

OSAS

SINDROME DELLE APNEE
NOTTURNE

28 SETTEMBRE 2019

ASPETTI GESTIONALI DOMICILIARI: DAL SUPPORTO PSICOLOGICO ALLA GESTIONE DEI DISMETABOLISMI

Maurizio Verducci

In uno studio canadese su 80 pazienti in CPAP solo il **54%** risultava in trattamento dopo 5 anni.

Miglioramento del sonno	91%
Maggior benessere	88%
Soddisfazione per il trattamento	83%
Maggiore energia	76%
Minore cefalea	16%

Can Respir J. 2008 Oct

N. Wolkove et al., Long-term compliance with continuous positive airway pressure in patients with obstructive sleep apnea

In altro studio su 298 pazienti il **92,3%** ha completato il primo mese di terapia.

Dopo un anno risultavano ancora in terapia il **73,9%**, con una maggiore aderenza da parte delle donne.



Sleep Medicine December 2013

L. Fordyce et al., CPAP compliance – the first year and beyond

Il **15%** aveva abbandonato dopo un anno.

Passaggio al trattamento ortodontico (33%)

Trattamento chirurgico (17%)
(uvulopalatofaringoplastica)

Tentativo di perdere peso (8%)

Rumore e disagio dell'apparecchio (17%)

Antipatia per l'apparecchio(17%)

Claustrofobia (8%)

Sleep Medicine December 2013

L. Fordyce et al., CPAP compliance – the first year and beyond

Il **31%** addirittura non aveva continuato dopo il mese di prova.

Apparecchio sgradito (44%)

Necessità non compresa (40%)

Motivi economici (12%)

Preferenza per trattamento alternativo (12%)

Sleep Medicine December 2013

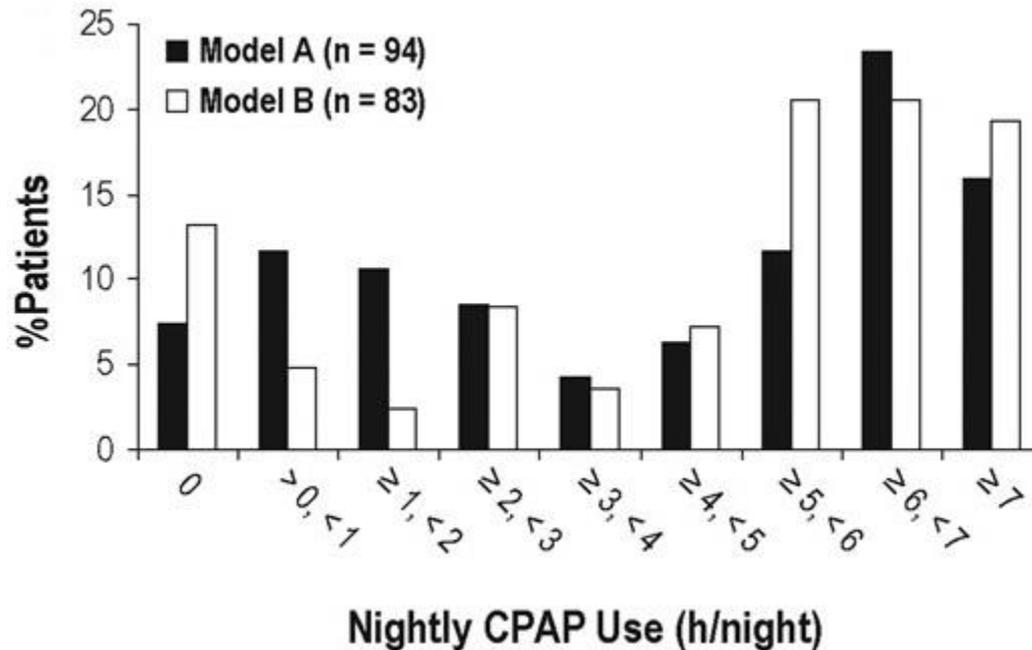
L. Fordyce et al., CPAP compliance – the first year and beyond

In uno studio italiano è stato osservato che l'aderenza a lungo termine non è direttamente correlata al **tempo** dedicato all'intervento educativo, ma la percentuale cumulativa di pazienti che presentano una buona aderenza è correlata al **numero di accessi** per colloqui di rinforzo. Una buona aderenza è fortemente correlata alla scomparsa della sonnolenza diurna e al miglioramento della sintomatologia soggettiva.

Journal of Biomedical Practitioners 2017

E. Peila et al., Efficacia e indicazioni del counseling e delle strategie educative nel miglioramento della compliance alla ventilazione a pressione positiva continua – CPAP

Un altro studio ha mostrato che non c'è una sostanziale differenza se i colloqui di rinforzo sono tenuti da infermieri (modello A) o medici (modello B)



Sleep, January 2011

The Effect of CPAP in Normalizing Daytime Sleepiness, Quality of Life, and Neurocognitive Function in Patients with Moderate to Severe OSA

La compliance per la CPAP è spesso definita come il trattamento per una media di 4 ore per notte per almeno il 70% delle notti.

Gli studi mostrano che il 29-83% dei pazienti non soddisfa il criterio.

L'autore suggerisce 10 regole per aumentare la compliance.

Sleep Review, October 1, 2008

Top 10 Practices to Increase CPAP Compliance

*Bill Pruitt, senior instructor in the Department of Cardiorespiratory Sciences,
College of Allied Health Science, University of South Alabama*

1. Istruzione del paziente e del partner all'uso dello strumento e richiami periodici
2. Inizio della terapia sotto controllo medico o infermieristico
3. Ripetuti contatti nella prima settimana per discutere i problemi emersi ed incoraggiare al proseguimento

Sleep Review, October 1, 2008

Top 10 Practices to Increase CPAP Compliance

*Bill Pruitt, senior instructor in the Department of Cardiorespiratory Sciences,
College of Allied Health Science, University of South Alabama*

4. Monitoraggio ogni 3-6 mesi della compliance del paziente e dell'efficacia della terapia
5. Supporto a lungo termine e soluzione dei problemi tecnici
6. Adattamento del dispositivo al paziente
7. Trattamento dell'eventuale congestione nasale

Sleep Review, October 1, 2008

Top 10 Practices to Increase CPAP Compliance

*Bill Pruitt, senior instructor in the Department of Cardiorespiratory Sciences,
College of Allied Health Science, University of South Alabama*

8. Umidificazione per evitare la secchezza di bocca e naso (meglio se calda)
9. Scelta del sistema più adatto al paziente
10. Costituzione di gruppi di pazienti per autoaiuto



Sleep Review, October 1, 2008

Top 10 Practices to Increase CPAP Compliance

*Bill Pruitt, senior instructor in the Department of Cardiorespiratory Sciences,
College of Allied Health Science, University of South Alabama*

Alla luce delle precedenti considerazioni il medico di medicina generale, eventualmente con la collaborazione delle figure professionali adeguate (psicologo, dietologo...) deve:

- Assistere il paziente nella decisione del trattamento terapeutico
- Verificare nel tempo l'aderenza al trattamento e le eventuali problematiche emergenti
- ...

- Aiutare il paziente a raggiungere e/o mantenere il controllo dei fattori di rischio modificabili
 - Corretta alimentazione (in particolare, evitare pasti serali abbondanti)
 - Incremento dell'attività fisica
 - Eliminazione del fumo
 - Ridotto consumo di alcool (soprattutto la sera)
- Ricordare i rischi per la propria e l'altrui salute legati alla presenza di OSA non ben controllata

Il DECRETO del Ministero della Salute 3 febbraio 2016
contiene gli indirizzi medico-legali da osservare per
l'accertamento dell'**idoneità alla guida** dei soggetti
affetti da disturbi del sonno da apnee ostruttive notturne,
o sospettati di essere affetti da tale malattia.
Il medico monocratico, in caso di sospetto ...



- 1) russamento rumoroso e abituale (tutte le notti), persistente (da almeno sei mesi) «intermittente» per la presenza di «pause» respiratorie (apnee), e sonnolenza diurna
- 2) soggetti in cui, oltre al dato anamnestico del russamento, sia riscontrabile una delle seguenti condizioni: - obesita' - micrognatia e/o retrognatia - collo grosso
- 3) soggetti per i quali emerga russamento e la presenza di una o piu' delle seguenti patologie: - ipertensione arteriosa farmaco-resistente - aritmie (FA) - diabete mellito tipo 2 - cardiopatia ischemica cronica - eventi ischemici cerebrali - broncopneumopatie

Il DECRETO del Ministero della Salute 3 febbraio 2016 contiene gli indirizzi medico-legali da osservare per l'accertamento dell'idoneità alla guida dei soggetti affetti da disturbi del sonno da apnee ostruttive notturne, o sospettati di essere affetti da tale malattia.

Il medico monocratico, in caso di sospetto, **deve invitare il soggetto a compilare un questionario, sulla base del quale stabilire la necessità di invio alla Commissione Medica Locale per gli opportuni approfondimenti.**

Questionario "Sonnolenza diurna" sig.....

Capita di appisolarsi frequentemente nelle seguenti situazioni?

1 - davanti alla televisione Si () No ()

2 - in treno o in autobus o in macchina se non guida Si () No ()

3 - leggendo il giornale Si () No ()

4 - al cinema o ad una conferenza Si () No ()

5 - conversando con qualcuno o durante i pasti Si () No ()

6 - alla guida, nelle brevi soste del traffico? Si () No ()

Interpretazione dei risultati:

Risposte tutte negative = sonnolenza assente

Positive da n. 1 a n. 3 = presenza di **lieve** sonnolenza diurna

Risposta positiva da 4 a 6 = presenza di **eccessiva** sonnolenza diurna

- 1) russamento rumoroso e abituale (tutte le notti), persistente (da almeno sei mesi) «intermittente» per la presenza di «pause» respiratorie (apnee), e sonnolenza diurna
- 2) i soggetti in cui, oltre al dato anamnestico del russamento, sia riscontrabile una delle seguenti condizioni: - obesita' - micrognatia e/o retrognatia - collo grosso
- 3) i soggetti per i quali emerga russamento e la presenza di una o piu' delle seguenti patologie: - ipertensione arteriosa farmaco-resistente - aritmie (FA) - diabete mellito tipo 2 - cardiopatia ischemica cronica - eventi ischemici cerebrali - broncopneumopatie

I soggetti con russamento e sonnolenza “eccessiva” (alto rischio) ed i soggetti con russamento e sonnolenza “lieve” ma con la presenza di una delle condizioni di cui ai punti 2 o 3 (medio rischio) devono essere inviati alla C.M.L.

Rientrano in un profilo di basso rischio i soggetti con diagnosi di OSA che possono documentare l'assenza di sonnolenza diurna con dichiarazione di uno specialista esperto in disturbi del sonno, appartenente a struttura pubblica, attestante l'efficacia della terapia prescritta e l'aderenza al trattamento.



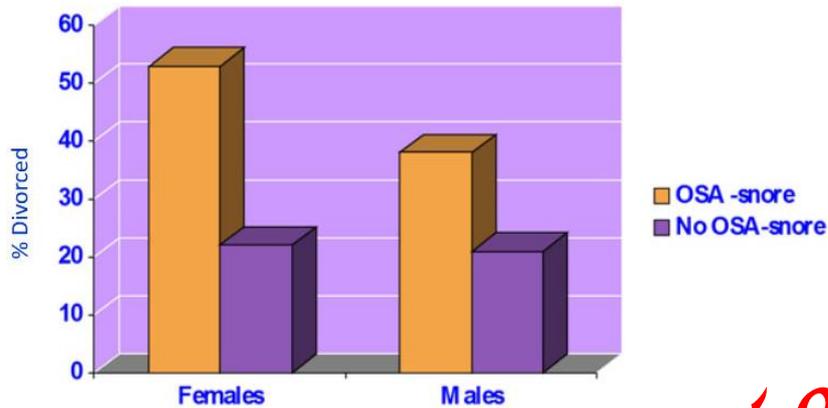
Resta il problema degli **infortuni sul lavoro** per i pazienti che svolgono attività a rischio che non necessitano di patente di guida (movimentazione aziendale interna, lavoro in altezza, lavoro notturno ...)

per cui il medico di medicina generale deve anche

- Raccogliere l'anamnesi lavorativa e responsabilizzare il paziente, chiedendogli, eventualmente, di metterlo in contatto con il medico competente (il quale, a sua volta, potrebbe fare proprie le indicazioni del D.M.Salute)

Insomma, dottore, se lei non fa qualcosa io divorzio!

Sleep apnea e divorzio



Grazie!

