

Ognuno ha il proprio bisogno di sonno e occorre quindi che il medico stabilisca a quale "ipnotipo" possa appartenere il paziente: gufo o allodola, tardo o precoce dormitore.

Un'insonnia è considerata grave se presente per tre notti alla settimana per almeno un mese.

Il tipo di insonnia si configura nella *difficoltà di addormentamento e nel sonno frammentato o con risvegli precoci*. Quando il risveglio precoce è presente verso mattina si parla di *insonnia terminale*.

L'insonnia viene definita *primaria* quando in sede anamnestica non si evidenzia alcuna causa apparente, mentre è definita *secondaria* quando dipende da situazioni di comorbidità, ambientali o da scarsa igiene del sonno (Tab. I).

TABELLA I. Norme per una corretta igiene del sonno.

- Coricarsi e alzarsi ad orari regolari
- Evitare sonnellini pomeridiani
- Andare a letto solo se si ha sonno
- Non dormire in ambienti rumorosi e né troppo caldi, né troppo freddi
- Evitare di leggere o guardare la TV a letto
- Non svolgere eccessiva attività fisica o mentale nelle ore serali
- Evitare l'assunzione serale di sostanze stimolanti (caffè, tè, nicotina)
- Moderare il consumo di alcolici alla sera
- Non assumere cronicamente farmaci ipnoinducenti

Tra le cause dell'insonnia con difficoltà di addormentamento, oltre alla scarsa igiene del sonno, occorre prestare attenzione all'insonnia psicofisiologica o condizionata, alla sindrome delle gambe senza riposo, a stress psicosociali, all'ansia, a dolori, all'assunzione di sostanze psicostimolanti, alle situazioni ambientali.

Nell'insonnia con sonno frammentato o con risvegli precoci le cause possono essere più complesse: oltre a fattori ansiogeni e a sindromi dolorose, possono essere presenti depressione o disturbi psicotici, patologie internistiche, patologie neurologiche, apnee notturne e russamento, mioclono notturno, narcolessia.

La diagnosi

L'insonnia è una patologia spesso misconosciuta dai medici e sottovalutata dai pazienti, dei quali solo una minoranza interpella il

proprio medico curante specificatamente per questo problema, anche se il MMG dovrebbe rappresentare la figura professionale più adatta a occuparsi direttamente della maggior parte dei suoi pazienti insonni, delegando allo specialista le situazioni cliniche più complesse (Tab. II).

TABELLA II. Quando inviare allo specialista.

Farmaco-resistenza

Sospetto di:

- apnee notturne
- mioclono notturno
- narcolessia

Patologie psichiatriche gravi

Disturbi del ritmo circadiano

L'importanza del riconoscimento e dell'inquadramento diagnostico dell'insonnia sta nel fatto che questa può essere non solo la spia di varie patologie psichiatriche, internistiche e neurologiche, la cui evoluzione e prognosi viene influenzata negativamente dal disturbo del sonno, ma può rappresentare la causa dell'insorgenza di alcune di queste patologie. Misconoscimento e sottovalutazione possono essere inoltre motivo di peggioramento e cronicizzazione del disturbo del sonno, spesso legato all'uso improprio di farmaci ipnoinducenti da parte dei pazienti.

Ma a quali risorse può attingere il MMG per essere in grado di gestire in modo appropriato questo problema?

L'Associazione Italiana Medicina del Sonno (AIMS), mediante una *Consensus Conference* tra un gruppo di esperti del sonno e un gruppo di MMG, sulla base dei dati degli studi Morfeo 1 e Morfeo 2 ha allestito delle linee guida che bene si adattano alla situazione in cui si trova a operare il MMG e che si propongono come uno strumento efficace e pratico per affrontare il problema insonnia sul territorio⁶.

La raccolta dei dati anamnestici rappresenta la tappa fondamentale del percorso diagnostico: età del paziente, attività lavorativa, stile di vita, stress psicosociali, disturbi psicologici possono fornire elementi importanti per la diagnosi. Utile può risultare la compilazione del diario dell'insonnia da parte del paziente. Occorre ricercare la presenza degli indicatori notturni e diurni dell'insonnia, definire l'ipnotipo, puntualizzare il criterio temporale di comparsa del disturbo del sonno, le modalità di esordio, l'evoluzione, la gravità, il tipo di insonnia, la presenza di comorbidità, l'as-

sunzione di farmaci che possono avere un effetto negativo sul sonno (Tabb. III, IV).

Importante è l'individuazione di alcuni particolari disturbi del sonno come la sindrome delle gambe senza riposo, la sindrome delle apnee ostruttive e altre condizioni che richiedono un approccio diagnostico e terapeutico specifico.

TABELLA III. Farmaci che possono indurre insonnia.

- Antipertensivi
- Cortisonici
- Teofillinici
- Preparati tiroidei
- Antiparkinsoniani
- Stimolanti il Sistema Nervoso Centrale
- Caffaina, nicotina
- Antineoplastici
- Inibitori delle mono-amino-ossidasi
- Diuretici (meccanismo indiretto)

TABELLA IV. Patologie internistiche che possono causare insonnia.

- Malattie respiratorie (asma, broncopneumopatia cronica ostruttiva, sindrome delle apnee notturne)
- Malattie cardiache (scompenso cardiaco, ischemia coronarica, aritmie)
- Malattie gastrointestinali (ulcera peptica, malattia da reflusso gastroesofageo)
- Malattie reumatologiche
- Malattie endocrino-metaboliche (distiroidismi, diabete mellito)
- Malattie renali (insufficienza renale cronica, dialisi)
- Malattie vascolari
- Stati febbrili
- Sindromi dolorose
- Prurito
- Infezioni
- Neoplasie
- Disuria/pollachiuria (ipertrofia prostatica benigna, infezioni delle vie urinarie, diuretici)

Secondo lo *Steering Committee*, questi sono i punti ritenuti utili per una corretta gestione ambulatoriale dell'insonnia:

- l'insonnia dovrebbe essere sempre diagnosticata se il paziente si lamenta spontaneamente e trattata sebbene non espressamente richiesto;
- l'insonnia dovrebbe essere sempre ricer-