguenze sulle politiche pubbliche, rapporti con istituzioni pubbliche e aumento e stabilizzazione dei processi di co-programmazione e co-progettazione:**

AAI da circa tre legislature, sta sostenendo ed ha collaborato alla stesura di una proposta di legge sul riconoscimento dell'OSA come malattia cronica.

Con l'attuale XIX legislatura è stata presentata nel 2023 con la numerazione C.765 dall'On Varchi (FDI), e sottoscritta dal PD e IdV.

Questa proposta ha attualmente superato la prima fase ed ha visto la sua approvazione in XII Commissione Affari Sociali, all'unanimità.

Ponendo le basi per il riconoscimento dell'Apnea Notturna come malattia cronica ed invalidante

## OUTPUT ATTIVITÀ

- Il numero verde 800 141435 ed i numeri di di cellulare dei volontari, hanno ascoltato/ aiutato circa 800 persone;
- Il canale YouTube ha avuto circa 30.000 visualizzazioni;
- Il sito internet apneedelsonno.it ha raggiunto 130.136 visitatori;
- Il congresso SASD ha accolto circa 150 tra pazienti e familiari;
- Gli aperitivi con gli esperti hanno formato e informato circa pazienti/familiari;
- Le informazioni sul Bonus elettrico hanno fatto risparmiare a circa 2.500 pazienti, circa 450.000 €;
- Abbiamo distribuito circa 4.000 copie della rivista eXperience e circa 4.000 brochure FAQ e Manutenzione CPAP e brochure associative

## TIPOLOGIE BENEFICIARI (SOCI E POPOLAZIONE)

N. 980 TOTALE	CATEGORIA UTENZA
980	soggetti con disabilità fisica e/o sensoriale
0	soggetti con disabilità psichica
0	soggetti con dipendenze
0	soggetti detenuti, in misure alternative e post-detenzione
0	soggetti con disagio sociale (non certificati)
0	Anziani
0	Minori

## TIPOLOGIA ATTIVITÀ ESTERNE (EVENTI DI SOCIALIZZAZIONE ORGANIZZATI A CONTATTO CON LA COMUNITÀ LOCALE)

Convegni diretti alla popolazione ed ai pazienti, denominati Aperitivo con l'Esperto, in questi incontri medici esperti e pazienti esperti di AAI, informano gli uditori sulle novità terapeutiche e le procedure burocratiche.

Al termine di ogni sessione, gli uditori hanno la possibilità di sottoporre domande e ricevere risposte sugli argomenti trattati.

### Nel 2025 abbiamo organizzato i seguenti incontri

21 Gennaio	Convegno Università di Torino – circa 80 persone
11 Aprile	Campagna Social GASP
26 Aprile	ELF Sleep & Breathing Conference Online – Chair circa 200 persone
27 Giugno	Aperitivo con gli Esperti a Ospedale Careggi (Firenze) 55 Persone
13 Settembre	IV Congresso Nazionale SASD (Albano Laziale) e 2 Webinar 150 Persone
25 Settembre	Aperitivo con gli Esperti – Ospedale Monaldi (Napoli) 45 persone
17 Ottobre	Aperitivo con gli Esperti c/o Centro Anziani Carbonia – 120 Persone
28 Novembre	Aperitivo con gli Esperti Osa e Insonnia c/o Congresso AISM – Palermo – 60 persone
4 Dicembre	Webinar “Apnee Notturme e Diabete” in collaborazione con Fand – Circa 300 partecipanti tra Diretta e Differita.

**5** Aperitivi-Incontri con gli esperti con pazienti/popolazione (raggiunte circa 350 persone)

**1** Congresso Nazionale di 2 Giorni (con 150 partecipanti)

**1** Campagna Social Internazionale

**3** Webinar.



### Tipologia:

Aperitivo con l'Esperto;  
Webinar su YouTube e Facebook

## OUTCOME SUI BENEFICIARI DIRETTI E INDIRETTI E PORTATORI DI INTERESSE

Le Apnee Notturme, o OSA (Obstructive Sleep Apnea), hanno un impatto significativo sia sugli interessati diretti (i pazienti) che indiretti (familiari, datori di lavoro, e la società in generale). Uno studio condotto dal CERGIS SDA Bocconi nel 2019 ha evidenziato che i costi socio-economici delle apnee ostruttive del sonno in Italia ammontano a circa 31 miliardi di euro all'anno. Di questi, il 60% sono costi diretti sanitari, il 36% costi indiretti legati alla morbilità, e il restante 4% costi diretti non sanitari.

I beneficiari diretti traggono vantaggio da diagnosi e trattamenti precoci, che migliorano la qualità della vita e riducono i rischi associati a patologie correlate. I beneficiari indiretti, come i familiari, possono vedere un miglioramento nella gestione del carico assistenziale, mentre la società beneficia di una riduzione dei costi legati alla perdita di produttività e agli incidenti stradali causati dalla sonnolenza.

## LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI GESTIONE INDIVIDUATI, GLI EVENTUALI FATTORI RISULTATI RILEVANTI PER IL RAGGIUNGIMENTO (O IL MANCATO RAGGIUNGIMENTO) DEGLI OBIETTIVI PROGRAMMATI

### Fattori rilevanti per il raggiungimento degli obiettivi

#### Chiarezza degli obiettivi

AAI ha nel riconoscimento legislativo della patologia la sua principale priorità. Infatti sta portando avanti tutte le azioni necessarie di Advocacy richieste, per raggiungere, quanto prima, questo importante obiettivo, per i pazienti, i familiari e i caregivers.

#### Risorse disponibili

AAI a seguito dell'Azione Inibitoria, ha potuto ricevere fondi di riserva che ci permette una programmazione a medio termine

#### Leadership e coordinamento

AAI ha nel suo direttivo un team eterogeneo, che riesce nei momenti di maggiore criticità a trovare una comunione di intenti.

#### Monitoraggio continuo

La valutazione periodica permette di identificare e correggere eventuali deviazioni.

## ELEMENTI/FATTORI CHE POSSONO COMPROMETTERE IL RAGGIUNGIMENTO DEI FINI ISTITUZIONALI E PROCEDURE POSTE IN ESSERE PER PREVENIRE TALI SITUAZIONI

### Elementi/fattori che possono compromettere il raggiungimento dei fini istituzionali e procedure poste in essere per prevenire tali situazioni

Il raggiungimento dei fini istituzionali può essere compromesso da diversi fattori, che possono essere suddivisi in interni ed esterni.

#### Fattori interni

- 1. Mancanza di risorse adeguate:** Insufficienza di personale qualificato, fondi o infrastrutture;
- 2. Problemi di governance:** Scarsa chiarezza nei ruoli e nelle responsabilità o conflitti interni;
- 3. Comunicazione inefficace:** Mancanza di trasparenza o difficoltà nel coinvolgere gli stakeholder;
- 4. Resistenza al cambiamento:** Difficoltà nell'adattarsi a nuove normative o tecnologie.

#### Fattori esterni

- 1. Cambiamenti normativi:** Nuove leggi o regolamenti che richiedono adeguamenti complessi;
- 2. Condizioni economiche:** Crisi economiche o riduzione dei finanziamenti pubblici/privati.
- 3. Eventi imprevedibili:** Pandemie, disastri naturali o altre emergenze.
- 4. Concorrenza:** Presenza di altre organizzazioni con obiettivi simili che competono per risorse limitate.

#### Procedure per prevenire tali situazioni

- 1. Pianificazione strategica:** AAI ha definito obiettivi chiari e realistici, con piani di emergenza.
- 2. Monitoraggio continuo:** Valuta periodicamente i progressi per identificare eventuali criticità. I componenti del Consiglio direttivo si incontrano e confrontano molto spesso, in riunioni formali e informali, per affrontare collegialmente tutte le questioni e arrivare a decisioni il più possibile condivise, nell'interesse degli associati.
- 3. Formazione e sviluppo:** Investe nella formazione dei volontari e nell'aggiornamento delle competenze.
- 4. Coinvolgimento degli stakeholder:** AAI tra le sue peculiarità porta avanti un dialogo costante con decisori politici, rappresentanti delle associazioni e società scientifiche e tutti gli stakeholder;

#### Diversificazione delle risorse

Come si evince dal bilancio economico, AAI ha lavorato e lavora per non dipendere da una singola fonte di finanziamento, diversificando le attività ed i progetti finanziabili.

# 7. SITUAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

## BILANCIO AL 31/12/2025

	31/12/2025	31/12/2024
<b>STATO PATRIMONIALE ATTIVO</b>		
<b>A) Quote associative o rapporti ancora dovuti</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>B) Immobilizzazioni:</b>		
<i>I. Immobilizzazioni immateriali:</i>	0	0
1) Costi di impianto e di ampliamento	0	0
2) Costi di sviluppo	0	0
3) Diritti di brevetto industriale e di utilizzazione delle opere dell'ingegno	0	0
4) Concessioni, licenze, marchi e diritti simili	0	0
5) Avviamento	0	0
6) Immobilizzazioni in corso e acconti	0	0
7) Altre	0	0
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<i>II. Immobilizzazioni materiali:</i>	0	0
1) Terreni e fabbricati	0	0
2) Impianti e macchinari	0	0
3) Attrezzature	0	0
4) Altri beni	0	0
5) Immobilizzazioni in corso e acconti	0	0
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<i>III. Immobilizzazioni finanziarie, con separata indicazione aggiuntiva, per ciascuna voce dei crediti, degli importi esigibili entro l'esercizio successivo:</i>	2.208.147	1.698.822
1) Partecipazioni in:	0	0
a) Imprese controllate	0	0
b) Imprese collegate	0	0
c) Altre imprese	0	0
2) Crediti:	0	0
a) Verso imprese controllate:	0	0
1) Crediti verso imprese controllate esigibili entro l'esercizio successivo	0	0
2) Crediti verso imprese controllate esigibili oltre l'esercizio successivo	0	0
b) Verso imprese collegate:	0	0
1) Crediti verso imprese collegate esigibili entro l'esercizio successivo	0	0
2) Crediti verso imprese collegate esigibili oltre l'esercizio successivo	0	0
c) Verso altri enti del Terzo settore:	0	0
1) Crediti verso altri enti del Terzo settore esigibili entro l'esercizio successivo	0	0
2) Crediti verso altri enti del Terzo settore esigibili oltre l'esercizio successivo	0	0
d) Verso altri:	0	0
1) Crediti verso altri esigibili entro l'esercizio successivo	0	0
2) Crediti verso altri esigibili oltre l'esercizio successivo	0	0
3) Altri titoli	2.208.147	1.698.822
<b>Totale</b>	<b>2.208.147</b>	<b>1.698.822</b>
<b>B) TOTALE IMMOBILIZZAZIONI</b>	<b>2.208.147</b>	<b>1.698.822</b>

31/12/2025

31/12/2024

<b>C) Attivo circolante:</b>		
<i>I. Rimanenze:</i>	0	0
1) Materie prime, sussidiarie e di consumo	0	0
2) Prodotti in corso di lavorazione e semilavorati	0	0
3) Lavori in corso su ordinazione	0	0
4) Prodotti finiti e merci	0	0
5) Acconti	0	0
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<i>II. Crediti, con separata indicazione aggiuntiva, per ciascuna voce, degli importi esigibili oltre l'esercizio successivo:</i>	2.019.882	2.075.793
1) Verso utenti e clienti:	802	44.837
a) Crediti verso utenti e clienti esigibili entro l'esercizio successivo	802	0
b) Crediti verso utenti e clienti esigibili oltre l'esercizio successivo	0	44.837
2) Verso associati e fondatori:	10.800	0
a) Crediti verso associati e fondatori esigibili entro l'esercizio successivo	0	0
b) Crediti verso associati e fondatori esigibili oltre l'esercizio successivo	10.800	0
3) Verso enti pubblici:	0	0
a) Crediti verso enti pubblici esigibili entro l'esercizio successivo	0	0
b) Crediti verso enti pubblici esigibili oltre l'esercizio successivo	0	0
4) Verso soggetti privati per contributi:	0	0
a) Crediti verso soggetti privati per contributi esigibili entro l'esercizio successivo	0	0
b) Crediti verso soggetti privati per contributi esigibili oltre l'esercizio successivo	0	0
5) Verso enti della stessa rete associativa:	0	0
a) Crediti verso enti della stessa rete associativa esigibili entro l'esercizio successivo	0	0
b) Crediti verso enti della stessa rete associativa esigibili oltre l'esercizio successivo	0	0
6) Verso altri enti del Terzo settore:	0	0
a) Crediti verso altri enti del Terzo settore esigibili entro l'esercizio successivo	0	0
b) Crediti verso altri enti del Terzo settore esigibili oltre l'esercizio successivo	0	0
7) Verso imprese controllate:	0	0
a) Crediti verso imprese controllate esigibili entro l'esercizio successivo	0	0
b) Crediti verso imprese controllate esigibili oltre l'esercizio successivo	0	0
8) Verso imprese collegate:	0	0
a) Crediti verso imprese collegate esigibili entro l'esercizio successivo	0	0
b) Crediti verso imprese collegate esigibili oltre l'esercizio successivo	0	0
9) Crediti tributari:	2.006.355	518
a) Crediti tributari esigibili entro l'esercizio successivo	2.006.355	0
b) Crediti tributari esigibili oltre l'esercizio successivo	0	518
10) Crediti da 5 per mille:	0	0
a) Crediti da 5 per mille esigibili entro l'esercizio successivo	0	0
b) Crediti da 5 per mille esigibili oltre l'esercizio successivo	0	0
11) Imposte anticipate	0	0
12) Crediti verso altri	1.925	2.030.438
a) Crediti verso altri esigibili entro l'esercizio successivo	1.925	0
b) Crediti verso altri esigibili oltre l'esercizio successivo	0	2.030.438
<b>Totale</b>	<b>2.019.882</b>	<b>2.075.793</b>
<i>III. Attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni:</i>	0	0
1) Partecipazioni in imprese controllate	0	0
2) Partecipazioni in imprese collegate	0	0
3) Altri titoli	0	0
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<i>IV. Disponibilità liquide:</i>	140.727	455.702
1) Depositi bancari e postali	139.257	454.312
2) Assegni	0	0
3) Denaro e valori in cassa	1.470	1.390
<b>Totale</b>	<b>140.727</b>	<b>455.702</b>
<b>C) TOTALE ATTIVO CIRCOLANTE</b>	<b>2.160.609</b>	<b>2.531.495</b>
<b>D) Ratei e risconti attivi</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTALE ATTIVO</b>	<b>4.368.756</b>	<b>4.230.317</b>

31/12/2025 31/12/2024

STATO PATRIMONIALE PASSIVO		
<b>A) Patrimonio netto:</b>		
I. Fondo di dotazione dell'ente	0	0
II. Patrimonio vincolato		
1) Riserve statutarie	0	0
2) Riserve vincolate per decisione degli organi istituzionali	0	0
3) Riserve vincolate destinate da terzi	0	0
III. Patrimonio libero	2.254.359	16.841
1) Riserve di utili o avanzi di gestione	2.254.359	16.841
2) Altre riserve	0	0
IV. Avanzo/disavanzo dell'esercizio	166.871	2.237.518
<b>A) TOTALE</b>	<b>2.421.230</b>	<b>2.254.359</b>
<b>B) Fondi per rischi e oneri:</b>		
1) Per trattamento di quiescenza e obblighi simili	0	0
2) Per imposte, anche differite	0	0
3) Altri	1.976.492	1.976.492
<b>B) TOTALE</b>	<b>1.976.492</b>	<b>1.976.492</b>
<b>C) Trattamento di fine rapporto di lavoro subordinato</b>		
<b>D) Debiti, con separata indicazione aggiuntiva, per ciascuna voce, degli importi esigibili oltre l'esercizio successivo:</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
1) Debiti verso banche:		
a) Debiti verso banche esigibili entro l'esercizio successivo	0	103
b) Debiti verso banche esigibili oltre l'esercizio successivo	0	0
2) Debiti verso altri finanziatori:		
a) Debiti verso altri finanziatori esigibili entro l'esercizio successivo	0	0
b) Debiti verso altri finanziatori esigibili oltre l'esercizio successivo	0	0
3) Debiti verso associati e fondatori per finanziamenti:		
a) Debiti verso associati e fondatori per finanziamenti esigibili entro l'esercizio successivo	0	0
b) Debiti verso associati e finanziatori per finanziamenti esigibili oltre l'esercizio successivo	0	0
4) Debiti verso enti della stessa rete associativa:		
a) Debiti verso enti della stessa rete associativa esigibili entro l'esercizio successivo	0	0
b) Debiti verso enti della stessa rete associativa esigibili oltre l'esercizio successivo	0	0
5) Debiti per erogazioni liberali condizionate:		
a) Debiti per erogazioni liberali condizionate esigibili entro l'esercizio successivo	0	0
b) Debiti per erogazioni liberali condizionate esigibili oltre l'esercizio successivo	0	0
6) Acconti:		
a) Acconti esigibili entro l'esercizio successivo	0	0
b) Acconti esigibili oltre l'esercizio successivo	0	0
7) Debiti verso fornitori:		
a) Debiti verso fornitori esigibili entro l'esercizio successivo	0	3.824
b) Debiti verso fornitori esigibili oltre l'esercizio successivo	0	0
8) Debiti verso imprese controllate e collegate:		
a) Debiti verso imprese controllate e collegate esigibili entro l'esercizio successivo	0	0
b) Debiti verso imprese controllate e collegate esigibili oltre l'esercizio successivo	0	0
9) Debiti tributari:		
a) Debiti tributari esigibili entro l'esercizio successivo	-28.966	-4.461
b) Debiti tributari esigibili oltre l'esercizio successivo	-28.966	-4.461
10) Debiti verso istituti di previdenza e di sicurezza sociale:		
a) Debiti verso istituti di previdenza e di sicurezza sociale esigibili entro l'esercizio successivo	0	0
b) Debiti verso istituti di previdenza e di sicurezza sociale esigibili oltre l'esercizio successivo	0	0
11) Debiti verso dipendenti e collaboratori:		
a) Debiti verso dipendenti e collaboratori esigibili entro l'esercizio successivo	0	0
b) Debiti verso dipendenti e collaboratori esigibili oltre l'esercizio successivo	0	0
12) Altri debiti:		
a) Altri debiti esigibili entro l'esercizio successivo	0	0
b) Altri debiti esigibili oltre l'esercizio successivo	0	0
<b>D) TOTALE</b>	<b>-28.966</b>	<b>-534</b>
<b>E) Ratei e risonci passivi</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTALE PASSIVO</b>	<b>4.368.756</b>	<b>4.230.317</b>

31/12/2025 31/12/2024

31/12/2025 31/12/2024

RENDICONTO GESTIONALE				
<b>ONERI E COSTI</b>		<b>PROVENTI E RICAVI</b>		
<b>A) Costi e oneri da attività di interesse generale</b>		<b>A) Ricavi, rendite e proventi da attività di interesse generale</b>		
1) Materie prime, sussidiarie, di consumo e di merci	6.849 12.037	1) Proventi da quote associative e apporti dei fondatori	658	600
2) Servizi	88.552 209.622	2) Proventi dagli associati per attività mutuali	0	0
3) Godimento beni di terzi	15.344 23.416	3) Ricavi per prestazioni e cessioni ad associati e fondatori	0	0
4) Personale	0 0	4) Erogazioni liberali	29.474	34.614
5) Ammortamenti	0 0	5) Proventi del 5 per mille	6.361	8.253
5-bis) Svalutazioni delle immobilizzazioni materiali	0 0	6) Contributi da soggetti privati	1.162	3.560.886
6) Accantonamenti per rischi ed oneri	0 0	7) Ricavi per prestazioni e cessioni a terzi	325.096	0
7) Oneri diversi di gestione	166 4.625	8) Contributi da enti pubblici	0	0
8) Rimanenze iniziali	0 0	9) Proventi da contratti con enti pubblici	0	0
9) Accantonamento a riserva vincolata per decisione degli organi istituzionali	0 0	10) Altri ricavi, rendite e proventi	1	0
10) Utilizzo riserva vincolata per decisione degli organi istituzionali	0 0	11) Rimanenze finali	0	0
<b>Totale</b>	<b>110.911 249.700</b>	<b>Totale</b>	<b>362.752</b>	<b>3.604.353</b>
<b>B) Costi e oneri da attività diverse</b>		<b>Avanzo/disavanzo attività di interesse generale (+/-)</b>		
1) Materie prime, sussidiarie, di consumo e di merci	0 0	<b>251.841 3.354.653</b>		
2) Servizi	0 0	<b>B) Ricavi, rendite e proventi da diverse attività</b>		
3) Godimento beni di terzi	0 0	1) Ricavi per prestazioni e cessioni ad associati e fondatori	0	0
4) Personale	0 0	2) Contributi da soggetti privati	0	0
5) Ammortamenti	0 0	3) Ricavi per prestazioni e cessioni a terzi	0	0
5-bis) Svalutazione delle immobilizzazioni materiali ed immateriali	0 0	4) Contributi da enti pubblici	0	0
6) Accantonamenti per rischi ed oneri	0 0	5) Proventi da contratti con enti pubblici	0	0
7) Oneri diversi di gestione	0 0	6) Altri ricavi, rendite e proventi	1	40.252
8) Rimanenze iniziali	0 0	7) Rimanenze finali	0	0
<b>Totale</b>	<b>0 0</b>	<b>Totale</b>	<b>1</b>	<b>40.252</b>
<b>C) Costi e oneri da attività di raccolta fondi</b>		<b>Avanzo/disavanzo di attività diverse (+/-)</b>		
1) Oneri per raccolte fondi abituali	0 0	<b>1 40.252</b>		
2) Oneri per raccolte fondi occasionali	0 0	<b>C) Ricavi, rendite e proventi da attività di raccolta fondi</b>		
3) Altri oneri	0 0	1) Proventi da raccolte fondi abituali	0	0
<b>Totale</b>	<b>0 0</b>	2) Proventi da raccolte fondi occasionali	0	0
<b>D) Costi ed oneri da attività finanziarie e patrimoniali</b>		<b>Avanzo/disavanzo attività di raccolta fondi (+/-)</b>		
1) Su rapporti bancari	0 0	<b>0 0</b>		
2) Su prestiti	0 0	<b>D) Ricavi, rendite e proventi da attività finanziarie e patrimoniali</b>		
3) Da patrimonio edilizio	0 0	1) Da rapporti bancari	900	0
4) Da altri beni patrimoniali	0 0	2) Da altri investimenti finanziari	50.461	0
5) Accantonamenti per rischi ed oneri	0 0	3) Da patrimonio edilizio	0	0
6) Altri oneri	0 0	4) Da altri beni patrimoniali	0	0
<b>Totale</b>	<b>0 0</b>	5) Altri proventi	0	47.236
<b>E) Costi ed oneri di supporto generale</b>		<b>Totale</b>		
1) Materie prime, sussidiarie, di consumo e di merci	0 0	<b>51.361 47.236</b>		
2) Servizi	135.824 1.203.405	<b>Avanzo/disavanzo attività finanziarie e patrimoniali (+/-)</b>		
3) Godimento beni di terzi	0 0	<b>51.361 47.236</b>		
4) Personale	0 0	<b>E) Proventi di supporto generale</b>		
5) Ammortamenti	0 0	1) Proventi da distacco del personale	0	0
5-bis) Svalutazioni delle immobilizzazioni materiali ed immateriali	0 0	2) Altri proventi di supporto generale	3.206	742
6) Accantonamento per rischi ed oneri	0 0	<b>Totale</b>		
7) Altri oneri	3.279 1.960	<b>3.206 742</b>		
8) Accantonamento a riserva vincolata per decisione degli organi istituzionali	0 0	<b>Totale oneri e costi</b>		
9) Utilizzo riserva vincolata per decisione degli organi istituzionali	0 0	<b>250.014 1.455.065</b>		
<b>Totale</b>	<b>139.103 1.205.365</b>	<b>Totale proventi e ricavi</b>		
<b>Totale oneri e costi</b>		<b>417.320 3.692.583</b>		
<b>Totale</b>		<b>Avanzo/disavanzo d'esercizio prima delle imposte (+/-)</b>		
<b>250.014 1.455.065</b>		<b>167.306 2.237.518</b>		
<b>Totale</b>		<b>Imposte</b>		
<b>0 0</b>		<b>435 0</b>		
<b>Totale</b>		<b>Avanzo/disavanzo d'esercizio (+/-)</b>		
<b>0 0</b>		<b>166.871 2.237.518</b>		

## COSTI E PROVENTI FIGURATIVI

<b>Costi figurativi</b>		<b>Proventi figurativi</b>	
1) Da attività di interesse generale	0 0	1) Da attività di interesse generale	0 0
2) Da attività diverse	0 0	2) Da attività diverse	0 0
<b>Totale</b>	<b>0 0</b>	<b>Totale</b>	<b>0 0</b>

## **SPECIFICHE INFORMAZIONI SULLE ATTIVITÀ DI RACCOLTA FONDI (SE PREVISTA)**

AAI, nel 2025 non ha portato avanti raccolte fondi.

*“ Il sottoscritto Menna Luigi, ai sensi dell'art. 31 comma 2-quinquies della legge 340/2000,  
dichiara che il presente documento è conforme all'originale depositato presso la società “*



## CONTATTI



800 14 14 35



[www.apneedelsonno.it](http://www.apneedelsonno.it)

[segreteria@apneedelsonno.it](mailto:segreteria@apneedelsonno.it)

[presidenza@pec.apneedelsonno.it](mailto:presidenza@pec.apneedelsonno.it)



Via Tiberio Imperatore, 140  
00145 - Roma