

Notti bianche

Fabrizio Gangi

L'insonnia è uno dei problemi più frequenti nell'attività quotidiana del medico di famiglia

“Dottore, non riesco a dormire” è l'esordio con cui frequentemente le persone si rivolgono a noi medici generali. Di fronte ad una affermazione del genere possiamo dare un farmaco, cercare di ridimensionare il problema con il classico “può succedere a tutti”, inviare il paziente ad un Centro Specialistico per lo studio e la terapia dei problemi del sonno, oppure, più correttamente, chiedergli: “cosa intende per non riuscire a dormire?”.

Non si deve infatti né banalizzare il problema né enfatizzarlo affidandosi in tutti i casi alla cosiddetta Sleep Medicine. È utile invece capire qual è il giudizio soggettivo del paziente sulla qualità del suo sonno perché vi è una chiara differenza fra i sintomi riferiti e le registrazioni in laboratorio. Pertanto (come in tante altre situazioni, del resto) il medico generale non può e non deve limitarsi ad eseguire gli atti tipici della sua professione (anamnesi, esame obiettivo, ecc.), ma cercare di inserire il problema presentato nella “peculiarità” del suo paziente, nella storia che già conosce, nel contesto familiare, sociale e lavorativo in cui egli vive e cercare di scoprire cosa si nasconde dietro il sintomo manifestato.

In sostanza, un conto è studiare il sonno, le sue fasi, quantificare la sua qualità e la sua durata, e un conto è comprendere “cosa ci sta dietro” il segnale lanciato dalla persona: “dottore non riesco a dormire”.

Il medico generale dovrebbe:

1. analizzare a fondo il disturbo del sonno
2. escludere le cause di insonnia secondaria
3. evitare di trattare subito il disturbo con un farmaco.

Il diario del sonno. Per analizzare a fondo il disturbo è molto utile far compilare al paziente un “diario del sonno”, nel quale registrare, per un periodo di 1-2 settimane, l'ora in cui si corica, il tempo di addormentamento, le ore di sonno, la quantità e la durata dei risvegli, il giudizio sulla qualità del sonno e sulle condizioni soggettive al momento di addormentarsi ed al risveglio. Si tratta di uno strumento molto valido per comprendere il peso reale che il problema riveste nella vita del soggetto.

È anche importante ricercare e valutare eventuali cambiamenti nella sua vita concomitanti con l'insorgenza del problema. Ricordare che in questa fase, come nelle successive, è fondamentale non dare mai al paziente l'impressione di non credere a ciò che dichiara.

Molto frequenti le situazioni di insonnia secondaria, da ricercare con attenzione perché sono anche le più pericolose: ansia, depressione, uso o abuso di farmaci, psicosi, abuso di caffeina o di tabacco, demenza, ipertiroidismo.

Non trattare subito con farmaci. La scelta di non trattare subito con farmaci ha un preciso razionale: evitare il rischio concreto di innescare il circolo vizioso "insonnia-farmaco-difficoltà a sospenderlo" e ricercare la possibilità di ricorrere a valide alternative quali consigli comportamentali e di igiene del sonno (Tab. 1).

Approfondire sempre il disturbo è fondamentale per non passare in modo automatico dal sintomo al farmaco, per poter analizzare accuratamente il malessere e per poter programmare un adeguato intervento.

Quindi una reale presa in carico del problema insonnia da parte del medico generale non può avvenire in una sola consultazione, ma il tempo speso in più all'inizio si recupera evitando le ripetute consultazioni legate vuoi ai problemi relativi alla farmacoterapia (il circolo vizioso, le ripetizioni di ricette, le modifiche posologiche o di principio attivo, ecc.) vuoi all'insoddisfazione del paziente per essersi sentito sottovalutato o non capito. Alcuni studi hanno confermato che, una volta innescato il suddetto circolo vizioso, il paziente torna dal medico molto più spesso ed i contatti durano più della media.

Quanti insonni vanno dal medico generale? Quanti pazienti insonni vediamo nei nostri studi? Grazie ad Health Search sono disponibili alcuni dati sulla prevalenza del problema insonnia in Italia e nella Regione Friuli Venezia Giulia (Tab. 2).

I dati corrispondono a quelli presentati al 10° Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana Medicina del Sonno dal dott. Ohayon (epidemiologo della Stanford University, California). L'Autore aveva somministrato questionari telefonici a 3.970 persone distribuite uniformemente in Italia rilevando una prevalenza di insonnia del 9%. La prevalenza rilevata dal database di Health Search è stata dell'8,92%, ma su una popolazione di ben 196.961 persone!

L'insonnia si riafferma tra l'altro come uno dei problemi in cui meglio possono esprimersi sia la funzione importante e centrale del medico generale sia le differenze fra lui e lo specialista (Tab. 3).

L'approccio farmacologico. Il tempo ed il carico di lavoro giocano sicuramente a nostro svantaggio, ma la nostra visione olistica della persona ed il gran numero di contatti ci danno un punto di vista esclusivo e privilegiato che ci permette di gestire in modo ottimale il problema insonnia.

E questo vale anche quando si decide di ricorrere alla terapia farmacologica in quanto le informazioni in nostro possesso ci permettono di scegliere, fra le 2 o 3 molecole ad emivita breve, prive di metaboliti attivi, di cui meglio conosciamo la farmacologia clinica, la più adatta al nostro paziente; la scelta terrà ovviamente conto delle interazioni con gli altri farmaci assunti.

È opportuno iniziare con la dose minima efficace e facendo assumere il farmaco in modo intermittente (2/3 volte alla settimana). Buona norma è dare il farmaco per un breve periodo (20-30 giorni),

sospenderlo con gradualità e rivedere il paziente periodicamente durante questo tempo.
L'invio allo specialista va riservato ai casi di dubbia eziologia e/o di resistenza alle norme comportamentali ed alla terapia medica.

In conclusione. L'insonnia appare come un problema di squisita pertinenza del medico generale, frequente nella sua attività quotidiana.

Il medico generale possiede tutti gli strumenti culturali e relazionali per poter gestire i pazienti nel migliore dei modi, ricorrendo allo Specialista nei casi (rari) di difficile gestione.

Articolo tratto dalla relazione presentata al 10° Congresso Nazionale dell'AIMS (Associazione Italiana Medicina del Sonno). Udine, 4 ottobre 2000.

Tabella 1

Insonnia: consigli per i pazienti

1. andare a letto solo quando si sente il bisogno di dormire
2. spegnere subito la luce
3. non leggere o guardare la TV stando a letto
4. evitare di addormentarsi sul divano guardando la TV
5. 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
6. non dormire durante la giornata
7. prima di coricarsi cercare forme di rilassamento
8. smettere di lavorare o di svolgere attività coinvolgenti almeno un'ora prima di andare a dormire
9. 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

Tabella 2

Insonnia in medicina generale: i dati Health Search

Dato Nazionale

156 MMG italiani

196.961 assistiti nel database

17.569 persone (8,9%) con il problema insonnia

Friuli Venezia Giulia

15 medici generale

20.205 assistiti

1695 persone (8,39%) affetti da insonnia

Tabella 3

Caratteristiche operative del medico generale rispetto allo specialista

Vantaggi:

- conoscenza della storia e dei contesti del paziente
- possibilità di rivedere il paziente a breve termine e molte volte

Svantaggi:

- carico di lavoro (media di 35 contatti/die/1000 assistiti in carico)
- tempi ristretto per un contatto (10 minuti in media)

Tabella 4 Insonnia: alcuni farmaci indicati

	emivita in ore	indicazione
Alprazolam	10-12	Ansia, Agorafobia
Buspirone	2,5	Ansia
Clordiazepossido	5-30	Ansia
Lorazepam	14	Ansia
Oxazepam*	8	Ansia, Insonnia
Temazepam*	11	Ansia, Insonnia
Triazolam	2-5	Insonnia

- Principi attivi senza metaboliti attivi



top