



Collegio Italiano dei Chirurghi

Il Presidente
Dott. Marco Piemonte

AUDIZIONE INFORMALE PRESSO LA CAMERA DEI DEPUTATI - XII COMMISSIONE AFFARI SOCIALI
Discussione delle risoluzioni 7-00172 Boldi e 0-00391 Carnevali
in tema di "Prevenzione, diagnosi e cura della sindrome delle apnee ostruttive del sonno"

MEMORIA DEL COLLEGIO ITALIANO DEI CHIRURGI (C.I.C.)

La Sindrome delle Apnee Notturme Ostruttive (nota con l'acronimo OSAS, Obstructive Sleep Apnea Syndrome) è riconosciuta in ambito medico-scientifico come una precisa patologia cronica di rilevante interesse clinico, di carattere multidisciplinare e di interesse multiprofessionale, con importanti ricadute in ambito umano, sanitario e sociale.

Il Collegio Italiano dei Chirurghi (CIC), ente morale apolitico che riunisce circa 60 Società Scientifiche Italiane di tutte le branche della Chirurgia – in rappresentanza di circa 50.000 chirurghi italiani - con la precisa finalità statutaria di "contribuire a migliorare i livelli di cura dei Pazienti e di promuovere gli interessi scientifici, culturali ed organizzativi dell'area chirurgica" (Art. 2 dello Statuto CIC), riconosce interesse prioritario alla patologia OSAS, in considerazione del rilevante impatto clinico-assistenziale di questa patologia nelle pratiche preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di numerose specialità e Società Scientifiche afferenti (Otorinolaringoiatria, Chirurgia Maxillo-Facciale, Odontoiatria, Chirurgia dell'Obesità, Cardiochirurgia, Neurochirurgia, ecc.). Per questo motivo il CIC ritiene di poter assicurare un contributo costruttivo in ambito conoscitivo e propositivo.

Come ampiamente e dettagliatamente descritto nelle risoluzioni Boldi e Carnevali, oggetto di discussione in sede di XII Commissione Affari Sociali, la "**Sindrome delle Apnee Notturme Ostruttive**" (OSAS) riconosce nella sua genesi una ostruzione da varia causa e con diversa morfologia in corrispondenza delle prime vie aero-digestive, nelle quali vengono schematicamente riconosciuti tre diversi e possibili livelli di ostruzione: cavità nasali (I livello), orofaringe superiore (palato molle e tonsille, II livello) e orofaringe inferiore-laringe (III livello). L'ostruzione della via respiratoria esercita un importante impoverimento della funzione respiratoria durante il sonno, con ricadute anche sulla qualità di vita diurna.

In particolare le principali conseguenze fisiopatologiche dell'OSAS possono essere così riassunte:

- L'OSAS determina gravi alterazioni della regolare funzione di sonno, con forte russamento, risvegli improvvisi, sonno non efficace ai fini del riposo, periodi di interruzione della regolare respirazione (apnee)
- Le apnee durante il sonno disturbato dall'OSAS determinano a loro volta frequenti ed importanti desaturazioni di ossigeno (ipossia) e aumento dell'anidride carbonica nel sangue (ipercapnia)

- Lo stato di ipossia ricorrente o cronica è strettamente correlato ad un significativo aumento del rischio di accidenti vascolari cardiaci (infarto miocardico) e cerebrali (ictus cerebrale)
- Le alterazioni determinate dall'OSAS sulle funzioni di regolazione dell'organismo interagiscono ed aggravano le alterazioni metaboliche del nostro corpo, con conseguenze sfavorevoli – ad esempio – su ipertensione arteriosa, iperglicemia-diabete, alterazioni del metabolismo lipidico, obesità, ecc., che a loro volta interferiscono in modo sfavorevole ed aggravante sull'attività di sonno e quindi sull'OSAS medesima.
- “Last but not least”, l'OSAS è responsabile di stanchezza, cali di rendimento e sonnolenza diurna da inefficace riposo notturno.

Tra le **caratteristiche proprie dell'OSAS** si devono necessariamente sottolineare i seguenti punti, sia pure in forma sintetica:

- La patologia OSAS riveste rilevante importanza epidemiologica, secondo recentissimi studi, interessando il 27% della popolazione italiana (con OSAS moderato-severo) (*Armeni P et al, 2019*)
- La patologia OSAS riveste rilevante importanza clinica, per le conseguenze sanitarie e mediche
- La patologia OSAS riveste rilevante importanza sociale, per le conseguenze umane, gestionali, sociali ed economiche
- La patologia OSAS e le sue conseguenze sono spesso poco conosciute e/o sottovalutate sia in ambito di popolazione generale, sia in ambito sanitario, tanto che solo il 4% della prevalenza stimata dei pazienti OSAS viene identificata e diagnosticata e solo il 2% viene correttamente trattata.
- La patologia OSAS attualmente non è neppure correttamente accettata dal punto di vista psicologico e sociale, come dimostra la marcata differenza di casi diagnosticati in maschi e femmine (da 10:1 a 2:1, a seconda delle diverse casistiche).
- Impropiamente la patologia OSAS viene spesso considerata ancor'oggi una malattia “acuta”, suscettibile di terapia “una tantum” e monomodale e pertanto di conseguente risoluzione clinica.
- A tutti gli effetti, invece, la patologia OSAS deve essere riconosciuta come “patologia cronica” (per rispondenza ai criteri internazionali in tal senso) e, soprattutto, come “FATTORE DI RISCHIO”, in considerazione delle ricadute cliniche e sociali per i pazienti affetti e per l'intera comunità.

L'espressione “Fattore di rischio” deve essere inteso in questo ambito con una molteplice accezione:

- 1) “fattore di rischio” sulla Qualità della vita del cittadino, perché compromette quasi costantemente e con diversa gravità i rapporti familiari e sociali, le prestazioni affettive, le attività sociali, il rendimento lavorativo.
- 2) “fattore di rischio” sanitario, in quanto l’OSAS è direttamente correlata – in forma bidirezionale – con l’insorgenza e il progressivo aggravamento di importanti patologie cardiovascolari (ipertensione, ischemia cardiaca, infarto miocardico, vasculopatie), neurologiche (ipossia cerebrale, microangiopatie cerebrali, ischemia cerebrale, ictus), endocrino-metaboliche (obesità, diabete, ecc.) e pneumologiche (asma, COPD).
- 3) “fattore di rischio” in ambito lavorativo: la sonnolenza, il calo di attenzione e di capacità prestazionale durante l’attività di lavoro sono da tempo riconosciuti come fattori o co-fattori di primo piano sull’incidentalità lavorativa (ivi compresi incidenti mortali)
- 4) “fattore di rischio” in ambito stradale: i “colpi di sonno” diurni, la sonnolenza, il calo di attenzione, reattività e capacità prestazionali durante la guida di autoveicoli (ivi compresi autocarri, autoarticolati e autobus) sono da tempo riconosciuti come fattori o co-fattori di primo piano sull’incidentalità stradale (il 22% degli incidenti stradali viene correlato a cause OSAS; le conseguenze mortali negli incidenti OSAS-correlati sono doppie – 11,4% - rispetto agli incidenti non OSAS-correlati – 5.6%- . *S.Garbarino et al., 2004*)
- 5) “fattore di rischio” in ambito economico, in quanto la responsabilità dell’OSAS nell’insorgenza, mantenimento e progressivo peggioramento di altre patologie di interesse socio-economico rilevante (patologie cardiovascolari, patologie neurovascolari, patologie endocrino-metaboliche, patologie broncopolmonari) è ormai acclarato e riconosciuto.

A tutt’oggi la patologia OSAS richiede a nostro parere la massima attenzione da parte delle istituzioni, della comunità scientifica e medica “in primis” e di tutta la popolazione per la sussistenza dei seguenti **problemi**:

- 1) Problema dell’informazione: necessità di una più estesa e corretta diffusione delle conoscenze sull’OSAS non solo tra la popolazione, ma anche tra la comunità medica (in particolare nell’ambito della medicina di base (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) e della medicina preventiva/medico-legale (medicina scolastica, medici monocratici di valutazione idoneità alla guida, medici del lavoro, ecc.). L’informazione sull’OSAS deve essere estesa anche a figure professionali socio-sanitarie, quali infermieri, assistenti sanitari, assistenti sociali, dietisti, fisioterapisti, ecc.) che sono coinvolti in prima persona nell’identificazione presuntiva e precoce dei casi misconosciuti e nel trattamento dell’OSAS.

- 2) Problema della formazione: necessità di una più attenta e approfondita formazione generale e specialistica sull'OSAS a tutti i livelli degli studi medici e odontoiatrici, dal corso universitario magistrale ai corsi di specializzazione e ai corsi di formazione post-laurea)
- 3) Problema della prevenzione: nel momento in cui si riconoscano, come già avvenuto in ambito medico-scientifico, le caratteristiche di "fattore di rischio", di "malattia cronica" e di "patologia sociale" dell'OSAS, ne consegue la necessità di provvedimenti legislativi, organizzativi, sanitari e sociali al fine di attivare tutte le forme utili di prevenzione primaria, secondaria e terziaria in questo ambito
- 4) Problema diagnostico: la diagnosi di OSAS, che richiede il rispetto di criteri e di protocolli di studio ormai codificati a livello internazionale e nazionale, può giovare di diversi momenti e di contributi finalizzati a diverse popolazioni:
 - "Screening" organizzati su popolazioni selezionate
 - Diagnosi presuntiva/precoce in occasione di prestazioni/assistenza sanitaria "generale" (Medicina Generale, Pediatria di Base, Odontoiatria, Specialistica Ambulatoriale, ecc.)
 - Diagnosi presuntiva/precoce in occasione di visite mediche di idoneità specifica (alla guida, allo sport, al lavoro, al porto d'armi, al servizio militare, ecc.)
 - Diagnosi specialistica di OSAS, a cura di personale medico e odontoiatrico (ORL, Chirurghi Maxillo-Facciali, Odontoiatri, Pneumologi, Neurologi, ecc.)
 - Diagnosi delle comorbidità (cardiologiche, neurologiche, endocrinologiche, ecc.)
 - Precisazione diagnostica del grado e delle caratteristiche cliniche dei casi di OSAS identificati nei livelli precedenti, a cura di personale medico "competente" in OSAS che abbia acquisito specifica competenza attraverso corsi "ad hoc" (già oggi esistenti ed organizzati da diverse Società Scientifiche)
- 5) Problema terapeutico: Le opzioni terapeutiche sull'OSAS sono oggi ben definite e riconoscono "in primis" la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità dell'approccio terapeutico.

Le terapie integrate applicabili nel OSAS prevedono infatti trattamenti di ordine medico (CPAP, terapia dietologica, modificazione delle abitudini improprie di vita, ecc.), chirurgico (Otorinolaringoiatria, Chirurgia maxillo-facciale, Chirurgia odontoiatrica, Chirurgia bariatrica) e protesico (MAD, "bites", ecc.)
- 6) Problema del "follow up": in quanto patologia cronica, l'OSAS richiede la formulazione di programmi personalizzati di "follow up" nel tempo per monitorare non solo l'evoluzione della patologia di base, ma anche delle comorbidità.

Ai problemi squisitamente clinici si aggiungono ulteriori aspetti problematici che devono essere necessariamente presidiati negli ambiti e nelle sedi specifiche:

- 7) Problemi legislativi: la specificità dell'OSAS richiede provvedimenti legislativi "ad hoc", aggiornati, precisi e comprensivi delle diverse sfaccettature sociali e applicative tipiche di problematiche complesse
- 8) Problemi organizzativi: attualmente l'organizzazione sanitaria, pur a fronte di un problema sanitario e sociale importante, non appare adeguata alle esigenze e alle richieste assistenziali in ambito diagnostico e terapeutico, tanto che solo una piccola parte dei pazienti OSAS viene correttamente e tempestivamente diagnosticata e curata
- 9) Problemi sociali di qualità di vita, di sicurezza del cittadino e del lavoratore, di prevenzione e riduzione delle patologie acute e croniche conseguenti alla sottovalutazione clinica dell'OSAS nella popolazione.

"Last but not least":

- 10) Problemi economici e ricadute dell'OSAS (correttamente identificata e curata nella popolazione versus identificazione/cura sporadica o occasionale) sulla politica economica del Paese. E' indubbio che una politica di prevenzione/diagnosi/terapia dell'OSAS su grandi numeri di popolazione può rappresentare un impegno economico apparentemente enorme, data la prevalenza statistica di questa patologia in ambito di popolazione circa 1/3-1/5 della popolazione), ma i costi correlati devono essere necessariamente valutati in una più ampia visione che comprenda anche:
 - Miglioramento della salute generale della popolazione
 - Miglioramento della qualità di vita della popolazione
 - Prevenzione delle morti premature da cause cardiovascolari e neurovascolari
 - Riduzione dei costi per minore incidenza di patologie cardiovascolari e neurovascolari (spesso con impegni assistenziali cronici, "long lasting", di rilevante costo economico e sociale)
 - Riduzione degli incidenti stradali (e quindi dei relativi costi umani e sociali)
 - Riduzione degli incidenti sul lavoro (e quindi dei relativi costi umani e sociali)
 - Contrasto attivo al calo di produttività della popolazione affetta da OSAS e comorbidità.

Ai fini di una più estensiva e approfondita valutazione dei costi "sociali" dell'OSAS e delle sue comorbidità, mi permetto di suggerire la lettura del recente studio di P. Armeni, L. Borsoi, F. Costa, G. Donin e A. Gupta: " Cost-of-illness study of Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS) in Italy", Editore SDA Bocconi – CERGIS di Milano, 10 giugno 2019 (facilmente reperibile in Internet tramite il sito bibliografico PubMed).

In sintesi e a conclusione di questa sintetica memoria, il Collegio Italiano dei Chirurghi ritiene di sostenere con convinzione le iniziative in essere volte a riconoscere il carattere di "cronicità" e di



Collegio Italiano dei Chirurghi

“malattia sociale” della Sindrome delle Apnee Notturne Ostruttive – OSAS, con tutte le conseguenze legislative, sociali ed economiche ad esso connesse, nel superiore interesse della salute e del benessere della popolazione italiana e della più oculata, proficua e vantaggiosa allocazione delle risorse nazionali in una moderna visione prospettica della Sanità Pubblica.

Il Collegio Italiano dei Chirurghi e il suo Presidente, in ottemperanza ai mandati statutari e alla sua “mission”, offrono fin da ora il proprio entusiastico supporto in questo ambito, impegnandosi in prima persona e con le Società Scientifiche afferenti a sostenere con il proprio impegno e le proprie iniziative ogni programma di intervento scientifico, culturale, sanitario e sociale in ambito di OSAS.