

**AUDIZIONE INFORMALE PRESSO LA CAMERA DEI DEPUTATI
XII COMMISSIONE AFFARI SOCIALI**

Roma, 19 febbraio 2020

Discussione delle risoluzioni 7-00172 Boldi e 0-00391 Carnevali in tema di “Prevenzione, diagnosi e cura della sindrome delle apnee ostruttive del sonno”

Carolina Lombardi

- Responsabile Unità Operativa di Medicina del Sonno dell'Istituto Auxologico Italiano IRCCS, Milano
- Docente presso Dipartimento di Medicina e Chirurgia – Settore concorsuale 06/D1 - MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE E MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO, Università Milano Bicocca, Milano

La Sindrome delle Apnee Ostruttive nel sonno (OSAS da Obstructive Sleep Apnea Syndrome) è una patologia sonno-correlata, altamente prevalente nella popolazione generale (si stima che circa 12 milioni di italiani ne siano affetti) che presenta delle differenze di genere (più frequente nell'uomo rispetto alla donna con riduzione di questa differenza nel periodo post-menopausale), che si manifesta nell'adulto ed in età pediatrica e che è associata a complicanze sistemiche in grado di alterare significativamente lo stato di salute, la qualità e l'aspettativa di vita.

Questa patologia è caratterizzata da russamento e da episodi intermittenti di ostruzione delle alte vie aeree nel sonno, ed espone il nostro organismo, nelle forme più gravi per tutta la durata del sonno, ad oscillazioni della saturazione di ossigeno nel sangue, della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa e della perfusione cerebrale, oltre che ad instabilità continua del sonno con risvegli frequenti che rendono il sonno stesso alterato e meno ristoratore.

Tutto questo, che avviene ogni notte e per molti anni senza soluzione di continuo, soprattutto nel caso di una diagnosi tardiva ed in assenza di trattamento, espone i nostri pazienti ad un incremento del rischio cardio e cerebrovascolare oltre che ad una riduzione delle performance cognitive e fisiche durante il giorno.

La sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno ha infatti importanti conseguenze sistemiche in ambito neurologico e cardiovascolare.

La sonnolenza diurna è una frequente complicanza delle apnee nel sonno ed a questa consegue una compromissione della qualità di vita e dell'aspettativa di salute per i pazienti, con ovvio incremento della spesa sanitaria correlabile alla maggior probabilità di ospedalizzazione e/o alla necessità di gestione di inabilità lavorativa o sociale. Proprio per lo stretto legame tra sonnolenza eccessiva diurna ed apnee ostruttive nel sonno è in vigore un decreto legge che ha reso obbligatorio lo screening dell'OSAS al momento del conseguimento o del rinnovo dell'idoneità alla patente di guida. L'OSA (Obstructive Sleep Apnea) è inoltre correlabile a numerose patologie cardiovascolari; circa il 50% dei pazienti con OSA soffre di ipertensione arteriosa e circa il 50% dei pazienti ipertesi soffre di apnee notturne; tale percentuale può essere anche sottostimata in quanto soprattutto all'inizio della storia naturale dell'OSA l'ipertensione può coinvolgere prevalentemente le ore notturne e quindi passare inosservata alla visita medica durante il giorno ("ipertensione mascherata").

Elemento importante aggiuntivo è che spesso l'ipertensione legata alle apnee è un'ipertensione arteriosa resistente al trattamento farmacologico e con profilo "non dipping", cioè senza il calo fisiologico notturno. Nella popolazione di ipertesi resistenti, nello specifico maschi, si è stimato che la prevalenza di OSA sia superiore al 90%; solo lievemente più bassa risulta la stessa prevalenza nella popolazione di donne ipertese resistenti. Tutte queste caratteristiche, testimoni di un'alterata modulazione pressoria nelle 24 ore, rendono l'ipertensione stessa più correlata a danno d'organo

sistemico ed ad aumento del rischio di eventi cardio e cerebrovascolari come l'infarto del miocardio e l'ictus.

L'OSA è anche strettamente legata alle aritmie cardiache con significativo incremento del rischio di morte cardiaca improvvisa. In ormai numerosi studi è stato dimostrato che la presenza di apnee ostruttive nel sonno aumenta il rischio di fibrillazione atriale e di recidiva di fibrillazione atriale dopo specifici trattamenti come la cardioversione o l'ablazione.

Il legame tra apnee e fibrillazione atriale è anche uno dei meccanismi alla base della correlazione tra apnee e ictus. Le patologie cerebrovascolari, tra cui lo stroke, sono infatti più frequenti nel paziente OSA ed avere le apnee riduce anche la capacità di recupero funzionale post-evento rallentando i processi di riabilitazione ed aumentando il grado di disabilità residua.

Oltre alla fibrillazione atriale ed all'ipertensione arteriosa contribuiscono al rischio cerebrovascolare nel paziente OSA, le alterazioni del metabolismo dei glucidi e di lipidi (diabete mellito, ipercolesterolemia), l'incremento della rigidità arteriosa e l'aumento dei processi di aterosclerosi e degli indici di infiammazione. L'OSA è risultata anche più associata ad aumento del rischio embolico cerebrale in pazienti portatori di forame ovale pervio (FOP).

Le apnee notturne sono inoltre correlabili al deterioramento delle funzioni cognitive sia in relazione al sonno disturbato e alla sonnolenza diurna che di per se' determinano compromissione delle performances cognitive, sia in relazione all'esposizione ad ipossia notturna cronica ed alle oscillazioni del flusso ematico e liquorale cerebrale che conseguono alle apnee. Le modifiche della perfusione e della circolazione liquorale durante il sonno nel paziente OSA determinano un'accelerazione dell'accumulo cerebrale di proteine dannose, come la beta amiloide e la proteina tau, a loro volta correlate allo sviluppo di patologie neurodegenerative.

Date queste premesse, risulta molto evidente quanto una mancata o ritardata diagnosi possa avere un effetto importante in termini di salute pubblica e di spesa sanitaria. Una mancata o ritardata diagnosi è, per ovvie ragioni, associata ad un mancato o ritardato trattamento con comparsa delle complicanze sopra descritte ed incremento di costi sia diretti che indiretti legati alla gestione delle comorbidità o dell'invalidità conseguente.

Risultano quindi di fondamentale importanza:

1. un'adeguata formazione in Medicina del Sonno all'interno delle Università che preveda corsi specifici per le diverse figure professionali coinvolte nell'identificazione, nella diagnosi e nella terapia del paziente con apnee notturne. Questo potrà permettere una maggior diffusione della cultura sull'argomento ed una sensibilizzazione degli operatori sanitari mirata alla diagnosi precoce, al precoce trattamento e quindi alla prevenzione primaria o, nel caso della prevenzione secondaria, a percorso riabilitativo specifico che includa la presa in carico del disturbo del respiro nel sonno.

2. Il riconoscimento di percorsi di diagnosi e cura delle apnee ostruttive nel sonno che rendano più agevole l'accesso alla diagnosi ed alle cure e che supportino uno stretto collegamento tra territorio (Medico di Medicina Generale) e Centri Sonno specialistici all'interno dei quali riveste un ruolo di fondamentale importanza la disponibilità di competenze multidisciplinari con formazione specifica sulla Medicina del Sonno.