

“Dottore, non ho chiuso occhio ...” Il medico di medicina generale e il paziente con insonnia

Fabio Samani

Medico di Medicina Generale, Trieste

Che cos'è l'insonnia

Se, intuitivamente, viene da pensare all'insonnia come a un'insufficiente quantità o qualità del sonno, prima di approfondire l'argomento è opportuno proporre una definizione del sonno e richiamare le sue funzioni.

Il sonno è una periodica interruzione dello stato di veglia, reversibile in ogni momento, caratterizzata da perdita della vigilanza, cioè dall'arresto della reattività cosciente all'ambiente, e da un aumento della soglia percettiva agli stimoli.

Il sonno resta un enigma biologico: coinvolge tutto l'organismo, è un bisogno irrinunciabile per la sopravvivenza, la sua privazione altera i ritmi biologici. Quanto a funzioni, l'ipotesi più convincente è che esso serva alla “restaurazione del cervello”. Infatti il cervello, in particolare la corteccia, è l'unico organo che può riposare solo durante il sonno. La privazione di sonno comporta disturbi quasi esclusivamente a carico del sistema nervoso.

L'insonnia è l'esperienza di un sonno insufficiente o di scarsa qualità descritto da uno o più di questi sintomi: difficoltà a iniziare o mantenere il sonno, risveglio precoce mattutino e sonno poco ristoratore.

Oltre ai sintomi notturni, che si definiscono come indicatori dell'insonnia, sono spesso presenti anche disturbi diurni come astenia, sonnolenza, difficoltà di concentrazione e irritabilità. I disturbi diurni possono avere importanti effetti negativi sulla salute e sulla qualità della vita. Se l'insonnia presenta solo i sintomi notturni è definita “insonnia di primo livello”, se questi sono invece accompagnati da manifestazione diurne si descrive come “insonnia di secondo livello”¹.

L'insonnia si manifesta in seguito ad un'alterazione dei meccanismi fisiologici che determinano il sonno e influenza la sensazione soggettiva di benessere, fino a determinare alterazioni di tipo psichico, cognitivo e/o somatico.

L'insonnia è una sensazione soggettiva di sonno insufficiente, insoddisfacente o non riposante, che causa disagio e può indurre disturbi diurni come sonnolenza, ansia e deficit di concentrazione e memoria

Come si classificano i disturbi del sonno

Una classificazione diagnostica dei disturbi del sonno è importante al fine di standardizzare le definizioni, aumentare le conoscenze in materia, promuovere uno spettro più ampio di diagnosi differenziali e facilitare un approccio diagnostico e quindi terapeutico sistematico. La Classificazione Internazionale dei Disturbi del Sonno, *International Classification of Sleep Disorders* (ICSD) è una delle principali fonti diagnostiche, epidemiologiche e di codifica per i clinici ed i ricercatori nel campo dell'insonnia e dei disturbi del sonno. Prodotta dall'*American Academy of Sleep Medicine* in associazione con l'*European Sleep Research Society*, la *Japanese Society of Sleep Research* e la *Latin American Sleep Society*, pubblicata per la prima volta nel 1990, è giunta alla sua seconda edizione (ICSD-2) nel 2005².

In Tabella I sono riassunti i criteri diagnostici generali proposti dall'ICSD-2.

L'ICSD-2 classifica i disturbi del sonno in otto categorie maggiori, che comprendono più di 70 diagnosi specifiche, nonché due ulteriori appendici che classificano i disturbi del sonno associati a un disturbo medico o a uno psichiatrico.

L'insonnia comunemente detta è quindi solo uno dei diversi disturbi del sonno, certamente il più frequente. Peraltro, in un approccio clinico non dobbiamo dimenticare l'esistenza degli altri disturbi, quali la sindrome delle gambe senza riposo, il sonnambulismo, il bruxismo, la sindrome delle apnee notturne, la sindrome da jet lag, tanto per citarne alcune.

Altri due importanti sistemi di classificazione nosologica si occupano anche dei disturbi del sonno: si tratta dell'ICD-9-CM (*International Classification of Diseases*) e del DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, a cura dell'*American Psychiatric Association*)³.

L'ICD-9-CM è stato rivisto contemporaneamente alla pubblicazione dell'ICSD-2, al fine di stabilire una grande concordanza tra i due strumenti. Il DSM-IV, invece, presenta qualche discrepanza, poiché la pubblicazione della più recente versione dell'ICSD ne ha reso obsolete alcune codifiche: le discrepanze saranno certamente risolte dalla pubblicazione del prossimo DSM-V.





Disturbi del sonno

Comprendono quattro categorie di disturbi (disturbi primari del sonno, disturbi del sonno correlati ad un altro disturbo mentale, disturbo del sonno dovuto ad una condizione medica generale, disturbo del sonno indotto da sostanze) organizzati in base alla presunta eziologia.

Disturbi primari del sonno

Dissonnie (anomalie della quantità, della qualità o del ritmo del sonno)

- Insonnia primaria (sembra essere un fattore di rischio, o un sintomo precoce di conseguenti disturbi dell'umore, dell'ansia o dell'abuso di sostanze)
- Ipersonnia primaria (episodio maggiore di sonno compreso tra le 8-12 ore, associato a sonnolenza diurna con frequenti addormentamenti e difficoltà al risveglio. Vi è un associazione con i disturbi dell'umore e con l'abuso di sostanze, tipicamente stimolanti)
- Narcolessia (ripetuti attacchi irresistibili di sonno ristoratore, cataplessia e intromissioni di elementi di sonno REM nella transizione tra sonno e veglia. 20-40% associato ad allucinazioni ipnagogiche o ipnopompiche. Fino nel 40% dei casi si possono identificare un disturbo mentale concomitante o una storia di disturbi mentali: disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi correlati a sostanze)
- Disturbo del sonno correlato alla respirazione
- Disturbo del ritmo circadiano del sonno

Parasonnie (comportamenti anomali o eventi fisiopatologici che si presentano durante il sonno, sia in specifiche fasi che nei passaggi sonno-veglia)

- Disturbo da incubi
- Disturbo da terrore nel sonno
- Disturbo da sonnambulismo

Disturbi del sonno correlati ad un altro disturbo mentale

Nella pratica clinica questa seconda evenienza va considerata come la più frequente. Il rilevamento di alterazioni del sonno in corso di disturbi psichiatrici è un'evenienza comune. Tuttavia, il loro inquadramento nella categoria diagnostica dei disturbi del sonno correlati ad altro disturbo psichiatrico del DSM-IV-TR richiede, tra gli altri, il criterio della durata (almeno un mese) e quello della significativa alterazione del funzionamento. In questi casi il disturbo del sonno viene diagnosticato come seconda diagnosi accanto a quella del disturbo psichiatrico 'primario'. Il DSM precisa comunque che questa diagnosi va effettuata solo quando l'alterazione del sonno è una lamentela predominante, ed è sufficientemente grave da giustificare una attenzione clinica indipendente (Criterio C, DSM-IV-TR).

- Insonnia correlata ad un altro disturbo mentale.
- Ipersonnia correlata ad un altro disturbo mentale.

Disturbi affettivi e disturbi del sonno

Dati epidemiologici stimano l'incidenza dei disturbi del sonno in pazienti depressi tra il 50 e il 90% dei casi. L'alterazione dipende dalla polarità dell'episodio, dalle caratterizzazione – caratteristiche melanconiche, caratteristiche atipiche – dalla gravità.

Ipersonnia: comune per le forme di depressione atipica. L'incidenza di ipersonnia è riportata nel 16-20% dei casi con diagnosi di disturbo depressivo.

Risveglio precoce: caratterizza in modo specifico le forme depressive a più forte connotazione 'biologica' (forme melanconiche). Il risveglio precoce, o comunque un disturbo del sonno è considerato come il più frequente *sintomo prodromico* che compare prima dei sintomi più specifici di alterazione del tono dell'umore.

I dati polisonnografici hanno messo in evidenza un quadro caratteristico, anche se non specifico, rappresentato da una aumentata latenza del sonno (SL), da una riduzione del tempo totale di sonno (TST), da una ridotta efficienza del sonno (SE), da una riduzione della latenza REM, con aumento della sua densità e della sua percentuale sul sonno totale.

Dopo la risoluzione dell'episodio depressivo e la normalizzazione del tono dell'umore, in un certo numero di casi persistono alcune anomalie polisonnografiche che sono predittive di un alto rischio di ricadute assumendo così una caratteristica tratto-dipendente.

È stato rilevato che i disturbi del sonno in età giovanile sono correlati all'incidenza cumulativa di disturbi depressivi nel corso della vita (31,6% vs. 10,4 nei controlli). Si è anche osservato che i disturbi del sonno sono un importante fattore predittivo per i disturbi depressivi.

L'episodio maniaco, l'episodio ipomaniaco, l'episodio misto presentano costantemente una riduzione dei tempi di sonno. L'insonnia nella mania precede spesso la comparsa della sintomatologia specifica dell'episodio e può persistere anche dopo la sua risoluzione, rappresentando dunque un importante target terapeutico. L'insonnia è stata infatti indicata come un fattore prodromico, in grado di far precipitare uno scompenso maniaco.

Disturbi d'ansia e disturbi del sonno

Nel *disturbo d'ansia generalizzata (GAD)* l'insonnia è un sintomo estremamente frequente. Esso è presente nell'80-90% dei casi, è rappresentato principalmente da difficoltà e ritardo nell'addormentamento, ma può essere presente anche come insonnia centrale e terminale.

Nel *disturbo di panico (DP)* i disturbi del sonno sono un sintomo poco frequente, soprattutto quando il DP non si associa ad un quadro di ansia generalizzata. È possibile però che la sensazione soggettiva sia di una scarsa qualità del sonno, così come la presenza di attacchi di panico notturni.

Nel *disturbo post-traumatico da stress (DPTS)* i disturbi del sonno sono presenti con elevata frequenza, soprattutto quando l'iperarousal ha un peso dominante nel quadro clinico.

Sono presenti difficoltà nell'addormentamento, risvegli precoci, cattiva qualità del sonno spesso associati a parasonnie REM (sogni terrifici).

Claudio Mencacci

Dipartimento di Psichiatria, Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli di Milano

TABELLA I
Criteri generali dell'insonnia.

International Classification of Sleep Disorders, Second Edition

1. Lamentare la difficoltà a prendere sonno, difficoltà a mantenerlo, o di svegliarsi troppo presto, o non fare un sonno ristoratore o un sonno di scarsa qualità. Nei bambini il disturbo del sonno è spesso riferito dai genitori che osservano la resistenza nell'andare a dormire o l'incapacità di addormentarsi da soli
2. Il disturbo spesso accade nonostante ci siano adeguate situazioni ed opportunità per dormire
3. Almeno una delle seguenti forme di disturbo diurno, legato alla difficoltà di dormire di notte, è riportato dai pazienti:
 - fatica o malessere
 - riduzione della concentrazione o della memoria
 - problemi sociali o professionali o scarso rendimento scolastico
 - disturbi dell'umore o irritabilità
 - sonnolenza diurna
 - riduzione dell'iniziativa, dell'energia e della motivazione
 - tendenza a commettere errori sul lavoro o incidenti stradali
 - tensione, mal di testa o disturbi gastrointestinali associati alla perdita di sonno
 - preoccupazione o ansia circa il sonno





Le otto categorie maggiori dell'ICSD-2

1. *Insomnia*
2. *Disturbi del sonno correlati alla respirazione*
3. *Ipersonnie di origine centrale*
4. *Disordini del ritmo circadiano del sonno*
5. *Parasonnie*
6. *Disturbi del sonno legati al movimento*
7. *Sintomi isolati e varianti normali*
8. *Altri disturbi del sonno*

Quanto è frequente l'insonnia

L'insonnia è un'evenienza comune: negli USA, circa il 33% degli adulti che hanno risposto a uno studio telefonico *random* ha riportato un disturbo del sonno ⁴ e nel 9% il problema era abituale. In Europa, la prevalenza di insonnia severa è calcolata tra il 4 e il 22% ^{5,6} e la sua durata media varia da 2 a 6 anni.

Il *sintomo* insonnia, che non soddisfa i criteri diagnostici di durata e di distress, si manifesta nel 30-40% degli adulti, mentre il *disturbo* insonnia, che invece ne soddisfa i criteri, si verifica nel 5-10%. Questo è molto rilevante nella pratica clinica in quanto la maggior parte degli individui con sintomi di insonnia non si sottopongono a valutazione medica o a trattamento, a meno che non presentino un significativo distress o scadimento delle funzioni globali ⁷.

L'insonnia è più frequente nelle femmine e aumenta con il progredire dell'età. Nei maschi si ha un primo picco tra i 24 e i 34 anni ed un secondo picco dopo i 65 anni; nelle femmine, invece, in coincidenza della menopausa e dopo i 65 anni. Inoltre esistono diversi fattori predisponenti quali l'appartenere a classi sociali meno elevate, l'essere single, pensionato, divorziato, casalinga, l'essere esposto a fattori di stress cronici.

Sebbene l'insonnia non sia un evento fisiologico dell'invecchiamento, è frequente nell'anziano nel quale l'architettura del sonno è alterata, con riduzione della percentuale di sonno profondo (fasi 3-4) ed aumento della fase 2 e del sonno REM. Ne risulta un'aumentata facilità al risveglio e, qualora la durata del sonno fosse normale, una percezione di cattivo sonno.

Con quale frequenza, nel corso della sua attività professionale, un medico generale si trova ad affrontare un problema di insonnia nei suoi pazienti?

Da un'analisi effettuata sui dati di *Health Search/Thales*, il database della Società Italiana di Medicina Generale, risulta che – su 628.220 pazienti in carico al 31/12/2006 a 418 MMG con dati "validati", distribuiti in ogni regione italiana in proporzione alla popolazione residente – una diagnosi di insonnia sia presente nelle cartelle cliniche

del 5,38% delle donne e nel 3,25% degli uomini ⁸. L'apparente sottostima del fenomeno è dovuta non solo all'insonnia misconosciuta, ma anche al fatto che non sempre un problema legato ai disturbi del sonno, pur essendo stato segnalato dal paziente o riconosciuto dal medico, viene codificato da quest'ultimo all'interno della cartella clinica del paziente.

In realtà, la prevalenza dell'insonnia nella popolazione afferente ai MMG, potrebbe anche essere più alta di quanto descritto in letteratura, in quanto le patologie concomitanti, che inducono il paziente a richiedere il consulto medico, potrebbero determinare o incrementare l'insonnia.

Tra il 2000 e il 2003 sono state condotte dall'AIMS (Associazione Italiana Malattie del Sonno) due indagini osservative al fine valutare con maggiore precisione i dati epidemiologici in Italia ^{9,10}.

Lo studio Morfeo 1 ha rilevato la prevalenza (pazienti con alterazione degli indicatori del sonno: 20%; pazienti insonni con disturbi diurni: 44%) e le caratteristiche dell'insonnia nei pazienti che si rivolgono al MMG, mentre lo studio Morfeo 2 ha consentito una valutazione capillare della gestione del paziente insonne da parte del MMG. Entrambi gli studi hanno evidenziato come anche in Italia l'insonnia abbia un'elevata prevalenza e un alto impatto sociosanitario. La gestione diagnostico-terapeutica è buona, ma presenta alcune aree suscettibili di miglioramento.

Sulla base dei risultati di questi due studi, a cura degli esperti dell'AIMS e di un board di MMG italiani, nel 2005 è stato elaborato un documento di consenso ¹¹ che tiene in considerazione le conoscenze sull'insonnia proprie degli specialisti delle malattie del sonno e la realtà dell'attività del MMG. Tale documento, scritto con l'intento di superare le difficoltà di applicare nella pratica clinica quotidiana dell'ambulatorio di Medicina Generale le numerose Consensus e linee guida elaborate in un contesto squisitamente specialistico, offre importanti spunti di riflessione, che riprendiamo in questa sede.

Indicatori notturni dell'insonnia

- *Difficoltà frequente all'addormentamento*
- *Risvegli notturni frequenti con difficoltà al riaddormentamento*
- *Risvegli precoci al mattino con impossibilità al riaddormentamento*
- *Cattiva qualità del sonno notturno, che è percepito come scarsamente ristoratore*

Come inquadrare clinicamente l'insonnia

La diagnosi di insonnia è un processo sequenziale nel corso del quale sono raccolte informazioni sui mol-

teplici aspetti che concorrono a produrre un disturbo del sonno nel singolo paziente; queste informazioni, valutate e tarate dal senso clinico e dalle conoscenze scientifiche del medico, sono fondamentali per individuare la causa dell'insonnia e la strategia terapeutica.

L'insonnia è l'esperienza di un sonno insufficiente o di scarsa qualità espressa da sintomi notturni (indicatori notturni dell'insonnia), che possono coesistere nello stesso paziente, e da eventuali disturbi diurni (indicatori diurni dell'insonnia). Il MMG deve essere in grado di identificare la presenza di entrambi.

L'insonnia può quindi esser caratterizzata da una serie di sintomi notturni: difficoltà ad addormentarsi (insonnia iniziale o dell'addormentamento), sonno interrotto da risvegli notturni multipli (insonnia intermittente o lacunare), risveglio mattutino precoce (insonnia terminale), sonno non ristoratore.

Oltre a questi, sono spesso presenti durante il giorno disturbi come astenia, sonnolenza, difficoltà di concentrazione e memoria, irritabilità e depressione, che possono avere importanti effetti negativi su salute e qualità di vita. Il sintomo "sonnolenza diurna" non è in realtà molto frequente negli insonni, probabilmente a causa di una condizione di errata percezione del sonno e della veglia oltre ad una possibile eccitazione fisiologica (*iperarousal*) che si crea in questi pazienti.

L'insonnia può portare anche ad alterazioni psichiche, quali diminuita capacità di attenzione e di concentrazione, diminuita vigilanza e reattività agli stimoli, turbe della memoria, perdite transitorie della coscienza (microsonni o "*lapses*"), alterazioni emotive e del tono dell'umore (ansietà, irritabilità, depressione, ipocondria), fino anche manifestazioni di tipo psicotico: allucinazioni, depersonalizzazione, dissociazione, deliri, disorientamento spazio-temporale (in alcuni soggetti predisposti, in insonnie particolarmente gravi o provocate sperimentalmente).

Diversi sono quindi i disturbi psichici e cognitivi che si possono riscontrare nei pazienti insonni e che devono essere interpretati come pura conseguenza dello stato di insonnia (specie se grave e persistente).

Lo stesso discorso vale per disturbi fisici di varia natura, che possono essere conseguenza diretta dello scarso e/o cattivo sonno (ad es. la cefalea) o essere causati dallo stato di stress psicofisico indotto dall'insonnia. Si possono infatti manifestare astenia, vertigini, cefalee, alterazioni dei riflessi e del tono muscolare, abbassamento della soglia del dolore, aumento della temperatura corporea e del metabolismo energetico, diminuzione globale dell'efficienza dell'individuo, maggiore incidenza delle malattie psicosomatiche collegate allo stress (ipertensione, ulcera gastrica, colon irritabile, disturbi anginosi, ecc.).

L'insonnia può essere classificata anche in base a durata, gravità ed eziologia.

La valutazione clinica dell'insonnia deve mirare innanzitutto a definire con precisione le modalità di presentazione del sintomo, la durata, la stabilità nel tempo, il contesto in cui si presenta.

Una domanda fondamentale da porre al paziente è "Quando è iniziata l'insonnia?". Ciò permetterà non soltanto di stabilire se si tratta di un'insonnia "di recente insorgenza" (meno di 1 mese) o di un'insonnia "cronica" (che dura da più di 1 mese), ma anche di correlare l'insonnia con eventi o situazioni nella vita del paziente che possono averla scatenata.

L'insonnia di recente insorgenza è spesso correlata a una situazione "disturbante"; più frequentemente si tratta di situazioni spiacevoli come un lutto familiare, la perdita del posto di lavoro, la notizia della malattia di un congiunto, contrasti in famiglia o con i vicini ecc. Talora il disturbo del sonno compare in relazione a un'aspettativa e in risposta a un'intensa emozione positiva, per esempio il matrimonio o una promozione sul lavoro, oppure a condizioni in cui ci si mette alla prova come un esame, un concorso, una gara sportiva.

Indicatori diurni dell'insonnia

- Astenia
- Disturbi dell'attenzione e della memoria
- Ansia e irritabilità
- Depressione
- Sonnolenza

L'insonnia "situazionale" può esaurirsi spontaneamente, ma può anche trasformarsi in una forma cronica di insonnia detta "psicofisiologica", sostenuta da meccanismi acquisiti di condizionamento negativo legati al sonno.

Quanto detto sottolinea la necessità di non sottovalutare un'insonnia di recente insorgenza e di non procrastinare troppo a lungo l'intervento terapeutico.

La gravità dell'insonnia è legata alla frequenza della manifestazione, quindi al numero di notti a settimana durante le quali il paziente dorme male. La durata totale del sonno, sebbene importante, può essere influenzata dall'errata percezione del paziente, che spesso sottostima la durata del sonno e sovrastima il numero e la lunghezza dei risvegli. Dal punto di vista temporale, un'insonnia può essere considerata grave se è presente almeno tre notti la settimana.

La gravità dell'insonnia può essere definita anche in relazione alla sua influenza sulle funzioni diurne, come la concentrazione ed il rendimento lavorativo.





Definizione dell'insonnia in base alla sua durata

- Occasionale
- Recente (insorta da meno di 1 mese)
- Persistente o cronica (da più di 1 mese)

L'insonnia ha spesso svariate cause e distinguere quando si tratti di una condizione primaria o piuttosto secondaria è molto difficile. Infatti il suo decorso potrebbe non seguire quello del disturbo primario e le due condizioni potrebbero richiedere trattamenti differenti. Per tali ragioni può essere preferibile il termine "comorbid insomnia" a quello di "insonnia secondaria".

Importante sottolineare come esista, e sia frequente, l'insonnia primaria, in quanto c'è ancora in qualcuno il pregiudizio che l'insonnia si manifesti solo a seguito della comparsa dell'ansia. L'insonnia primaria è idiopatica, come l'ipertensione essenziale; essa è compresa tra i disturbi "intrinseci" del sonno, cioè non è dovuta a cause esterne, ma trova origine all'interno della persona intesa nella sua complessità psicofisica.

Condizioni mediche generali possono essere associate, nella "comorbid insomnia": malattie cardiovascolari (insufficienza cardiaca, arteriopatia coronarica), polmonari (asma, malattia polmonare cronica ostruttiva), neurologiche (stroke, Parkinson, neuropatia, malattia cerebrovascolare, trauma cranico), gastrointestinali (reflusso gastroesofageo), genitourinarie (insufficienza renale cronica, ipertrofia prostatica), endocrine (diabete, ipertiroidismo, obesità), muscoloscheletriche (artrite reumatoide, osteoartrosi, fibromialgia) ed altre condizioni (menopausa).

In alcuni casi l'insonnia non è legata alla patologia in sé ma alla terapia farmacologica della stessa, come, per esempio, durante trattamenti antiasmatici o antiipertensivi.

A sua volta l'insonnia può anche essere considerato un fattore di rischio per lo sviluppo di patologie psichiatriche come ad esempio la depressione. L'insonnia cronica è un fattore di rischio sia per l'insorgenza di un primo episodio di depressione maggiore sia per le forme ricorrenti. Meno chiaro è se l'insonnia cronica possa prolungare il disturbo depressivo maggiore. Insonnia e disturbi psichiatrici quali disturbi d'ansia, abuso di sostanze, depressione, sono comunque strettamente collegati.

Storicamente l'insonnia è stata considerata un sintomo anziché un disturbo. Quando associata a malattie psichiatriche, l'insonnia era vista come una naturale conseguenza dei disturbi dell'umore, in particolare l'insonnia iniziale e l'insonnia mattutina erano considerati sintomi cardini dell'ansia e della depressione.

Infatti alcuni studi dimostrano che pazienti con insonnia cronica hanno da 1,8 a 3,5 volte più probabilità di rimanere depressi rispetto ad i pazienti che non soffrono di insonnia, inoltre esistono evidenze che pazienti trattati farmacologicamente per la depressione hanno una riduzione dell'insonnia rispetto ad i non trattati. Inoltre, elevati livelli di ansia e depressione si osservano frequentemente nei pazienti con insonnia, così come esistono stretti rapporti con i disturbi del sonno nei pazienti affetti da disturbi d'ansia e depressione, questo suggerisce che questi tre sintomi sono intrecciati ponendo le basi per nuovi studi teorici e di intervento terapeutico.

In caso di patologie che con l'insonnia hanno un rapporto di influenza reciproca, il MMG dovrebbe specificamente indagare la concomitanza del disturbo del sonno, che può influenzarne la prognosi; pertanto, un riconoscimento e una corretta gestione del disturbo del sonno conferiscono una maggiore probabilità di successo all'approccio terapeutico della malattia concomitante.

Spesso l'insonnia non viene identificata tempestivamente. La causa del suo mancato riconoscimento dipende dal fatto che più della metà dei pazienti tende a non riferire il disturbo al proprio medico curante. Uno studio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha riscontrato che meno del 50% degli insonni viene identificato dal proprio medico di famiglia e diverse altre indagini hanno confermato che il non riconoscimento dell'insonnia si approssima ai due terzi dei pazienti che ne sono affetti¹². Nel 1995, uno studio rappresentativo tedesco riportava che solo il 17% delle persone sofferenti di insonnia da meno di 2 anni e il 49% di quelle con una più lunga durata di malattia consultavano il medico curante per questo problema¹³. Un'indagine del 1997, su un campione rappresentativo della popolazione generale italiana costituito da 10.000 soggetti, ha confermato la tendenza a non comunicare al medico il problema dell'insonnia anche quando era frequente, poiché non gli si attribuiva la qualifica di malattia considerandolo alla stregua di una caratteristica personale; quando si affrontava il problema, ci si rivolgeva al medico di famiglia spesso nell'ambito di una consultazione per altri disturbi¹⁴, come già rilevato da altri studi¹⁵.

In base al tipo di sintomo notturno si può ipotizzare una determinata causa dell'insonnia (Tab. II).

Nel caso di un addormentamento difficile è probabile la presenza di fattori condizionanti negativi per il sonno (il timore di non dormire o di non riuscire a riaddormentarsi dopo i risvegli notturni), o un disturbo distimico con caratteristiche ruminative-ossessive, o un'altezzazione del ritmo sonno-veglia, o più semplicemente errori di igiene del sonno (es. svolgere attività impegnative prima di coricarsi).

TABELLA II

Principali cause di un disturbo dell'addormentamento

- Scarsa igiene del sonno (errate abitudini di vita che contrastano il sonno)
- Insonnia psicofisiologica o condizionata (preoccupazione di non riuscire a dormire e delle conseguenze diurne)
- Sindrome delle gambe senza riposo (irrequietezza agli arti inferiori da seduti o distesi a letto alla sera)
- Disturbo del ritmo circadiano da "fase di sonno ritardata" (bisogno di dormire avvertito sempre a ore tarde)
- Ansia
- Uso di sostanze psicostimolanti
- Stress psicosociali

Principali cause di un disturbo del mantenimento del sonno

- Stress psicosociali
- Disturbi psichiatrici (depressione, ansia)
- Patologie internistiche
- Sindromi dolorose
- Eccesso di alcolici
- Farmaci
- Russamento abituale e apnee notturne
- Mioclono notturno
- Disturbo del ritmo circadiano da "fase di sonno anticipata" (bisogno di dormire avvertito sempre nelle prime ore serali)
- Disturbi ambientali

Se l'insonnia è soprattutto caratterizzata da una difficoltà del mantenimento del sonno, si devono ricercare le possibili cause dei risvegli, come patologie dolorose, reflusso gastroesofageo o necessità minzionali. Il risveglio precoce può riflettere l'alleggerimento della pressione omeostatica del sonno nella seconda parte della notte, la risalita della temperatura corporea e, soprattutto nell'anziano, può essere legato a una fase di sonno anticipata.

Infine, bisogna considerare sempre il fatto che l'insonnia è un'esperienza soggettiva e non può essere diagnosticata in base a un obiettivo deficit di tempo totale di sonno notturno (non esiste un numero standard di ore di sonno per definire un sonno "normale").

Il bisogno personale di sonno è variabile da un individuo all'altro: un individuo che dorme un numero di ore apparentemente alto ma non è soddisfatto della qualità del suo sonno è comunque un insonne, mentre, all'opposto, una persona che si lamenta con il suo medico curante di dormire poche ore ma non presenta alcun disturbo diurno non è da considerare insonne ma breve dormitore, e il suo unico problema è come impiegare proficuamente le ore di veglia che la notte gli regala.

Quando il paziente lamenta un sonno non riposante, nonostante una durata apparentemente adeguata, è bene pensare a un'alterazione della macro- o della microstruttura del sonno legata a fattori organici (apnee, movimenti periodici, dolori) o ambientali (rumori, temperatura).

Obiettivi terapeutici

- *Migliorare la qualità della vita*
- *Prevenire l'eventuale progressione verso la forma cronica*
- *Trattare efficacemente l'insonnia per migliorare anche la malattia concomitante in caso di comorbidità*

Trattamento

Lungi dal voler affrontare nel dettaglio i temi più strettamente farmacologici che possono portare alla scelta di un determinato principio attivo o di una classe di farmaci, è piuttosto un obiettivo del presente articolo portare all'attenzione del MMG alcuni elementi fondamentali nella scelta delle strategie terapeutiche e di follow-up del paziente con problemi di sonno.

Il trattamento dell'insonnia dovrebbe infatti essere sempre personalizzato. Questo significa considerare l'ipnotipo del paziente, i suoi vincoli familiari e lavorativi e l'eventuale presenza di patologie concomitanti. In particolare, il sospetto di una sindrome delle apnee ostruttive coesistente richiede un approccio terapeutico molto prudente. Anche il paziente già in trattamento con un farmaco ipnotico richiede una particolare attenzione da parte del MMG.

La diagnosi delle malattie concomitanti è essenziale, poiché i disturbi del sonno possono influenzare





negativamente il decorso naturale della condizione coesistente. Trattare il disturbo del sonno in modo efficace può migliorare la patologia associata sottostante¹⁶ e l'insonnia, pertanto, è da considerare come una componente da trattare nell'ambito della gestione globale della malattia a essa associata¹⁷.

Ipnotipo

- *Bisogno personale di sonno (ore di sonno, necessità di siesta)*
- *Ritmo sonno-veglia (tipologia cronobiologica: "gufo" o "allodola")*

Il ricorso a terapie non farmacologiche è indicato in particolari situazioni al fine di evitare un cattivo utilizzo di ipnoinducenti e prevede che il MMG indirizzi il paziente verso una corretta igiene del sonno (Tab. III).

Qualsiasi trattamento non farmacologico richiede tempo ed energia, poiché il paziente ha la necessità di essere seguito e supportato psicologicamente nel tempo ed esiste un ritardo di alcuni giorni o anche settimane nella comparsa del miglioramento con questo tipo di terapia. Il paziente deve acquisire fiducia nella sua capacità di ottenere un sonno adeguato. Questo tipo di approccio terapeutico ha dimostrato di ridurre il ricorso del paziente al MMG¹⁸.

Il trattamento farmacologico sembra rappresentare l'approccio più realistico, efficace ed economico per trattare un ampio numero di pazienti insonni. Perché il miglioramento dell'insonnia porti beneficio alla qualità della vita del paziente, è necessario che la terapia abbia un profilo "ipnoinducente", cioè che ripristini quanto più possibile la condizione fisiologica in termini di quantità e qualità del sonno.

La compliance del paziente può essere influenzata dall'efficacia e dalla tollerabilità, ma soprattutto è positivamente condizionata dal rapporto empatico che il MMG sa instaurare. Questo presuppone anche spiegazioni precise, verifica della loro comprensione, condivisione delle strategie suggerite. Una compartecipazione del paziente al proprio "processo di cura" è un altro elemento positivo per il successo. Ad esempio, l'adozione di un farmaco ipnotico in una formulazione in gocce consente da un lato regolazioni fini del dosaggio, dall'altro una "ritualità attiva" della persona, che si sente ancor più coinvolta nella risoluzione del proprio problema.

Il farmaco utilizzato dovrà avere caratteristiche utili a ridurre il fastidio di un "sintomo": rapidità d'azione e qualità del sonno. La tollerabilità è un altro elemento fondamentale per il successo di una terapia: gli eventi avversi possono indurre un peggioramento della qualità della vita e della compliance. Quelli percepiti direttamente dal paziente sono l'alterazione delle funzioni cognitive, della memoria e dell'attività psicomotoria, con compromissione delle normali attività quotidiane, e l'insonnia *rebound* caratterizzata da fenomeni di rimbalzo successivi alla sospensione improvvisa della terapia ipnotica. Nella scelta del farmaco ipnotico il medico dovrà porre attenzione anche agli aspetti di farmacocinetica che il paziente non percepisce, ma che possono essere negativi per la sua salute e che riguardano la tollerabilità e la maneggevolezza: emivita (un farmaco a emivita breve riduce il rischio di effetti indesiderati mattutini), tachifilassi, dipendenza, rischio di abuso, catabolismo epatico (attenzione alla somministrazione concomitante di altri farmaci).

Fondamentale è anche definire e condividere con il paziente, già all'atto della prescrizione, un termine per la sospensione della terapia farmacologica, che non andrebbe protratta per più di qualche settimana e che

TABELLA III

Consigli per una corretta igiene del sonno.

- Andare a letto solo quando si sente il bisogno di dormire
- Spegnerne subito la luce
- Non leggere o guardare la tv stando a letto
- Evitare di addormentarsi sul divano guardando la tv
- Se non ci si addormenta in 20 minuti, alzarsi ed andare in un'altra stanza a rilassarsi fino a quando non si sente il bisogno di dormire
- Non dormire durante la giornata
- La sera mangiare leggero, evitare fumo, eccesso di alcolici e attività fisica intensa
- Prima di coricarsi, cercare forme di rilassamento
- Smettere di lavorare o di svolgere attività coinvolgenti almeno un'ora prima di andare a dormire
- A letto, se non si riesce a prendere sonno in breve tempo, fare esercizi di rilassamento e di contrazione dei principali gruppi muscolari in modo sincrono alla respirazione

opportunamente dovrebbe prevedere una riduzione progressiva della dose prima della sospensione definitiva (anche in questo caso una formulazione in gocce può essere di grande aiuto).

Conclusioni

L'insonnia è una reale malattia e come tale deve essere gestita: dovrebbe pertanto essere diagnosticata in tutti i pazienti che la segnalano e soprattutto dovrebbe essere sempre indagata e trattata in presenza di altre malattie internistiche o psichiatriche, perché ne influenza la prognosi. Dovrebbe essere gestita quanto prima perché può evolvere, cronicizzando e inducendo complicazioni, e come ogni malattia deve essere monitorata nel tempo.

Una corretta cura dovrebbe prevedere la conoscenza della causa dell'insonnia e delle caratteristiche dei farmaci disponibili. Rimandando ad altre trattazioni l'approfondimento sui farmaci, si richiamano in conclusione alcuni degli statement conclusivi per la gestione dell'insonnia definiti nella già citata Consensus nazionale.

- L'insonnia dovrebbe essere sempre diagnosticata se il paziente si lamenta spontaneamente e trattata anche se non espressamente richiesto dal paziente stesso.
- L'insonnia dovrebbe essere sempre ricercata e trattata in concomitanza di patologie psichiatriche e internistiche.
- L'insonnia dovrebbe essere sempre ricercata in concomitanza di disturbi dell'umore.
- L'insonnia può essere gestita prevalentemente dal MMG.
- Per la gestione diagnostica e terapeutica dovrebbe sempre essere ricercata la causa dell'insonnia.
- L'evoluzione dell'insonnia e della sua terapia deve essere rivalutata nel tempo.
- L'autogestione della terapia deve essere sconsigliata ed evitata.

Bibliografia

- ¹ Costa e Silva JA, Chase M, Sartorius N, Roth T. *Special report from a symposium held by the World Health Organization and the World Federation of Sleep Research Societies: an overview of insomnias and related disorders--recognition, epidemiology, and rational management.* Sleep 1996;19:412-6.
- ² American Sleep Disorders Association, Diagnostic Classification Steering Committee. *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual, ICSD-R.* Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine 2005.

- ³ American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edn, text revision.* Washington, DC: APA 2000.
- ⁴ Ancoli-Israel S, Roth T. *Characteristics of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey I.* Sleep 1999;22(Suppl 2):S347-53.
- ⁵ Hajak G, on behalf of the Sine Study Group. *Epidemiology of severe insomnia and its consequences in Germany.* Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2001;251:49-56.
- ⁶ Chevalier H, Los F, Boichut D, Bianchi M, Nutt DJ, Hajak G, et al. *Evaluation of severe insomnia in the general population: results of a European multinational survey.* J Psychopharmacol 1999;13(4 Suppl 1):S21-4.
- ⁷ Corradetti R, Samani F, Ciancio A, Guglielmino C, Aguglia E. *I disturbi del sonno: dall'insonnia sintomo all'insonnia sindrome.* Rivista SIMG 2009(Suppl. 1).
- ⁸ Health Search - Istituto di ricerca della Società Italiana di Medicina Generale. *Report 2008.* Firenze 2008.
- ⁹ Terzano MG, Parrino L, Cirignotta F, Ferini-Strambi L, Gigli G, Rudelli G, et al., on behalf of the Studio Morfeo Committee. *Studio Morfeo: insomnia in primary care, a survey conducted on the Italian population.* Sleep Med 2004;5:67-75.
- ¹⁰ Terzano MG, Cirignotta F, Sommacal S, et al. *Studio Morfeo 2. Sleep dissatisfaction and insomnia in a primary care setting. 18th Annual Meeting of the Associated Professional Sleep Societies (APSS). Philadelphia, 5-10 June 2004.* Sleep 2004;27(Suppl):574A (abstract).
- ¹¹ Terzano MG, Parrino L, Savarese M, Ferini-Strambi L, Ferrillo F, Bonanni E, et al. *Insomnia: gestione diagnostica e terapeutica sul territorio. Consensus italiana dei medici di medicina generale.* Dis Manage Health Outcomes 2005;13(Spec. Issue 1):3-33.
- ¹² *Insomnia. Report of an International Consensus Conference. Versailles, 13-15 October 1996.* Sleep 1999;22(Suppl 3):S415-51.
- ¹³ Simen S, Hajak G, Schlaf G, Westenhofer J, Rodenbeck A, Bandelow B, et al. *Chronification of sleep disorders. Results of a representative survey in West Germany.* Nervenarzt 1995;66:686-95.
- ¹⁴ Bosio AC, Violani C, Vecchio L, Catani L. *Insomnia nel quotidiano: indagine su esperienza e gestione dell'insonnia presso gli italiani.* In: Bonsignore G, Insalaco G, Smirne S, a cura di. *Il sonno in Italia 1997.* Milano: Poletto Editore 1998, pp. 128-30.
- ¹⁵ Dement WC, Seidel W, Carskadon M. *Issues in the diagnosis and treatment of insomnia.* In: Hindmarch I, Ott H, Roth H, editors. *Psychopharmacology Supplementum I.* Berlin: Spering Verlag 1984, pp. 11-43.
- ¹⁶ Simon RD Jr. *Tailoring the treatment of sleep disorders caused by comorbid disease.* Neurology 2000;54(5 Suppl 1):S8-15.
- ¹⁷ Chokroverty S. *Diagnosis and treatment of sleep disorders caused by comorbid disease.* Neurology 2000;54(5 Suppl 1):S8-15.
- ¹⁸ Hajak G. *Insomnia in primary care.* Sleep 2000;23(Suppl 3):S54-63.

