

Apnee ostruttive nel sonno e sonnolenza

Intervista a
Giuseppe Insalaco

La sindrome delle apnee ostruttive nel sonno, spesso chiamata con il suo acronimo OSAS, costituisce un rilevante problema di salute pubblica per la sua notevole influenza sulla qualità di vita e per l'impatto sociale, tra cui le possibili ripercussioni sulla sicurezza stradale. Ne parliamo con **Giuseppe Insalaco**, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto di Biomedicina e di Immunologia Molecolare "A. Monroy", Palermo.

Dott. Insalaco, perché la Sindrome delle Apnee nel Sonno (OSAS) viene indicata come problema di salute pubblica?

La Sindrome delle Apnee nel Sonno (OSAS) è caratterizzata da ricorrenti episodi di ostruzione completa (apnee) o parziale (ipopnee, limitazione di flusso) delle alte vie respiratorie durante il sonno, con ripetuti episodi di ridotta ossigenazione del sangue, risvegli di pochi secondi e alterazioni macro e microstrutturali del sonno. Ne deriva un sonno di qualità scadente e poco ristoratore con sintomi sia notturni come il russamento intenso e la nicturia, che diurni come la eccessiva sonnolenza e deficit cognitivi e neuro-comportamentali.

La OSAS costituisce un rilevante problema di salute pubblica per la sua notevole influenza sulla qualità di vita e per l'impatto sociale tra cui le possibili ripercussioni sulla sicurezza stradale. Attribuire a posteriori un incidente stradale alla sonnolenza è molto complesso e il dato è unanimemente riconosciuto come sottostimato.

Il numero totale degli incidenti stradali in Italia nel 2002 imputabili a questa sindrome è pari a 9.551, circa il 4% di tutti gli incidenti stradali,

con un numero di vittime stimate pari a 367.

Bisogna sottolineare come gli sforzi compiuti per la sicurezza stradale abbiano determinato una riduzione del 40% delle morti per incidenti stradali dal 2001 al 2009, ma vi sono ancora ogni giorno in media 12 decessi e 840 feriti (dati ISTAT).

Ci vuole parlare dei sintomi di questa patologia?

La sonnolenza diurna è un sintomo soggettivo e può rappresentare una conseguenza di una cattiva qualità del sonno, essere conseguenza di un disturbo primitivo del sonno (insonnia, età, igiene del sonno impropria) o della sua quantità (alterazione del ritmo sonno/veglia, deprivazione cronica di sonno).

La eccessiva sonnolenza diurna è la sensazione soggettiva di un imperioso bisogno di sonno o un episodio di addormentamento non intenzionale in una condizione di tempo e luogo non usuale.

La sindrome delle apnee ostruttive nel sonno ne rappresenta una causa non certo di secondaria rilevanza e abitualmente di completa risoluzione con il trattamento efficace del disturbo

respiratorio nel sonno.

Test oggettivi per potere accertare la sonnolenza sono dispendiosi, difficilmente applicabili alla numerosa popolazione affetta da OSAS e non hanno dimostrato di essere attendibili sul singolo individuo.

I test soggettivi - il più noto è la scala di sonnolenza di Epworth - non rappresentano una metodica idonea alla certificazione, specie per quel che riguarda il giudizio di idoneità al lavoro o alla guida.

Va ricordata la variabilità interindividuale, per la quale vi sono persone con forme di OSAS grave che non hanno significativa sonnolenza e viceversa. D'altra parte la sola presenza o assenza della sonnolenza non rappresenta l'intero spettro del rischio associato all'OSAS. Si è visto che nei pazienti OSAS anche in assenza di sonnolenza documentata, vi è una importante riduzione della vigilanza con conseguente allungamento dei tempi di reazione e con aumentato rischio di impatto contro un ostacolo. In base al ritardo dei tempi di reazione tra pazienti OSAS e soggetti normali, si è visto che i primi percorrono a 130 km/h (velocità massima consentita sulle autostrade italiane) 22 metri in più prima di iniziare a frenare.



OSAS e sicurezza stradale: quali sono i termini del problema?

I soggetti con apnee ostruttive nel sonno trattati, recuperano i loro tempi di reazione che ritornano sovrapponibili a quelli dei soggetti normali. Tuttavia questo è solo la metà del cammino: se vogliamo che l'efficacia si mantenga, la terapia, il più delle volte effettuata con la applicazione di una pressione positiva continua (CPAP) attraverso una maschera nasale che mantiene pervie le vie aeree superiori, va utilizzata tutte le notti e per tutta la notte, cioè sempre, come qualsiasi terapia per una patologia cronica, oppure fino a quando le condizioni di base non siano cambiate. E' quindi fondamentale convincere il paziente ad utilizzarla con regolarità e verificarne in modo oggettivo il corretto utilizzo. Si tratta di una malattia che non si risolve spontaneamente a meno di una correzione della condizione predisponente: morfologica (chirurgia, dimagrimento) o della patologia sottostante (ipotiroidismo, patologia delle vie aeree superiori).

Il Ministero della Salute, sensibilizzato sul problema dalle Società Scientifiche che avevano sottolineato l'urgenza di emanare nuove norme per disciplinare la materia nel campo dell'idoneità alla guida di autoveicoli, si era impegnato con una nota scritta nel settembre 2007, ad avviare di concerto con il Ministero dei Trasporti e le Società Scientifiche stesse un lavoro di revisione e aggiornamento dei requisiti per l'idoneità alla guida; il nuovo codice della strada è stato pubblicato nel luglio dello scorso anno, ma la questione non è stata affrontata.

È vero che l'Articolo 119 del Codice della Strada riguardante i requisiti fisici e psichici per il conseguimento della patente di guida recita: "Non può ottenere la patente di guida o l'autorizzazione ad esercitarsi alla guida di cui all'art. 122, comma 2, chi sia affetto da malattia fisica o psichica, deficienza organica o minorazione psichica, anatomica o funzionale tale da impedire di condurre con sicurezza veicoli a motore", ma ciò solo parzialmente si applica ad un disturbo frequentemente,

ma non sempre, associato alle apnee ostruttive nel sonno e che è reversibile con idoneo trattamento.

Altro punto delicato da chiarire è che se i soggetti con questo disturbo spesso sono obesi, almeno la metà dei soggetti con il disturbo non lo sono per cui la semplificazione che vuole identificare i soggetti obesi come ad elevato rischio di apnee ostruttive nel sonno tende da una parte a indicare come "malati" soggetti perfettamente sani, e dall'altra ad escludere che i soggetti non obesi possano essere affetti dalla sindrome delle apnee ostruttive nel sonno. I soggetti una volta diagnosticati necessitano di un monitoraggio specifico della terapia senza tralasciare ovviamente il monitoraggio dei sintomi e delle complicanze.

Perché è urgente affrontare questo tema a livello non solo medico ma anche istituzionale?

Perché è una condizione patologica di ampio impatto epidemiologico (in Italia quasi 2 milioni di abitanti

ne sono affetti nei vari gradi di severità) e perché possiamo identificarla e curarla riducendo sino ad annullare i suoi effetti negativi.

È anche per questo motivo che si avverte sempre più l'esigenza di accendere i riflettori dell'impegno istituzionale su una questione che presenta molteplici implicazioni e diversi approcci; non è, infatti, solo una questione sanitaria, ma anche un problema sociale, economico e politico.

Vero è che molto si è fatto sul piano della ricerca scientifica, con un significativo miglioramento delle tecniche diagnostiche e dei risultati terapeutici, ma ancora molto rimane da fare sul fronte culturale e sociale; i nuovi obiettivi devono essere la diagnosi precoce, la rivisitazione dei criteri per il riconoscimento dell'idoneità alla guida, principalmente per gli autisti dei mezzi pubblici e dei mezzi pesanti.

Quali sono le terapie disponibili?

Nei pazienti affetti da apnee ostruttive nel sonno la terapia ad oggi più efficace e raccomandata dalla comunità scientifica internazionale è il trattamento mediante pressione positiva continua nelle vie aeree (Continue Positive Airway Pressure o CPAP), risolutiva da subito nell'eliminare le apnee, nel migliorare il sonno notturno e ridurre drasticamente i sintomi diurni, in particolare la sonnolenza, migliorando così le prestazioni durante la veglia, in particolare alla guida e contribuendo a ridurre i rischi di incidenti stradali. Tale trattamento è tuttavia di tipo protesico e richiede l'utilizzo del supporto tutte le volte che il soggetto dorme. Non essendo disponibile un trattamento farmacologico efficace esiste in alternativa la possibilità di interventi chirurgici ORL e/o maxillo-facciale o la applicazione notturna di protrusori mandibolari. Ma qualsiasi sia la terapia è necessaria la verifica del risultato che non solo deve migliorare o risolvere

i disturbi notturni, ma deve anche risolvere la eccessiva sonnolenza diurna.

Quali sono le criticità medico legali nella gestione del paziente con apnee ostruttive nel sonno?

Il ruolo del medico è rilevante nell'informare e nel fare conoscere al soggetto con OSAS le conseguenze delle apnee nel sonno.

È necessaria una corretta ed estensiva informazione al paziente sulle ricadute della malattia sia per quanto riguarda lo stato di salute e di qualità della vita individuale, sia per le ripercussioni sociali per potere così contribuire con prestazioni eseguite con perizia e diligenza alla sicurezza pubblica, senza trascurare la privacy del paziente.

Quali sono le possibili azioni da intraprendere?

Dovrebbero riguardare:

- l'avvio di campagne di divulgazione e sensibilizzazione sui segni e sintomi che si associano a questa patologia, per determinare una diffusa conoscenza della patologia e dei rischi alla guida ad essa associata;
- la facilitazione dell'accesso ad una rete di strutture sanitarie preposte alla diagnosi e trattamento della patologia;
- l'inclusione nel progetto formativo dei futuri conducenti di autoveicoli, del riconoscimento dei sintomi della sonnolenza alla guida e l'istruzione ai comportamenti atti ad evitare il superamento della soglia che porta al "colpo di sonno" alla guida;
- un programma dedicato agli autisti professionali e a tutti coloro che sono dotati di patente superiore (C-D-E-K) per l'individuazione precoce della patologia;
- l'applicazione di sistemi tecnologici e infrastrutturali di "warning";
- la creazione di un osservatorio

dedicato all'impatto socio-economico del trattamento delle apnee ostruttive nel sonno sulla riduzione del rischio di incidenti stradali.

Lei opera presso il Centro per i disturbi cardiorespiratori durante il sonno del Consiglio Nazionale delle Ricerche di Palermo.

Ci vuole parlare di questa struttura?

Agli inizi degli anni '80 nasce sotto la guida del professor Giovanni Bonsignore l'Istituto di Fisiopatologia Respiratoria (IFR) del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) e il laboratorio per lo studio dei disturbi cardiorespiratori nel sonno è divenuto una delle strutture maggiormente caratterizzanti l'attività dell'Istituto.

Da alcuni anni l'Istituto di fisiopatologia respiratoria è entrato a far parte dell'Istituto di Biomedicina e Immunologia Molecolare "A. Monroy" (IBIM). Il centro si trova presso i locali dell'area della ricerca del CNR di Palermo.

L'attività del laboratorio ha avuto inizio quando le conoscenze di fisiologia e di patologia respiratoria nel sonno erano ancora ai primordi. Si andavano allora sviluppando alcune tecnologie di base che si sono rivelate essenziali per gli studi sulla respirazione nel sonno, e che sono tuttora utilizzate.

I lavori di ricerca eseguiti dai ricercatori di Palermo hanno riguardato sia aspetti relativi alla fisiologia cardiorespiratoria nel sonno in soggetti sani, sia la clinica, la fisiopatologia e metodologie diagnostiche e terapeutiche dei disturbi respiratori nel sonno in pazienti con diverse patologie.

La patologia maggiormente studiata è stata l'OSAS. ●