



Rotary Service 2015 - 2016

PROGETTO SALUTE



Rotary Club Fermo

OSAS

**SINDROME DELL'APNEA
OSTRUTTIVA DEL SONNO**

SCREENING DEL PERSONALE ADDETTO ALLA GUIDA DI MEZZI DI SOCCORSO

tenuto dalla Dott.ssa: **Calamita Simonetta Specialista Otorinolaringoiatra e Foniatra**. Dirigente I livello, Ospedale di Macerata specialista Otorinolaringoiatra, Foniatra, Disturbi del sonno, Asur Area Vasta 3. Con l'ausilio di specialista di logopedia, Nutrizionista e Audioprotesista.

Introduzione

Studi epidemiologici hanno rilevato l'elevata incidenza e gravità della Sindrome della Apnea Ostruttiva del Sonno (Osas) non diagnosticata e evidenziato che, anche una lieve apnea ostruttiva del sonno è ' associata a significative morbidità'.

In Italia, le dimensioni del problema Osas sono veramente importanti: e, (secondo una stima diffusione dell'Osas in Italia da fonte Istat 2002), di contro ad una patologia stimata di 1.600.000 pazienti, se ne identificano e, se ne trattano. all'incirca solo 50.000 tab1

In particolare, gli studi di prevalenza dell'Osas ,dimostrano che sono colpiti da tale patologia

- 1 soggetti fra 30 e 65 anni con BMI fra 26 e 28 , una percentuale oscillante fra il 3-28 %, presenta più di 5 apnee per ora di sonno (indice considerata limite inferiore di malattia) mentre fra 1% e 15% manifestano più di 15 apnee per ora di sonno (considerato indice di malattia di gravità moderata).
- 2 gli uomini presentano un numero patologico di apnee del sonno in una percentuale doppia o tripla rispetto alle donne, il rischio nelle donne aumenta dopo la menopausa e nell'ultimo trimestre di gravidanza
- 3 la prevalenza della malattia, ossia la presenza di sintomi diurni e di apnee nel sonno, nei soggetti normopeso fra 30 e 65 anni è del 4 % negli uomini e nel 2% nelle donne tab3
- 4 nei soggetti obesi con BMI >30 la prevalenza del disturbo oscilla intorno al 40%
- 5 negli anziani con più di 65 anni la definizione della sindrome è molto meno distinta ma è dimostrato che il 70% degli uomini e il 58% delle donne in questa fascia di età presentano più di 10 apnee per ora di sonno .tab 4

Fattori di rischio

I fattori di rischio dell'Osas sono rappresentati da

- obesità con BMI > 30,
- deposito di grasso al collo con circonferenza > 32 cm,
- alterazioni delle VAS e maxillo-facciali,
- rilasciamento della muscolatura faringea in fase Rem,
- asincronia della muscolatura del faringe (genioglosso) rispetto alla contrazione diaframmatica,
- ipotonia muscolare in posizione supina ,
- assunzione di alcool e benzodiazepine.

L'Osas rappresenta a sua volta un fattore di rischio

- cardiovascolare indipendente per ipertensione, ictus, tia, ischemia, ima, aritmie, ipertensione polmonare, insufficienza cardiaca.

- incidenti stradali per l'eccessiva sonnolenza causata dalla malattia , con percentuale pari al 1-3-% in USA,1,5% in Italia, il 23% in UK.

Il 41% degli incidenti stradali e il 54% degli incidenti mortali avvengono in periodo di massima predisposizione all'assopimento e gli incidenti causati da colpi di sonno sono mediamente più gravi di quelli di altre cause.tab8

La percentuale sembra sottostimata notevolmente rispetto a quanto dimostrato da uno studio Italiano pubblicato nel 2001. Tale studio ,che esamina il totale degli incidenti occorsi dal 1993 al 1997 sulla Rete Autostradale Nazionale ha portato a stimare la sonnolenza come causa o concausa del 21.9 % dei sinistri verificatisi..E' stato valutato che tra gli incidenti legati ad eccessiva sonnolenza l'Osas inciderebbe per il 50%, (La valutazione eseguita ha preso come riferimento temporale l'anno 2002 in cui secondo l'Istat, gli incidenti stradali in Italia sono stati 239.354 con 6.739 vittime e 341.660 feriti) .

- causa di morte sia diretta (incidenti stradali) sia indiretta provocando patologie di altri organi in particolare cuore e cervello

I Costi

I costi totali derivanti dall'Osas possono essere suddivisi in diretti e indiretti.

I costi diretti sono i costi sostenuti dal SSN, dalla famiglia e dalla comunità per curare la patologia; i costi indiretti costituiti dalle perdite produttive e i costi del dolore e della perdita del tempo libero.

Essi possono essere così imputabili:

1 Costi sanitari dovuti al mancato trattamento della sindrome (comprendono una percentuale che oscilla dal 68 % al 138% in più', nei pazienti non trattati (Ronaldi et all)

2 Costi sanitari causati da incidenti stradali rappresentati da costi diretti calcolati sulla base del costo sanitario medio per evento, (evidenze fornite da dati istat). e costi indiretti, imputabili a mancata produzione presente e futura, dovuta all'invalidità parziale o totale riportata, i costi relativi ai danni materiali, amministrativi e a quelli giudiziari; ai costi di trasporto e dell'eventuale assistenza integrativa.

3 Costi per incidenti sul lavoro

4 Costi diretti per incidenti domestici e durante il tempo libero di rilevanza non trascurabile.

Inoltre i costi totali stimati per l'Osas, raggiungono la considerevole cifra compresa tra i 3.5-5 mld di euro, corrispondente ad una percentuale fra lo 0.29 e lo 0.4% del PIL nazionale (fonte ISTAT 2002 PIL=1995.225 mld euro)

Conclusioni

A fronte dello scenario profilato, una Programmazione Sanitaria Governativa risulta indispensabile, oltre che per l'evidente interesse di contenimento dei costi sanitari, anche nella dovuta tutela dell'interesse della comunità e in particolare della sicurezza pubblica, che rappresenta un'importante priorità per il nostro paese .

Nell'ottica di una corretta gestione della Sindrome ci siamo prefissi di effettuare uno studio sulla categoria di Autisti di Croce Verde del Fermano al fine di effettuare una diagnosi precisa di tale patologia e di prevenire le sue gravi conseguenze.

Tale progetto verterà effettuato dallo Specialista Otorinolaringoiatra Qualificato per lo studio e diagnosi di tale patologia che effettuerà una un visita specialistica, al fine di evidenziare patologie del tratto respiratorio superiore, e lo studio Polisonnografico che valuterà i parametri cardio vascolari del paziente durante il sonno.

Simonetta Calamita

Dati epidemiologici

(Winsconsin Sleep Cohort Study in North America ; NEJM 1993)

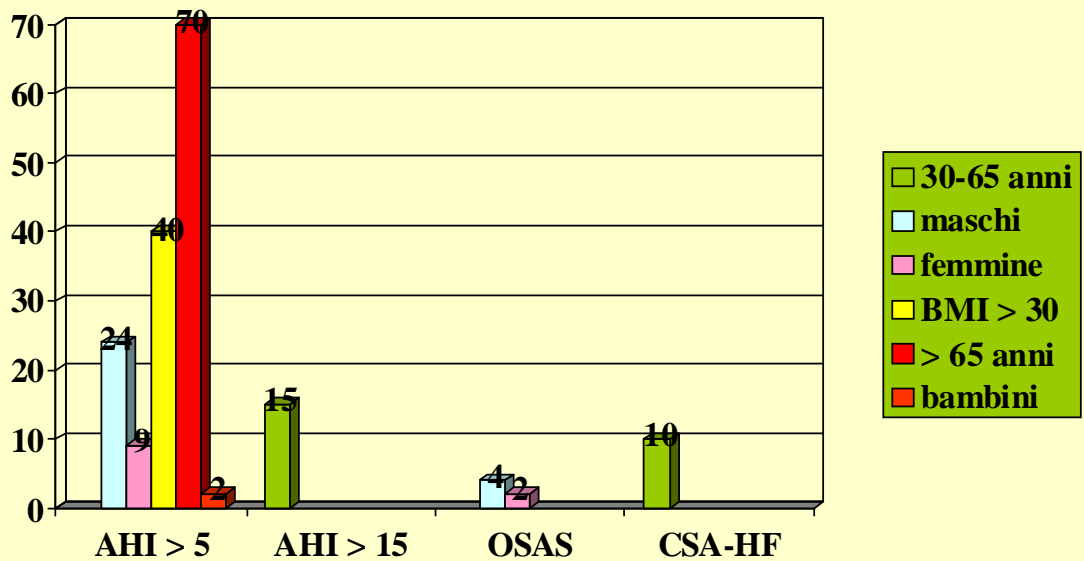


Fig 1

Fascia d'età	Popolazione italiana Maschile*	Stima tasso prevalenza OSAS sui maschi	Popolazione Maschile OSAS (STIMA)	Popolazione italiana Femminile*	Stima tasso prevalenza OSAS sulle femmine	Popolazione Femminile OSAS (STIMA)
0 - 5	1.714.974	2,00%	34.299	1.616.554	2,00%	32.331
6-10	1.392.736	2,50%	34.818	1.313.758	2,50%	32.844
11-29	6.210.464	1,16%	70.957	5.946.120	1,16%	68.157
30 - 60	13.047.240	4,00%	521.890	13.007.157	2,00%	260.143
61 - 90+	5.952.502	4,00%	238.100	8.040.355	4,00%	321.614
Totale	28.317.916	3,21%	900.065	29.923.944	1,88%	715.089

Tabella 2: Stima della diffusione dell'OSAS in Italia in base al genere (dati popolazione 2002, fonte ISTAT)

Fig.2

OSAS PREVALENCE

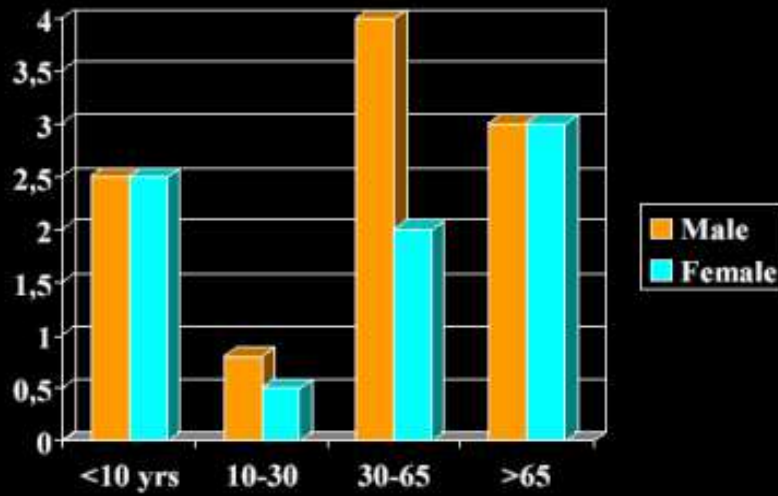
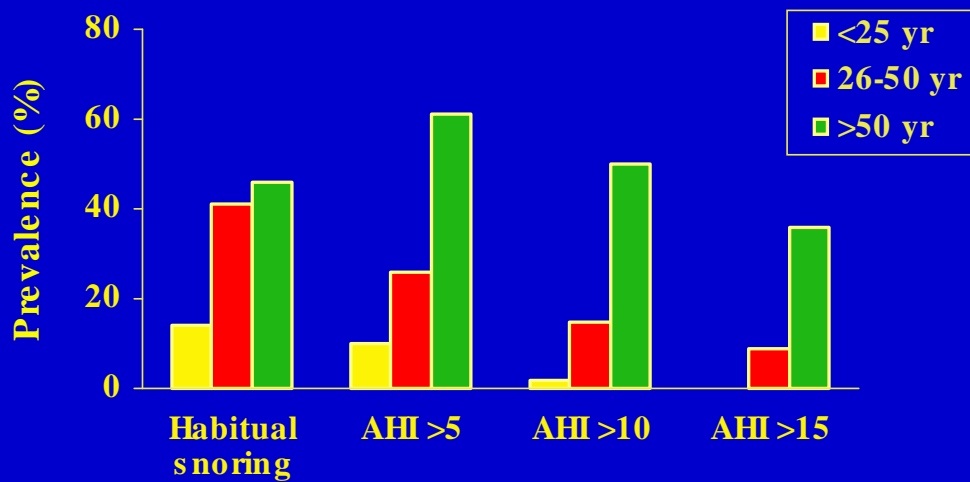


Fig. 3

AHI distribution by age (Cleveland Family Study)



Strohl and Redline, AJRCCM 1996; 154: 279-289

Fig. 4

Prevalence of OSA in cardio- and cerebro-vascular disease

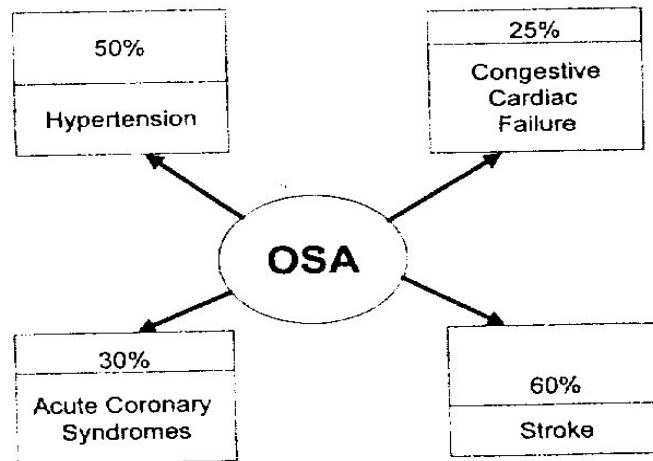


Fig. 5

1434 Lattimore et al. OSA and Cardiovascular Disease

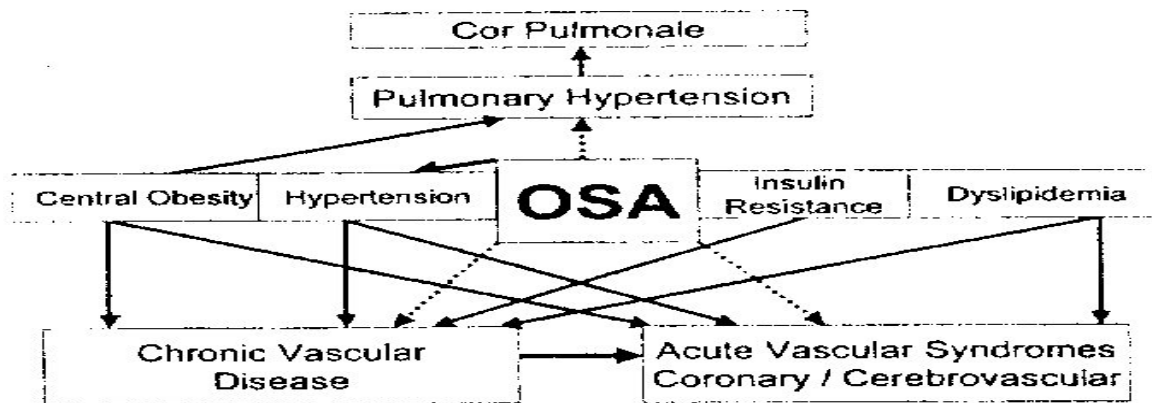


Figure 4. Schema illustrating the risk factor clustering of obstructive sleep apnea (OSA) and the proposed links to both acute and chronic vascular disease. **Solid line** = proven risk factor; **dashed line** = potential risk factor.

Fig. 6

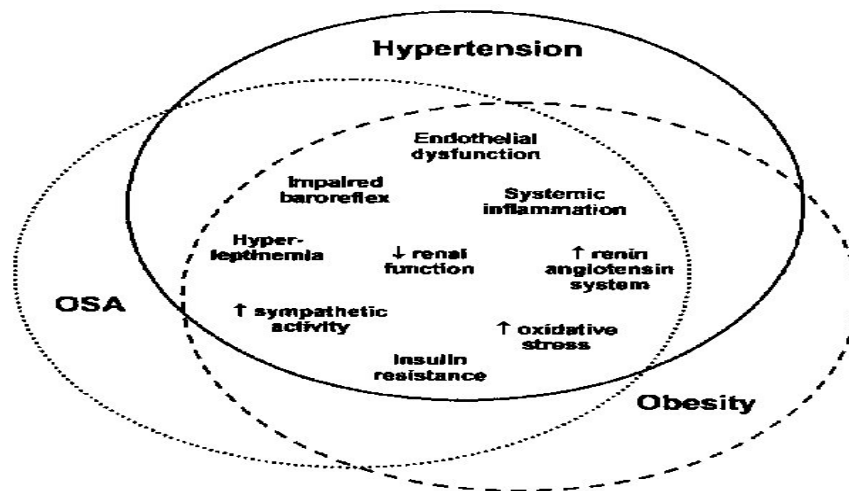


Figure 8. Putative pathophysiological mechanisms involved in the interactions between obesity, OSA, and hypertension.

Fig. 7

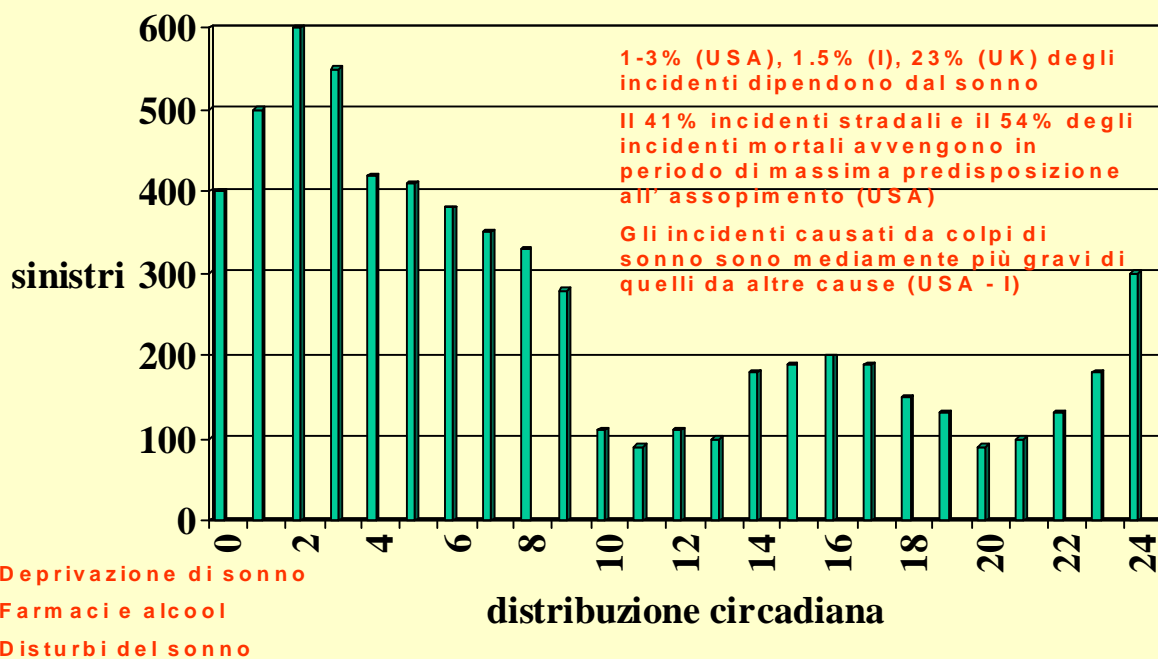


Fig. 8

Sleep Disordered Breathing and Mortality: Eighteen-Year Follow-up of the Wisconsin Sleep Cohort

Terry Young, PhD¹; Laurel Finn, MS¹; Paul E. Peppard, PhD¹; Mariana Szklo-Coxe, PhD¹; Diane Austin, MS¹; F. Javier Nieto, PhD¹; Robin Stubbs¹, BS; K. Mae Hla, MD²

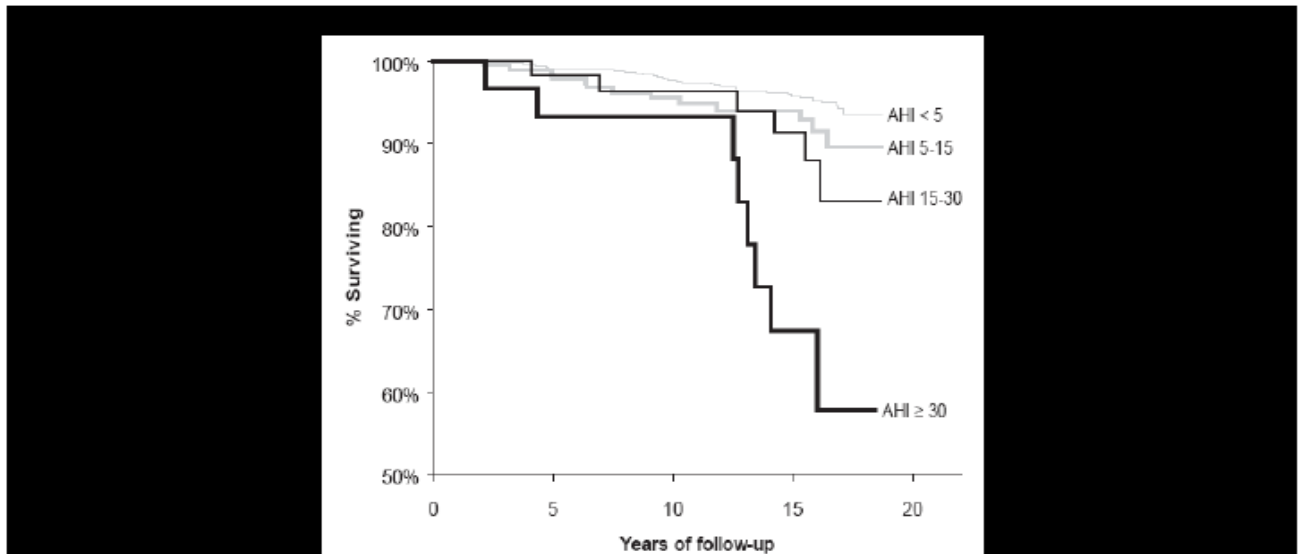


Fig. 9

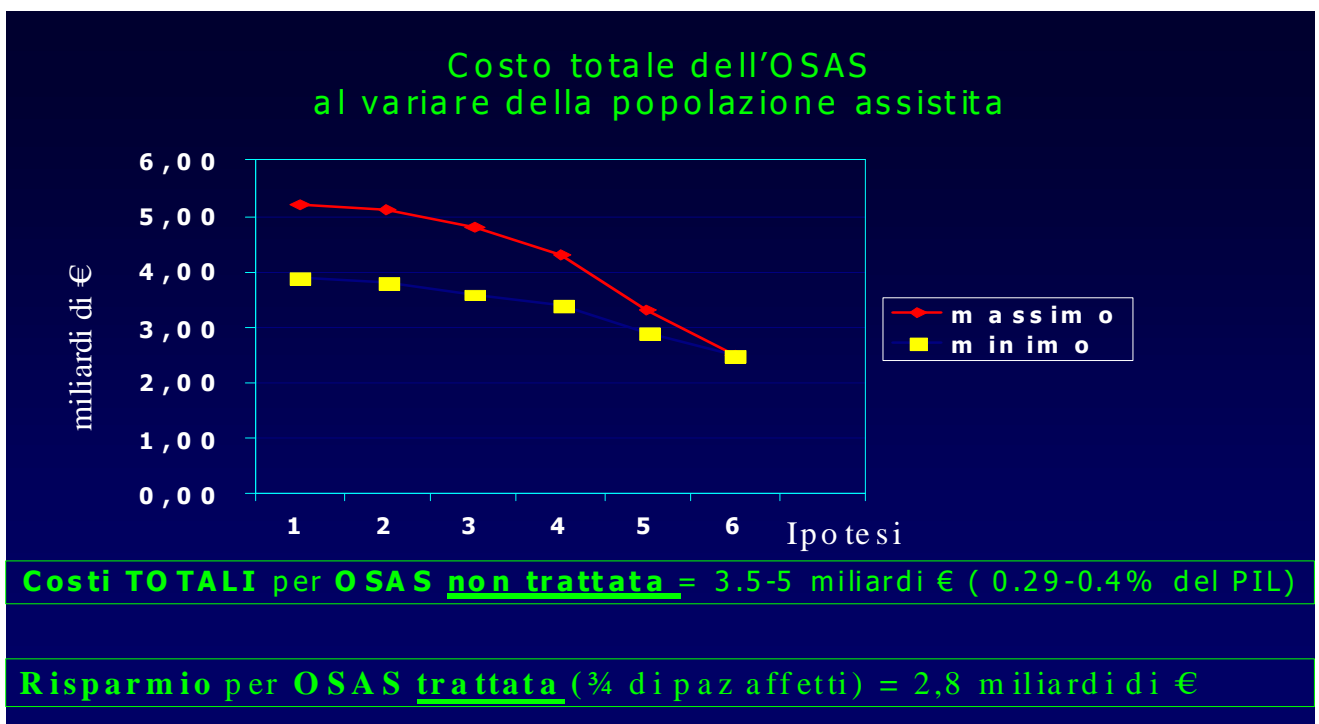


Fig. 10