



AUTONOME
PROVINZ
BOZEN
SÜDTIROL



PROVINCIA
AUTONOMA
DI BOLZANO
ALTO ADIGE

PROVINCIA AUTONOMA DE BULSAN
SÜDTIROL

***"DOTTORE NON HO CHIUSO OCCHIO..." :
DISTURBI DEL SONNO PRESSO IL MMG
IN PROVINCIA DI BOLZANO***

Medico in formazione:

Dr. Pablo Policastro

Tutor:

Dr. Giuliano Piccoliori

Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale

Triennio 2016-2019

[..] Il sonno non può rinfrancare le nostre energie se non siamo disposti ad accettare i limiti connaturati al suo potere rigeneratore. Il sonno ha le proprie fasi e temporalità. Non possiamo interamente dominare il suo rapporto con il nostro mondo. E poiché il nostro mondo ha perso così tanta competenza sulle attività dell'inconscio, come pure dei meccanismi circadiani, il risultato sarà una veglia tormentata e un'ambiguità inafferrabile. L'insonnia è l'incapacità di abitare inconsciamente la notte.

Eluned Summers-Bremner

INDICE

ABSTRACT (in Italiano)	5
ABSTRACT (in Tedesco)	8
INTRODUZIONE	11
QUADRO TEORICO	13
1. L'insonnia	13
2. Gestione dell'insonnia	23
MATERIALI E METODI	38
RISULTATI	40
DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	46
BIBLIOGRAFIA	50

ABSTRACT in ITALIANO

Il nuovo ICD-11 (International Classification of Diseases 2018) classifica l'insonnia o "disturbo da insonnia" all'interno dei disturbi del sonno-veglia e la definisce come entità clinica autonoma caratterizzata dal "verificarsi, nonostante adeguate opportunità per il sonno, di problematiche relative all'inizio/mantenimento del sonno, alla durata ed alla qualità di esso, tali da provocare dei sintomi diurni". L'insonnia, come era stato evidenziato dallo studio osservazionale epidemiologico Morfeo 1 volto a valutarne la prevalenza nel setting della Medicina Generale italiana, è un problema ampiamente diffuso tra i pazienti afferenti alle cure primarie ed ha un importante impatto sullo stato di salute della popolazione generale. Essa può comportare marcato discomfort diurno, riduzione del funzionamento in ambito sociale e lavorativo con importanti conseguenze in termini di spesa pubblica e può influenzare negativamente l'evoluzione e la prognosi di numerose comorbidità (patologie cardiovascolari, diabete, obesità, patologie psichiatriche). Il Medico di Medicina Generale (MMG) è la prima figura medica che può fungere da interlocutore con i pazienti che soffrono d'insonnia, pazienti che frequentano gli studi di medicina generale in percentuale maggiore rispetto ai soggetti senza disturbi del sonno. Nonostante questo l'insonnia tende ad essere sia sotto diagnosticata dai MMG, che trascurata dai pazienti stessi. Essi, infatti, piuttosto di portare il disturbo all'attenzione del proprio medico lo accettano passivamente sottovalutandone le conseguenze, oppure ricorrono a rimedi naturali, da banco o a strategie auto gestite, seguendo convinzioni personali o consigli di persone non qualificate. Gli interventi farmacologici sono vissuti con timore di effetti collaterali o di sviluppo di dipendenza. Un mancato riconoscimento ed una cattiva gestione dell'insonnia può portarne ad una pericolosa cronicizzazione. In tal senso pare chiaro come il ruolo del MMG dovrebbe essere quello di non banalizzare l'insonnia, ma di farsene carico come entità clinica di primaria importanza, tenendo conto inoltre che in Italia le problematiche del sonno sono praticamente assenti nella formazione pre- e post laurea del medico.

Obiettivi: L'intento principale da cui è nata questa ricerca è stato quello di indagare come il problema insonnia viene percepito e gestito dai MMG nel setting delle Cure Primarie della Provincia di Bolzano per valutare criticità, spunti di riflessione e potenziale di miglioramento.

Si è proceduto ad analizzare sia i dati di incidenza e prevalenza delle condizioni in studio per raggiungere una conoscenza più precisa del fenomeno anche nei suoi aspetti qualitativi, sia la variabilità dei comportamenti nella pratica assistenziale rispetto alle raccomandazioni delle LG.

Metodi: è stata distribuita una tabella con 13 items anamnestici a 7 medici di medicina generale convenzionati i quali hanno compilato le risposte durante la consultazione ambulatoriale. I dati sono stati raccolti in maniera anonima e automatica utilizzando il foglio excel. La durata dello studio è stata di 4 settimane.

Risultati: Dall'analisi dei dati (74 assistiti su 10224) è emerso che durante il breve periodo osservazionale l'incidenza media di disturbi del sonno è relativamente bassa tra gli assistiti (tra lo 0,37% e l'1%) ; fra questi la maggior parte riferisce di soffrire solo di risvegli precoci o ripetuti (40 %, N:29) , circa un terzo riporta problemi solo nell'addormentamento (32 %, N:24) mentre un altro terzo circa (28 %, N:21) soffre di entrambe.

Per quanto riguarda le cause e le comorbidità spiccano su tutte la depressione e la sindrome ansioso-depressiva, seguite da patologie internistiche quali dolore cronico e scompenso cardiaco (in trattamento con betabloccanti e/o diuretici). Il 21% (N:16) degli intervistati ha eseguito esami di laboratorio (indici tiroidei, creatinina, glicemia e Hb glicata, emocromo e sideremia) e il 20% (N:15) visite specialistiche (N:15) per completare l'iter diagnostico.

Tra le terapie farmacologiche proposte dai MMG figurano Lorazepam (15%, N:12) e Delorazepam (11,2%, N:9) , Mirtazapina (15%, N:12) e Zolpidem (11,2%, N:9), in supporto o in alternativa alla psicoterapia/fitoterapia/tecniche di rilassamento.

Se osserviamo i dati del VIII Report Health Search della SIMG, che analizza le cartelle cliniche elettroniche di un campione di 700 MMG selezionati, vediamo che la prevalenza di registrazione della diagnosi dei disturbi del sonno è del 5,61%, molto inferiore al 40% di prevalenza di insonnia nella popolazione delle cure primarie italiane rilevata dallo studio Morfeo 1. Le ragioni di questa discrepanza possono essere varie: lo studio Morfeo 1 era impostato in modo tale che la prevalenza ottenuta fosse quella di una diagnosi di insonnia attivamente ricercata dal MMG non nella popolazione generale ma bensì in una selezionata popolazione di pazienti che si recavano spontaneamente in ambulatorio per problemi generici di tipo medico; dal 2004 (anno di svolgimento dello studio Morfeo-1) ad oggi la definizione ed i criteri diagnostici di insonnia sono variati e può esservi inoltre una scarsa tendenza da parte dei MMG a registrare l'insonnia in cartella elettronica, a conferma del fatto che nella pratica clinica

quotidiana i problemi del sonno vengano in realtà trascurati.

Risulta non poco frequente (in oltre il 17%, N:13 del campione) il ricorso a rimedi come melatonina, integratori o fitomedicine non raccomandati dalle linee guida internazionali in quanto scarsamente efficaci. Le linee guida ribadiscono invece come la psicoterapia cognitivo-comportamentale per l'insonnia (CBT-I) sia la prima opzione terapeutica da considerare per il suo miglior rapporto rischio beneficio ma attualmente non ci sono possibilità di prescrivere questa terapia tramite SSN.

ABSTRACT auf DEUTSCH

„ Herr Doktor, ich kann kein Auge zumachen..“ : Schlafstörungen in der Allgemeinmedizin

Die neue ICD-11-Klassifikation führt die Schlaflosigkeit oder „Schlaflosigkeitsstörung“ bei den Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus auf und definiert sie als eigenständiges Krankheitsbild, das sich dadurch auszeichnet, dass „trotz geeigneter Gelegenheiten zum Schlaf Probleme bestehen beim Eintreten/Erhalten des Schlafes, dessen Dauer und Qualität, wodurch tagsüber Beschwerden auftreten“. Wie die Beobachtungsstudie zur Prävalenz von Schlafstörungen im Bereich der Allgemeinmedizin in Italien „Morfeo-1“ aufzeigen konnte, ist die Schlaflosigkeit eine weitverbreitete Störung der Patienten in der Allgemeinmedizin, und sie besitzt bedeutenden Einfluss auf den Gesundheitszustand der Allgemeinbevölkerung. Sie kann ein deutliches Unwohlsein während des Tages bewirken und die Leistung im Sozial- und Arbeitsleben beeinträchtigen, was nicht unbedeutende Kosten verursachen kann, sowie den Verlauf und den Ausgang zahlreicher Nebenerkrankungen (kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus, Übergewicht, psychische Störungen) negativ beeinflussen. Der Arzt für Allgemeinmedizin (AAM) ist der erste Ansprechpartner für die Patienten, die an Schlaflosigkeit leiden; diese suchen die Praxen der Ärzte für Allgemeinmedizin häufiger auf als Patienten, die nicht unter Schlaflosigkeit leiden. Nichtsdestotrotz wird die Schlaflosigkeit von den Ärzten für Allgemeinmedizin unterdiagnostiziert, aber auch von den Patienten selbst vernachlässigt. Letztere machen nämlich selten ihren Arzt auf diese Störung aufmerksam, meist nehmen sie sie untätig hin und unterschätzen die Folgen, oder sie greifen zu Hausmitteln oder rezeptfreien Arzneien, oder legen sich eigene Strategien zurecht, aufgrund eigener Überzeugungen oder nach Ratschlägen von Laien. Die medikamentöse Behandlung ist mit Befürchtungen vor Nebenwirkungen und Abhängigkeit behaftet. Die Nichterkennung und die mangelhafte Behandlung der Schlaflosigkeit kann zu deren risikoreichen Chronifizierung führen. In dieser Hinsicht ist es klar, dass es Aufgabe des Arztes für Allgemeinmedizin sein muss, die Schlaflosigkeit nicht zu unterschätzen, sondern sich ihrer anzunehmen als einer Störung, die herausragende Bedeutung erlangt, wobei auch noch beachtet werden muss, dass in Italien die Schlafstörungen in der Aus- und Weiterbildung der Ärzte durch nahezu Abwesenheit glänzen.

Zweck der Studie: Die vorrangige Absicht dieser Studie war es herauszufinden, wie die Ärzte für Allgemeinmedizin im Umfeld der Primärversorgung in der Provinz Bozen das Problem der Schlaflosigkeit wahrnehmen und wie sie damit umgehen, um mögliche Defizite zu erfassen, Überlegungen anzuregen und Verbesserungspotential freizulegen.

Dazu wurden Inzidenz- und Prävalenzdaten erfasst, um sich ein genaueres und auch qualitatives Bild zur Fragestellung machen zu können, und um die Vielseitigkeit in der Betreuung im Vergleich zu den Leitlinien darzustellen.

Methode: ein Bogen mit 13 anamnestischen Fragen wurde an 7 Ärzte für Allgemeinmedizin verteilt, damit sie diese während ihrer Praxistätigkeit ausfüllten. Die Ergebnisse der Fragen wurden anonym und automatisiert mittels Excel-Tabelle eingesammelt. Die Datenerfassung erfolgte über 4 Wochen.

Ergebnisse: Während der kurzen Beobachtungszeit ergab die statistische Auswertung der Ergebnisse (74 von 10224 Patienten), dass die durchschnittliche Inzidenz der Schlafstörungen unter den Patienten verhältnismäßig niedrig einzustufen ist (zwischen 0.37% und 1%) ; die Mehrzahl der Patienten berichtet ausschließlich von frühem oder wiederholtem Erwachen (40%, N:20), ein kleiner Teil ausschließlich von Einschlafstörungen (32%, N:24), 28% (N:21) berichten von beiden Arten von Schlafstörungen.

Bei den Ursachen und Nebenerkrankungen führen die Depression bzw. „Angst und depressiver Störung gemischt“ die Liste an, gefolgt von den internistischen Krankheiten wie chronische Schmerzen und Herzinsuffizienz (unter Betreuung mit Betablockern und Diuretika). Ein Bruchteil der Befragten (21%, N:16) haben Laborproben abgenommen (darunter Schilddrüsenwerte, Kreatinin, Blutzucker und HBA1c, Blutbild und Eisenspiegel) oder Facharztvisiten beansprucht (20%; N:15).

Unter den von den ÄAM verschrieben Medikamenten finden sich Lorazepam (15%, N:12) und Delorazepam (11,2%, N:9) , Mirtazapina (15%, N:12) und Zolpidem (11,2%, N:9), als Ergänzung zu oder als Ersatz für Psychotherapie, Phytotherapie und Entspannungstechniken.

Bei Betrachtung der Daten des VIII Report Health Search der SIMG, welches die Patientenkarteen von 700 ausgewählten ÄAM analysiert, stellt man fest, dass die Diagnose von Schlafstörungen bei 5,61% der Patienten registriert wird, was weit unter dem Prävalenzwert von 40% für Schlaflosigkeit in der allgemeinmedizinischen Population Italiens in der Morfeo-1-Studie liegt. Die Gründe für diese Diskrepanz können mehrere sein: die Morfeo-1-Studie war so konzipiert, dass die Prävalenz der Diagnose Schlaflosigkeit durch aktives Nachfragen der ÄAM bei ihren Patienten erfolgte, die sich aufgrund irgendwelcher Gesundheitsprobleme an ihre Praxis gewandt hatten, und nicht in der Durchschnittsbevölkerung; seit 2004, dem Jahr der Morfeo-1-Studie, haben sich die Definition und die Diagnosekriterien der Schlaflosigkeit geändert; die ÄAM neigen wahrscheinlich auch selten dazu, die Schlaflosigkeit als eigenständige Diagnose in die elektronische Kartei einzutragen, was wiederum dafür spricht, wie wenig Beachtung die Schlafstörungen in der alltäglichen Arztpraxis finden.

Als häufig (in 17%, N:13 der Fälle) stellt sich der Gebrauch von Melatonin, Nahrungsergänzungsmittel und Phytopharmaka heraus, die von den internationalen Leitlinien nicht empfohlen werden, da von geringer Wirksamkeit. Die Leitlinien hingegen unterstreichen die Überlegenheit der kognitiven Verhaltenstherapie bei der Schlaflosigkeit (CBT-I) als Therapie der Wahl aufgrund ihres günstigen Wirkungs-NW-Profiles, leider aber wird diese Therapie vom öffentlichen Gesundheitsdienst in Italien (SSN) nicht vergütet.

INTRODUZIONE

Il nuovo ICD-11 (International Classification of Diseases 2018) classifica l'insonnia o "disturbo da insonnia" all'interno dei disturbi del sonno-veglia e la definisce come entità clinica autonoma caratterizzata dal "verificarsi, nonostante adeguate opportunità per il sonno, di problematiche relative all'inizio/mantenimento del sonno, alla durata ed alla qualità di esso, tali da provocare dei sintomi diurni" [1]. L'insonnia, come era stato evidenziato dallo studio osservazionale epidemiologico Morfeo-1 volto a valutarne la prevalenza nel setting della Medicina Generale italiana, è un problema ampiamente diffuso tra i pazienti afferenti alle cure primarie ed ha un importante impatto sullo stato di salute della popolazione generale [2][3][4][5][6]. Essa può comportare marcato discomfort diurno, riduzione del funzionamento in ambito sociale e lavorativo con importanti conseguenze in termini di spesa pubblica e può influenzare negativamente l'evoluzione e la prognosi di numerose comorbidità (patologie cardiovascolari, diabete, obesità, patologie psichiatriche) [3][7][5]. Il Medico di Medicina Generale (MMG) è la prima figura medica che può fungere da interlocutore con i pazienti che soffrono d'insonnia, pazienti che frequentano gli studi di medicina generale in percentuale molto maggiore rispetto ai soggetti senza disturbi del sonno [2][3][5][8]. Nonostante questo l'insonnia tende ad essere sia sotto diagnosticata dai MMG, che trascurata dai pazienti stessi [2][5]. Essi, infatti, piuttosto di portare il disturbo all'attenzione del proprio medico lo accettano passivamente sottovalutandone le conseguenze,

oppure ricorrono a rimedi naturali, da banco o a strategie auto gestite seguendo convinzioni personali o consigli di persone non qualificate. Gli interventi farmacologici sono vissuti con timore di effetti collaterali o di sviluppo di dipendenza. Un mancato riconoscimento ed una cattiva gestione dell'insonnia può portarne ad una pericolosa cronicizzazione [2][7][5]. In tal senso pare chiaro come il ruolo del MMG dovrebbe essere quello di non banalizzare l'insonnia, ma di farsene carico come entità clinica di primaria importanza [8]. Con questo breve lavoro mi pongo l'obiettivo di indagare come il problema insonnia venga percepito e gestito dai MMG in alcune aree della provincia di Bolzano per evidenziare alcune criticità allo scopo di mettere in atto strategie ed interventi finalizzati al miglioramento della gestione del problema.

QUADRO TEORICO

1 L'insonnia

1.1 Definizione

“L'insonnia è l'incapacità di abitare inconsciamente la notte.” (cit. Eluned Summers-Bremner) [4]. Secondo il nuovo ICD-11 (International Classification of Diseases del 2018 [1]), all'interno dei disturbi del sonno / veglia si individua l'insonnia o “disturbo da insonnia” (Insomnia Disorder) come entità clinica caratterizzata dal “verificarsi, nonostante adeguate opportunità e circostanze per il sonno, di problematiche relative all'inizio/mantenimento del sonno, alla durata ed alla qualità di esso, tali da provocare dei sintomi diurni. Questi sintomi tipicamente includono affaticamento, disturbi dell'umore o irritabilità, malessere generale e deterioramento cognitivo. Gli individui che riportano alterazioni correlate al sonno in assenza di deficit durante il giorno non sono considerabili come affetti da disturbo del sonno”.

L'ICD-11 individua una “insonnia cronica” e una “insonnia a breve termine”. In quella cronica i problemi del sonno ed i sintomi diurni si manifestano diverse volte alla settimana e sono presenti da almeno 3 mesi. Alcuni individui con insonnia cronica possono mostrare un decorso più episodico, con episodi ricorrenti di difficoltà di sonno/veglia che durano diverse settimane alla volta per più anni. Se l'insonnia è dovuta ad un altro disturbo sonno-veglia, ad un disturbo mentale, ad un'altra condizione medica o ad una sostanza/farmaco, l'insonnia cronica deve essere diagnosticata solo se essa rappresenta un focus indipendente di attenzione clinica.

Nei disturbi di insonnia a breve termine i problemi del sonno ed i conseguenti sintomi diurni si manifestano per un periodo inferiore ai 3 mesi e normalmente sono provocati da un fattore stressante identificabile [1][9], essi sono molto frequenti, ma non sempre richiedono un trattamento specifico [10].

Con il DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013) e con il ICSD-3 (International Classification of Sleep Disorders, 2014) è stata abbandonata la distinzione tra “insonnia primaria” (termine che identificava un’insonnia “pura” indipendente o idiopatica) ed “insonnia secondaria” (ovvero un’insonnia correlata ad altre condizioni cliniche) [11][9]. Il principale motivo per cui si è superata questa distinzione è rappresentato dal fatto che spesso non è possibile trarre conclusioni definitive sull'associazione o sulla relazione di causalità tra insonnia e patologie concomitanti, l'insonnia infatti può verificarsi in assenza di condizioni morbose coesistenti e sono scarse le evidenze sul fatto che, quando tali condizioni morbose coesistono, il loro efficace trattamento comporti un miglioramento dell'insonnia [10][9]. Essa infatti in passato era vista come un’alterazione del sonno secondaria ad una condizione medica, ad una malattia psichiatrica, ad un altro disturbo del sonno o ad un trattamento farmacologico che migliorava con la risoluzione del disturbo sottostante, ma le evidenze degli ultimi 20 anni indicano che questa opinione non è corretta. È ormai riconosciuto che l'insonnia è spesso un disturbo indipendente e che per trattarla con successo è richiesta attenzione sia per l'insonnia stessa che per le eventuali comorbidità [9][12]. La definizione di insonnia cronica dell’ICD11 è in linea con i criteri diagnostici dell’ICSD-3 (International Classification of Sleep Disorders, 2014) (Tabella 1). Criterio A: presenza del disturbo del sonno notturno; Criterio B: presenza dei sintomi di discomfort diurno; criterio C: i punti precedenti si verificano nonostante adeguate opportunità e circostanze per il sonno; criteri D ed E: stabiliscono la cronicità del disturbo quando i punti precedenti sono soddisfatti per almeno 3 notti a settimana per un periodo superiore ai 3 mesi (se essi si verificano per un periodo inferiore ai 3 mesi si parla invece di “insonnia a breve termine” [13]); criterio F: escludere altri problemi del sonno. Se i criteri diagnostici sono soddisfatti in comorbidità con un altro disturbo mentale o somatico, entrambi i disturbi sono diagnosticati [10].

Tabella 1 - Criteri diagnostici per il disturbo cronico da insonnia secondo ICSD-3 [10].

Criteri diagnostici per il disturbo cronico da insonnia secondo ICSD-3
<p>A. Il paziente riporta, o il genitore del paziente o il caregiver osservano, uno o più dei seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Difficoltà ad iniziare il sonno. ○ Difficoltà a mantenere il sonno. ○ Svegliarsi prima del desiderato. ○ Resistenza ad andare a letto secondo appropriato programma. ○ Difficoltà a dormire senza l'intervento dei genitori o caregiver.
<p>B. Il paziente riporta, o il genitore del paziente o caregiver osservano, uno o più dei seguenti sintomi legati alla difficoltà del sonno notturno:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Affaticamento / malessere. ○ Deficit attenzione / concentrazione o compromissione della memoria. ○ Compromissione sociale, familiare, professionale o accademica. ○ Disturbi dell'umore / irritabilità. ○ Sonnolenza diurna. ○ Problemi comportamentali (ad es. Iperattività, impulsività, aggressività). ○ Riduzione di motivazione / energia / iniziativa. ○ Propensione a commettere errori / incidenti. ○ Preoccupazioni o insoddisfazione per il sonno.
<p>C. I problemi di sonno / veglia di cui i punti precedenti non possono essere spiegati semplicemente da un'inadeguata opportunità (cioè tempo insufficiente per dormire) o da inadeguate circostanze (cioè l'ambiente non è sicuro, buio, tranquillo e confortevole) per dormire.</p>
<p>D. I disturbi del sonno ed i sintomi diurni associati di cui ai punti precedenti si verificano almeno tre volte a settimana.</p>
<p>E. I disturbi del sonno ed i sintomi diurni associati di cui ai punti precedenti sono presenti da almeno 3 mesi.</p>
<p>F. La difficoltà di sonno / veglia non è meglio spiegata da un altro disturbo del sonno.</p>

1.2 Epidemiologia

I dati epidemiologici sull'insonnia sottolineano l'importanza del problema tra i pazienti delle cure primarie, ma variano da studio a studio in base al disegno dello studio stesso ed ai criteri diagnostici utilizzati. Al momento la prevalenza di insonnia nella popolazione generale europea sembra variare da un minimo di 5.7% in Germania ad un massimo di 19% in Francia [10]. Nel VIII Report Health Search della SIMG (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie), analizzando le cartelle cliniche elettroniche di 700 MMG selezionati da tutta l'Italia, è stata rilevata una prevalenza di registrazione della diagnosi di disturbi del sonno pari al 5,61% [14]. Lo studio epidemiologico osservazionale Morfeo 1 del 2004, che si poneva tra gli obiettivi quello di valutare la frequenza di insonnia in una popolazione italiana di pazienti che si presentavano nell'ambulatorio del loro Medico di Medicina Generale, ha invece riscontrato che la frequenza dell'insonnia in un campione così caratterizzato di 3284 pazienti era del 64% (20% di pazienti con insonnia in assenza di disfunzioni diurne e 44% di pazienti con insonnia con presenza di disfunzioni diurne). Va precisato che il disegno di tale studio prevedeva la ricerca attiva del problema insonnia da parte del MMG [2]. Dati dalle cure primarie in Germania indicano che circa un quinto dei pazienti che consultano un MMG soffre di insonnia [10]. Uno studio volto a stimare la prevalenza dell'insonnia tra i pazienti dei Medici di Medicina generale in Norvegia ha riscontrato una prevalenza di tale disturbo del 53,6% su un totale di 1346 pazienti che si recavano nello studio del loro medico [15]. Considerando come siano maggiori i valori di prevalenza dell'insonnia nel contesto delle cure primarie rispetto a quelli relativi alla popolazione generale si conferma come questo sia un tema importante per il Medico di Medicina Generale [10].

1.3 Fisiopatologia

L'insonnia è stata a lungo considerata un problema psicologico. Recenti evidenze indicano invece che essa va inquadrata da un punto

di vista neurobiologico: l'insonnia è provocata da una iper-attivazione somatica e del sistema nervoso simpatico detta anche "hyperarousal". Tale iper-attivazione comporta variazioni di parametri cardiovascolari (assenza del fisiologico calo di pressione e frequenza cardiaca notturno), neuro-immunitari (riduzione della attività delle cellule Natural Killer, aumento dei livelli di IL-6, presenza di processi pro-infiammatori), neuro-endocrini (riduzione della produzione notturna di melatonina, riduzione dei livelli di leptina, aumento dei livelli di ACTH e grelina, aumento della produzione serale di cortisolo e GH) e neuro-fisiologici (riscontrabili all'EEG). Studi di neuroimaging funzionale hanno inoltre rilevato un aumento di attività nelle aree ipotalamiche durante il sonno, ed una riduzione del volume ippocampale in alcuni pazienti con insonnia rispetto a controlli sani [3][5][8][16].

1.4 Diagnosi

Quella dell'insonnia è una diagnosi clinico anamnestica che si basa su quanto riportato dal paziente. L'anamnesi deve innanzi tutto indagare aspetti fisiologici volti a definire l'ipnotipo (lungo o breve dormitore) e il cronotipo del soggetto (allodola-mattutino: soggetti che vanno a letto presto e si svegliano presto, o gufo-serotino: soggetti che vanno a letto tardi e si svegliano tardi) [4]. Dai criteri diagnostici dell'insonnia di cui sopra ne consegue che per porre una diagnosi di insonnia occorrerà verificare queste 3 condizioni: persistente difficoltà a dormire, presenza di disfunzioni diurne, nonostante adeguate opportunità di sonno [9].

Bisognerà quindi inquadrare il carattere dei disturbi notturni (difficoltà di addormentamento, sonno frammentato, risveglio precoce, sonno non ristoratore), valutando il numero di risvegli, la loro durata, da quanto tempo si presentano, a che ora il paziente va a letto, quanto tempo impiega per addormentarsi, a che ore si sveglia, se dorme durante il giorno, se è soddisfatto del proprio sonno, se il partner avverte forti russamenti o continui movimenti nel sonno. Per valutare oggettivamente l'entità del disturbo notturno è utile considerare che gli individui con un buon sonno si addormentano in circa 10 o 20 minuti e trascorrono meno di 30 minuti svegli

durante la notte. Al contrario il paziente insonne con difficoltà ad iniziare il sonno impiega più di 30 minuti per addormentarsi mentre quello con difficoltà di mantenimento del sonno passa più di 30 minuti sveglio la notte. Il risveglio mattutino precoce è invece definito come interruzione del sonno almeno 30 minuti prima del momento di sveglia desiderato [4][9].

Per quanto riguarda i sintomi diurni da verificare essi possono essere: sensazione di affaticamento, malessere, scarsa attenzione o concentrazione, disturbo del tono dell'umore, irritabilità, sonnolenza diurna, deficit di motivazione, aumento di errori o incidenti, problemi comportamentali come iperattività, impulsività o aggressività, alterazioni delle "funzioni sociali", preoccupazioni continue sul sonno [8][4][9].

La raccolta anamnestica può essere agevolata da un diario del sonno in cui il paziente autonomamente appunta tutte le informazioni relative ad orari, problemi, sintomi e qualità del sonno soggettivamente percepita per almeno 2 settimane [4][9].

Per un corretto inquadramento dell'insonnia bisogna indagare durante l'anamnesi la presenza di comorbidità (come ad esempio depressione, ansietà, diabete, ipertensione ed altri disturbi cardiovascolari), di altri disturbi del sonno concomitanti (come la sindrome da gambe senza riposo [RLS Restless Legs Syndrome] o la sindrome da apnee ostruttive nel sonno [OSAS Obstructive Sleep Apnea Syndrome]), l'utilizzo di farmaci o altre sostanze che potrebbero precipitare o esacerbare l'insonnia stessa. Strumenti che è possibile usare nella raccolta anamnestica sono:

- Il Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): un questionario auto-somministrabile dal paziente che va ad indagare i problemi, le abitudini e la qualità percepita del sonno nell'ultimo mese, nel quale un punteggio globale di oltre 5 punti su 21 indica un significativo disturbo del sonno [17][9].
- Lo Sleep Problems Questionnaire Calculator: un questionario a 4 items (i cui singoli punteggi vanno da 0 a 5). Più alto è il punteggio globale e più gravi sono i disturbi del sonno. Inoltre riscontrare un

punteggio di 4 o 5 in uno o più dei singoli items è già di per se indice di insonnia [9].

In condizioni particolari si può ricorrere ad indagini strumentali specifiche come:

- La polisonnografia: ad essa si può ricorrere quando in un paziente con insonnia cronica refrattaria al trattamento si sospetta la presenza di altri disturbi del sonno-veglia come ad esempio la OSAS.
- L'actigrafia: essa è un metodo per misurare oggettivamente i parametri e l'attività motoria media del sonno relativamente ad un periodo di giorni o settimane tramite un accelerometro non invasivo (indossato come un orologio da polso). Tale strumento è utile nei pazienti che non sono affidabili nella compilazione dei diari del sonno [9].

Altri test (ad esempio, sangue, studi di imaging) non sono indicati per la valutazione di routine dell'insonnia cronica a meno che non vi sia il sospetto di comorbidità [18].

1.5 Fattori di rischio, comorbidità associate e conseguenze per la salute del soggetto

Fattori intrinseci che potrebbero portare ad un elevato rischio di sviluppare insonnia sono: età avanzata, sesso femminile (specialmente durante menarca e menopausa), avere avuto precedenti episodi di insonnia, avere un'anamnesi familiare positiva per insonnia, avere una predisposizione all'essere facilmente svegliati dal sonno, avere un'eccessiva propensione all'interruzione del sonno in risposta ad eventi stressanti [3][16][19]. E' inoltre stato osservato che la prevalenza dell'insonnia è maggiore tra i soggetti con fattori di disagio sociale, vedovi o divorziati, tra i soggetti con una bassa scolarizzazione, tra quelli con un basso reddito e tra i non lavoratori rispetto ai soggetti che lavorano [4][10][20][21]. L'insonnia ha una relazione complessa con altri disturbi di carattere medico e psichiatrico. Nella pratica clinica sono stati individuati una lunga serie

di fattori di rischio/condizioni morbose che si associano all'insonnia e che potrebbero contribuire allo svilupparsi e al cronicizzarsi di essa. E' stato attualmente superato il concetto secondo cui l'insonnia era classificata come "primaria" o "secondaria" a seconda della presenza o meno di comorbidità associate ma un suo corretto trattamento dovrà porre la massima attenzione sia all'insonnia stessa che a tali comorbidità (vedi Tabella 2) [16].

Risk factors and comorbidities of chronic insomnia in adults

Psychiatric conditions	Neurological conditions
Depression	Neurodegenerative diseases (eg, Alzheimer dementia, Parkinson disease)
Anxiety	Neuromuscular disorders including painful peripheral neuropathies
Substance use disorders	Cerebral hemispheric and brainstem strokes
Posttraumatic stress disorder	Brain tumors
Medical conditions	Traumatic brain injury
Pulmonary	Headache syndromes (eg, migraine, cluster, hypnic headache, and exploding head syndromes)
Chronic obstructive pulmonary disease	Fatal familial insomnia
Asthma	Medications and substances
Rheumatologic	Central nervous system stimulants
Arthritis	Central nervous system depressants
Fibromyalgia	Bronchodilators
Chronic pain	Antidepressants
Cardiovascular	Beta antagonists
Heart failure	Diuretics
Ischemic heart disease	Glucocorticoids
Nocturnal angina	Caffeine
Hypertension	Alcohol
Endocrinologic	Other sleep disorders
Hyperthyroidism	Restless legs syndrome
Urinary	Periodic limb movement disorder
Nocturia	Sleep apnea
Gastrointestinal	Circadian sleep-wake rhythm disorders
Gastroesophageal reflux	Delayed sleep-wake phase disorder
Diabetes	Advanced sleep-wake phase disorder
Cancer	Irregular sleep-wake rhythm disorder
Pregnancy	Non-24-hour sleep-wake rhythm disorder
Menopause	Shift work disorder
Lyme disease	Jet lag
Human immunodeficiency virus (HIV) infection	
Chronic fatigue syndrome	
Dermatologic (eg, pruritus)	

UpToDate®

Tabella 2 – Fattori di rischio e comorbidità che potrebbero essere associate/contribuire all'insonnia[16].

Si ricorda nello specifico come i farmaci diuretici possano contribuire all'insonnia perché se somministrati la sera portano a nicturia. I farmaci beta-bloccanti andrebbero somministrati la mattina perché possono portare ad una riduzione della produzione di melatonina, mentre gli ace-inibitori possono disturbare il sonno in seguito alla irritazione delle vie aeree con il conseguente fenomeno della tosse secca [8].

Per quanto riguarda gli effetti dell'insonnia cronica bisogna segnalare che essa ha un impatto negativo sulla qualità di vita, infatti pazienti con insonnia rispetto a controlli sani lamentano un maggiore livello di fatigue, sonnolenza, confusione, tensione, oltre che un peggioramento delle loro performance cognitive [16]. Tali conseguenze si ripercuotono anche sull'attività lavorativa con implicazioni economiche di costi per la società; si registra infatti una riduzione della performance lavorativa dei soggetti con insonnia con relativo aumento di 8 volte del rischio di incidenti sul lavoro, oltre che una più elevata richiesta di giorni di malattia al proprio curante. A causa dell'eccessiva sonnolenza diurna vi è un aumento del 2,5-4,5% di incidenti automobilistici, i quali si verificano preferenzialmente nelle prime ore del mattino e nelle prime ore del pomeriggio [4][16][22][6]. A proposito si segnala come la sindrome delle apnee ostruttive del sonno sia attualmente annoverata tra le patologie che limitano il rilascio di patente di guida [23].

Dal punto di vista psichiatrico l'insonnia è spesso associata a disturbi di ansia e depressione. Evidenze scientifiche indicano che circa il 70% dei soggetti insonni soffre di depressione e che nei soggetti che hanno sofferto di insonnia per almeno 2 anni si ha il doppio delle possibilità di sviluppare insonnia rispetto ai controlli sani [3]. Anche con il disturbo d'ansia ed il disturbo da attacchi di panico vi è un'importante sovrapposizione in quanto la maggior parte di questi pazienti segnalano insonnia [16]. Importante ricordare che in un paziente psichiatrico l'insonnia potrebbe essere prodromo di un episodio maniacale [4].

Grazie al coinvolgimento di strutture sottocorticali che regolano la bilancia simpato-vagale, durante la transizione progressiva dalla veglia al sonno

profondo si assiste ad un rallentamento graduale delle attività EEG associato ad una graduale predominanza parasimpatica. Questa predominanza del tono vagale fa sì che durante il sonno si registri un calo della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca medie [8]. Nell'insonnia cronica si registra invece un'iper-attivazione del Sistema Nervoso Simpatico [5] e ciò potrebbe giustificare dal punto vista fisiopatologico l'associazione tra insonnia cronica con diminuzione di sonno totale ed:

- un aumento di incidenza di ipertensione, fenomeni aritmici e malattia cardiovascolare. Nei pazienti con insonnia non si ha infatti il fisiologico calo pressorio e di frequenza cardiaca notturni, si ha una riduzione della variabilità della frequenza cardiaca ed un aumento degli indici di flogosi. Tali alterazioni possono migliorare con il trattamento dell'insonnia [8][3][4][16].
- un aumento del rischio di diabete. Pare infatti che nel paziente insonne si instauri un'intolleranza allo zucchero di genesi multifattoriale: oltre all'alterazione della bilancia simpato-vagale sembra anche esservi una riduzione dell'utilizzo dello zucchero a livello cerebrale, un aumento della secrezione serale di cortisolo, una secrezione di GH persistente nel corso dell'intera notte e la presenza di processi pro-infiammatori. Il trattamento dell'insonnia nei pazienti diabetici è stato osservato migliorare il controllo glicemico [8][3][4][16].

L'insonnia è anche associata ad un aumento del rischio di obesità in quanto la privazione di sonno comporta alterazioni nei livelli degli ormoni deputati al controllo del consumo energetico e del senso di sazietà, come ad esempio una riduzione dei livelli di leptina (“ormone della sazietà”) ed un aumento dei livelli di grelina (“ormone della fame”), con conseguente aumento della fame [4][8]. Non da ultimo è noto come la deprivazione di sonno possa essere un trigger per eventi epilettici in soggetti predisposti [3].

2 Gestione dell'insonnia

2.1 Indicazioni generali

Consultando le Linee Guida Europee 2017 per la diagnosi e trattamento dell'insonnia della European Sleep Research Society [10], le Linee Guida 2016 dell'American College of Physicians (ACP) [24], le indicazioni della American Academy of Sleep Medicine 2017 [25] e la piattaforma UpToDate [12] si possono delineare le seguenti raccomandazioni relativamente al trattamento dell'insonnia:

- In presenza di comorbidità o abuso di sostanze, essendo ad oggi l'insonnia concepita come un'entità clinica indipendente, sarà il giudizio clinico a stabilire quale tra l'insonnia o la condizione morbosa concomitante vada trattata per prima o se trattare contemporaneamente entrambe le patologie [10][12].
 - **La psicoterapia cognitivo comportamentale per l'insonnia (Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia CBT-I)** è raccomandata dalle più aggiornate linee guida come il trattamento di prima linea per l'insonnia cronica negli adulti di qualsiasi età. Essa ha una efficacia nel breve periodo comparabile a quella della terapia farmacologica, ma i suoi effetti benefici sul sonno sono più duraturi [25]. La CBT-I è da prediligere rispetto alla terapia farmacologica anche perché ha minori effetti collaterali. Nello specifico gli effetti collaterali dell'utilizzo della terapia farmacologica per periodi maggiori all'anno non sono stati adeguatamente valutati dagli studi scientifici [10][12][18][24][26].
 - **La terapia di combinazione** è una strategia terapeutica che si basa sulle evidenze che mostrano che la farmacoterapia e la CBT-I combinate hanno maggior efficacia che se considerate singolarmente. Essa prevede inizialmente la prescrizione sia di CBT-I che di un farmaco (di solito per sei/otto settimane), successivamente si sospende il farmaco o lo si riduce ad uno schema adeguato mentre si continua la CBT-I. L'uso di farmaci prima dell'inizio della terapia comportamentale sembra essere meno efficace [12].

- **Indicazioni relativamente alla Farmacoterapia:**
 - l'intervento farmacologico isolato andrebbe preso in considerazione solo per il breve termine se la CBT-I non è efficace o non è disponibile [10].
 - I farmaci dovrebbero idealmente essere utilizzati per non più di 4 o 5 settimane ed al minor dosaggio clinicamente efficace. Le abilità apprese dal paziente con la CBT-I in quel lasso di tempo dovrebbero gestire l'insonnia sul lungo termine. Non è noto se i farmaci riducano gli effetti dannosi sulla salute della privazione di sonno e le evidenze scientifiche non sono sufficienti per valutare il bilancio rischio/beneficio dell'utilizzo di farmaci a lungo termine [24][3].
 - Nella sezione di geriatria del sito della Choosing Wisely Canada viene raccomandato di non usare benzodiazepine o altri sedativi-ipnotici negli anziani come terapia di prima scelta per l'insonnia e viene sottolineato che il rischio di incidenti automobilistici, cadute e fratture dell'anca che portino a ospedalizzazione e morte può più che raddoppiare negli anziani che assumono benzodiazepine e altri sedativi-ipnotici. Specialmente nel paziente anziano con demenza le alterazioni recettoriali che ne contraddistinguono la condizione clinica rendono difficilmente gestibile una terapia farmacologica, portando ad un aumento di incidenza degli effetti avversi oltre che un effetto "tutto o nulla" nella titolazione della dose efficace. La terapia cognitivo-comportamentale, brevi interventi comportamentali e protocolli di riduzione di dosaggio di benzodiazepine hanno dimostrato un beneficio nella sospensione dei farmaci sedativi-ipnotici e questi interventi non farmacologici si sono dimostrati utili anche contro l'insonnia [3][27].
 - Nella terapia farmacologica sarebbero da preferire le formulazioni in pastiglie, in quanto quelle in gocce favoriscono l'incremento in modo autonomo della posologia da parte del paziente, portando a fenomeni di assuefazione e dipendenza [8].

- Classi di farmaci comunemente utilizzati nella pratica clinica e relative indicazioni sono:
 - **benzodiazepine (BZ)** (le più comunemente utilizzate in Europa sono diazepam, flunitrazepam, flurazepam, lormetazepam, nitrazepam, oxazepam, temazepam, triazolam) e **agonisti del recettore delle benzodiazepine (BZRA)**, comunemente detti **Z-drugs** (zaleplone, zolpidem, zopiclone):
 - sono efficaci nel trattamento a breve termine dell'insonnia (≤ 4 settimane);
 - BZ e BZRA con emivite più brevi son da preferire in quanto hanno meno effetti collaterali riguardanti la sedazione al mattino, prestando però attenzione al fatto che hanno maggior rischio di dipendenza;
 - il trattamento a lungo termine dell'insonnia con BZ o BZRA non è raccomandato a causa della mancanza di evidenze e dei possibili rischi / effetti collaterali. Nei pazienti che usano tali farmaci quotidianamente, pertanto si raccomanda vivamente una graduale riduzione della dose o un loro utilizzo intermittente [10].
 - i nuovi agonisti del recettore delle benzodiazepine come lo zolpidem hanno efficacia uguale alle benzodiazepine e vanno ad esse preferiti in quanto dotati di maggior maneggevolezza; grazie alla loro maggior selettività per i recettori GABA essi hanno infatti azione prevalentemente ipnoinducente, senza effetti anticonvulsivanti o miorilassanti [3]. Le benzodiazepine interferiscono sulla qualità del sonno in quanto alterano la normale composizione del sonno riducendo la durata della fase REM. Questo problema non si verifica con i farmaci agonisti del recettore delle benzodiazepine. Essi inoltre rispetto alle benzodiazepine sembrano dare meno

problemi di tolleranza e di sindrome da sospensione-
insonnia rebound [3][24].

- **Antidepressivi sedativi** (i più comunemente utilizzati in Europa: agomelatina, amitriptilina, doxepina, mianserina, mirtazapina, trazodone, trimipramina):
 - gli antidepressivi sedativi sono efficaci nel trattamento a breve termine dell'insonnia; le controindicazioni devono essere considerate attentamente. Alcuni studi hanno dimostrato effetti positivi dell'utilizzo del trazodone in pazienti con insonnia in comorbidità con la demenza di Alzheimer [10]. Il trattamento a lungo termine di insonnia con antidepressivi sedativi non è raccomandato a causa della mancanza di evidenze e dei possibili rischi / effetti collaterali [3][10]. Secondo le ultime linee guida della AASM i dati a favore dell'utilizzo di questa classe di farmaci nel trattamento dell'insonnia sono scarsi [25].
- **Antistaminici:**
 - non ci sono evidenze per l'utilizzo degli antistaminici nel trattamento dell'insonnia.
- **Antipsicotici:**
 - gli antipsicotici non sono raccomandati per il trattamento dell'insonnia a causa della scarsità di evidenze e alla luce dei loro effetti collaterali.
- **Melatonina:**
 - La melatonina non è raccomandata per il trattamento dell'insonnia a causa della sua scarsa efficacia [25][28], mentre il Ramelteon (agonista del recettore della melatonina che viene impiegato negli Stati Uniti) non è disponibile in Europa [10].
- **Fitoterapia**
 - a causa della scarsità di evidenze scientifiche la valeriana e altri fitoterapici non sono raccomandati per il trattamento dell'insonnia.

- Medicina complementare ed alternativa
 - l'agopuntura, l'aromaterapia, la riflessologia plantare, l'omeopatia, il movimento meditativo, la moxibustione e lo yoga non sono raccomandati per il trattamento dell'insonnia a causa delle scarse evidenze scientifiche [10].

2.2 Focus sulla Terapia Cognitivo Comportamentale per l'Insonnia (Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia CBT-I)

La terapia cognitivo comportamentale per l'insonnia rappresenta il trattamento di prima linea contro l'insonnia cronica nei pazienti adulti di ogni età. Essa è costituita da una combinazione di diverse strategie:

- igiene del sonno,
- terapia di rilassamento,
- interventi comportamentali:
 - terapia di controllo degli stimoli,
 - terapia di restrizione del sonno,
- terapia cognitiva
- terapia cognitivo comportamentale per l'insonnia [10][12][24].

Igiene del sonno

L'igiene del sonno consta di una serie di corretti comportamenti e di regole di gestione dei fattori ambientali (come ad esempio la luce, il rumore, la temperatura) volti a facilitare il sonno (vedi Tabella 3).

L'educazione del paziente è un fattore imprescindibile se si vuole risolvere il problema dell'insonnia. È importante consapevolizzare il paziente relativamente alla gestione delle proprie abitudini di vita e all'importanza del sonno per la propria salute conducendolo ad un rispetto dei naturali bioritmi di sonno-veglia, ricordando come la luce favorisca la produzione di cortisolo ed il buio quella di melatonina. Le evidenze scientifiche indicano che l'igiene del sonno è efficace anche se in minor misura rispetto alla psicoterapia e all'intervento farmacologico [8] [10] [12].

Tabella 3 - Igiene del sonno: regole di base.

Igiene del sonno: regole di base [12]
Dormire solo quanto necessario per sentirsi riposati (in media 7-8 ore per l'adulto) e poi alzarsi dal letto
Tenere un ritmo sonno / veglia regolare – in particolare svegliarsi sempre alla stessa ora la mattina
Non cercare di dormire se non ci si sente assonnati
Fare esercizio fisico regolarmente per almeno 20 minuti (World Health Organisation WHO 2010 raccomanda in generale 150 minuti a settimana distribuiti in 5 giorni di attività moderata intensa) preferibilmente almeno da 4 a 5 ore prima di andare a dormire [29][30]
Evitare le bevande contenenti caffeina dopo pranzo
Evitare l'alcol prima di andare a dormire (dal tardo pomeriggio): no "night cap"
Evitare nicotina, soprattutto la sera
Non andare a letto affamati
Rendere l'ambiente della camera adatto a dormire
Evitare l'uso prolungato di schermi luminosi prima di andare a dormire
Gestire le proprie preoccupazioni prima di andare a dormire
Regolare l'ambiente della camera da letto come necessario per diminuire gli stimoli (ad esempio ridurre la luce ambientale, spegnere la televisione o la radio)
Evitare di dormire durante il giorno, specialmente se per più di 20 o 30 minuti o nel tardo pomeriggio

Terapia di rilassamento

La terapia di rilassamento include procedure cliniche volte a ridurre la tensione muscolare (con tecniche come il **progressivo rilassamento muscolare**, la **risposta di rilassamento**, il training autogeno) ed i pensieri intrusivi al momento di addormentarsi (con tecniche come l'allenamento a contemplare immagini, la meditazione) [10].

La tecnica di **progressivo rilassamento muscolare** si basa sul concetto che un individuo può imparare a rilassare un muscolo alla volta fino a quando l'intero corpo è rilassato. La procedura prevede che, a partire da quelli del viso e procedendo poi progressivamente a tutti gli altri gruppi muscolari fino ai piedi, i muscoli vengono contratti dolcemente per uno o due secondi e poi si rilassino. Ogni ciclo viene ripetuto più volte per circa 45 minuti [12].

Un'altra possibile tecnica è quella della **risposta di rilassamento**, che prevede che il paziente sia sdraiato o seduto comodamente ad occhi chiusi, e pratici una respirazione lenta diaframmatica. I pensieri vengono reindirizzati, dalle preoccupazioni quotidiane verso un focus mentale neutro, come una parola o un'immagine pacifica [12]. Nello specifico, poiché è stato osservato che nei soggetti insonni è presente una disfunzione autonoma soprattutto a livello parasimpatico, la respirazione a ritmo lento prima dell'inizio del sonno è stata vista essere un efficace mezzo per aumentare il tono vagale portando a dei miglioramenti nei parametri del sonno [31].

Strategia di restrizione del sonno

Alcuni pazienti con insonnia rimangono a letto più a lungo per cercare di recuperare il sonno perduto. Ciò causa uno spostamento del ritmo circadiano e un indebolimento del drive omeostatico che rende più difficile l'inizio del sonno la notte seguente, comportando la necessità poi di rimanere a letto ancora più a lungo la mattina dopo [12]. La terapia di restrizione del sonno è un metodo finalizzato a ridurre il tempo trascorso a letto, fino a farlo coincidere con l'effettivo tempo di sonno che si sta ottenendo. Ciò al fine di consolidare il sonno e migliorarne l'efficienza (la percentuale di tempo trascorso nel letto in cui il paziente effettivamente dorme) [10]. Operativamente essa inizia diminuendo il tempo trascorso a letto alla stessa quantità di tempo che il paziente riferisce di dormire (generalmente basandosi sui diari del sonno del paziente), se per esempio dall'analisi del diario del sonno di un paziente si riscontra che egli dorme in media 6,5 ore per notte, la finestra di sonno iniziale consigliata (ovvero il tempo trascorso da quando si spengono le luci al momento della sveglia) dovrebbe essere

limitato a 6,5 ore (senza però mai scendere sotto le 4-6 ore, anche quando il tempo medio di sonno è inferiore) [32][12]. Settimanalmente vengono apportate le modifiche alla finestra del sonno in base alla sua efficienza riscontrata tramite i diari del sonno quotidiani: il tempo a letto viene aumentato di 15-30 minuti (se l'efficienza del sonno è > 85-90%), mantenuta stabile o diminuita di 15-30 minuti (se l'efficienza del sonno è <80%), fino a quando non si è raggiunta la durata ottimale del sonno. Non sono permessi pisolini durante il giorno [10][32].

Per garantire una buona compliance è necessario spiegare con cura ai pazienti la logica che sta alla base della terapia e per programmare il tempo a letto bisogna tenere conto delle caratteristiche del singolo paziente (ad esempio nell'anziano vengono utilizzati criteri meno severi). I potenziali effetti avversi della terapia di restrizione del sonno citati negli studi comprendono un aumento della sonnolenza diurna ed una riduzione dei tempi di reazione; effetti esacerbati soprattutto nei periodi di importante riduzione del tempo totale a letto e successivamente reversibili [33] che però rendono questa strategia non compatibile con mansioni di lavoro a rischio e con la guida di autoveicoli. Un altro possibile effetto collaterale della terapia di restrizione del sonno potrebbe essere un'esacerbazione del disturbo bipolare [12][34].

Terapia di Controllo degli Stimoli

Nei pazienti con insonnia può sussistere l'associazione tra il loro letto o la loro camera da letto con la paura di non dormire od altri eventi eccitanti piuttosto che la più piacevole anticipazione del sonno [12]. La terapia di controllo degli stimoli è una strategia costituita da un insieme di istruzioni comportamentali volte a riassociare il letto / camera da letto all'idea / azione del dormire ed a ristabilire un ritmo sonno-veglia corretto. Nello specifico essa prevede che il paziente non vada a letto fino a quando non ha sonno e non usi il letto per azioni diverse dal dormire (leggere, guardare la televisione, mangiare o preoccuparsi). Egli non dovrebbe trascorrere più di 20 minuti a letto da sveglio, ed in quel caso dopo 20 minuti è opportuno lasciare la camera da letto e dedicarsi a un'attività rilassante come leggere o

ascoltare musica rilassante. Il paziente insonne non deve impegnarsi in attività che lo stimolino ad essere sveglio nel cuore della notte come mangiare o guardare la televisione. Inoltre non dovrebbe tornare a letto finché non è stanco e non si sente pronto a dormire. In caso tornasse a letto e non riuscisse ancora a dormire entro 20 minuti il processo deve essere ripetuto. La sveglia mattutina va impostata sempre alla stessa ora anche nel weekend. I sonnellini diurni non sono ammessi (vedi Tabella 4 - Regole di terapia di controllo degli stimoli [12]) [10]. La strategia di controllo degli stimoli è più efficace tra i pazienti che non prendono farmaci per l'insonnia [35] e può portare a dei miglioramenti del sonno duraturi [36].

Tabella 4 - Regole di terapia di controllo degli stimoli [12].

Regole di terapia di controllo degli stimoli
Andare a letto solo quando assonnati.
Non guardare la televisione, leggere, mangiare o pensare a fatti preoccupanti mentre si è a letto. Usare il letto solo per dormire e fare sesso.
Se non si riesce ad addormentarsi entro 20 minuti uscire dal letto ed andare in un'altra stanza. Ritornare a letto solo quando assonnati. Ripetere questo passaggio tutte le volte che è necessario per tutta la notte.
Impostare una sveglia per svegliarsi ad un'ora fissa ogni mattina, compresi i fine settimana.
Non fare pisolini durante il giorno.

Terapia cognitiva

I pazienti costretti dal loro disturbo a rimanere svegli durante la notte si preoccupano delle conseguenze che dovranno subire poi il giorno seguente. Questa preoccupazione può aumentare la loro difficoltà ad addormentarsi, creando un circolo vizioso di veglia e preoccupazione. Un paziente può iniziare a dare la colpa di tutti gli eventi negativi della sua vita ad un sonno povero. Le strategie cognitive sono metodi

psicologici progettati per correggere idee sbagliate a proposito del sonno e dell'insonnia con lo scopo di affrontare e ridurre l'ansia ed il pensiero catastrofico che si legano alla distorta percezione delle conseguenze dell'insonnia durante il giorno [10][12].

Terapia cognitivo-comportamentale per l'insonnia (Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia CBT-I)

La terapia cognitivo-comportamentale per l'insonnia è una strategia che combina i diversi approcci precedentemente descritti per diverse settimane. La CBT-I è normalmente praticata faccia a faccia (su base individuale o in terapia di gruppo) da un medico esperto in quattro-otto sessioni [10]. Un programma CBT-I può includere una sessione introduttiva di educazione al sonno, seguita da due sessioni incentrate sul controllo degli stimoli e sulla restrizione del sonno. Possono poi seguire una sessione sulla terapia cognitiva ed una sull'igiene del sonno. Infine si può fare una sessione conclusiva che rivede e integra le sessioni precedenti ed una che affronta i problemi futuri come lo stress e le recidive. Come monitoraggio dei progressi durante la terapia ai pazienti è richiesto di completare quotidianamente i registri del sonno man mano che essi imparano ed applicano le varie strategie [12]. Grazie alla sua natura educativa la CBT-I ha il vantaggio di fornire ai pazienti strumenti per affrontare i problemi futuri. Tra gli svantaggi della CBT-I vi è quello relativo alla sua durata ed al numero ridotto di medici esperti nelle sue componenti che rendono questa terapia difficilmente fruibile. Se praticata da medici inesperti il beneficio della CBT-I può essere ridotto [12]. Nel 2015 una metanalisi condotta su 20 studi relativi alla CBT-I applicata con diversi approcci (terapia cognitiva, controllo degli stimoli, restrizione del sonno, igiene del sonno e rilassamento) ha riscontrato che essa ha portato a dei duraturi miglioramenti del sonno apprezzabili su diversi outcome (latenza di inizio del sonno, risvegli notturni, tempo di sonno totale, efficienza del sonno) [37].

Oltre all'approccio frontale esistono anche dati sull'efficacia della somministrazione di tale terapia via telefono, on line, tramite personale sanitario specializzato in terapia di gruppo o tramite libri di

autoapprendimento [10][24]. Tali alternativi metodi di somministrazione della CBT-I ne permetterebbero di superare alcuni aspetti critici come il costo e la difficile accessibilità [12] e la potrebbero rendere più praticabile nel contesto delle cure primarie [10][24]. A parte quanto detto per la strategia di restrizione del sonno gli effetti collaterali della terapia cognitivo comportamentale per l'insonnia sono scarsamente segnalati e descritti negli studi ma sono verosimilmente minimi a causa della sua natura non invasiva [24]. Di conseguenza essa è particolarmente adatta a pazienti in cui i farmaci sono controindicati o possono avere maggiori probabilità di produrre effetti indesiderati, come negli anziani, nelle donne in gravidanza o nei pazienti con malattie renali, epatiche o polmonari [12].

2.3 Sintesi sull'approccio generale di gestione dell'insonnia:

In sintesi, secondo le Linee Guida Europee 2017 per la diagnosi e trattamento dell'insonnia della European Sleep Research Society [10] si delinea l'algoritmo clinico in Figura 1. Di fronte ad un paziente con sintomi diurni e notturni caratteristici, quando anamnesticamente vengono soddisfatti i criteri diagnostici precedentemente enunciati, si stabilisce una diagnosi di insonnia. Il trattamento dell'insonnia deve essere fortemente personalizzato tenendo conto di tutti i fattori di rischio e delle comorbidità associate per ogni singolo paziente [3]. Se i sintomi non sono clinicamente significativi dovrebbero essere applicati interventi psicoeducativi / preventivi (ad es. igiene del sonno). Se invece i sintomi sono clinicamente importanti il medico dovrebbe verificare la possibile presenza di alterazioni circadiane, assunzione di sostanze che alterano il sonno (ad esempio alcol) e comorbidità somatiche o mentali. In caso si rilevasse la presenza di uno qualsiasi di questi fattori bisognerebbe intervenire in maniera corrispondente (ad esempio nell'insonnia associata ad un'elevata assunzione di alcol: bisognerebbe intervenire sul consumo alcolico, ecc.). La scelta se trattare in maniera consecutiva oppure simultanea l'insonnia e l'eventuale comorbidità va stabilita dal clinico a seconda dei casi. Nel trattamento dell'insonnia la CBT-I dovrebbe sempre essere considerata il trattamento di prima linea;

farmaci come le benzodiazepine (BZ), gli agonisti dei recettori delle benzodiazepine (BZRA) o gli antidepressivi sedativi sono raccomandati solo per uso a breve termine [10]. Nella pratica clinica il trattamento iniziale di solito è rappresentato da istruzioni per l'igiene del sonno e da strategie di controllo degli stimoli. Se il follow-up indica che è necessario un ulteriore trattamento allora si può intraprendere una CBT-I più strutturata (da sola o in combinazione con un farmaco) per circa sei settimane. Per i pazienti che rispondono alla terapia (con ad esempio sia un miglioramento del sonno durante la notte che un miglioramento dei deficit diurni) il farmaco può essere ridotto gradualmente od utilizzato al bisogno continuando invece la CBT-I. I pazienti non rispondenti o i cui sintomi si ripresentano dopo l'interruzione della terapia possono richiedere una rivalutazione per una eventuale polisonnografia od una CBT-I addizionale. I diari del sonno utilizzati in fase di diagnosi restano poi di fondamentale importanza per la valutazione dell'efficacia del trattamento in follow up. Un'eccezione a questo approccio è rappresentata dai pazienti che hanno un'insonnia a breve termine dovuta ad un fattore di stress auto-limitante; in tali pazienti può essere utilizzata la sola farmacoterapia isolata a breve termine con beneficio [12].

Clinical algorithm

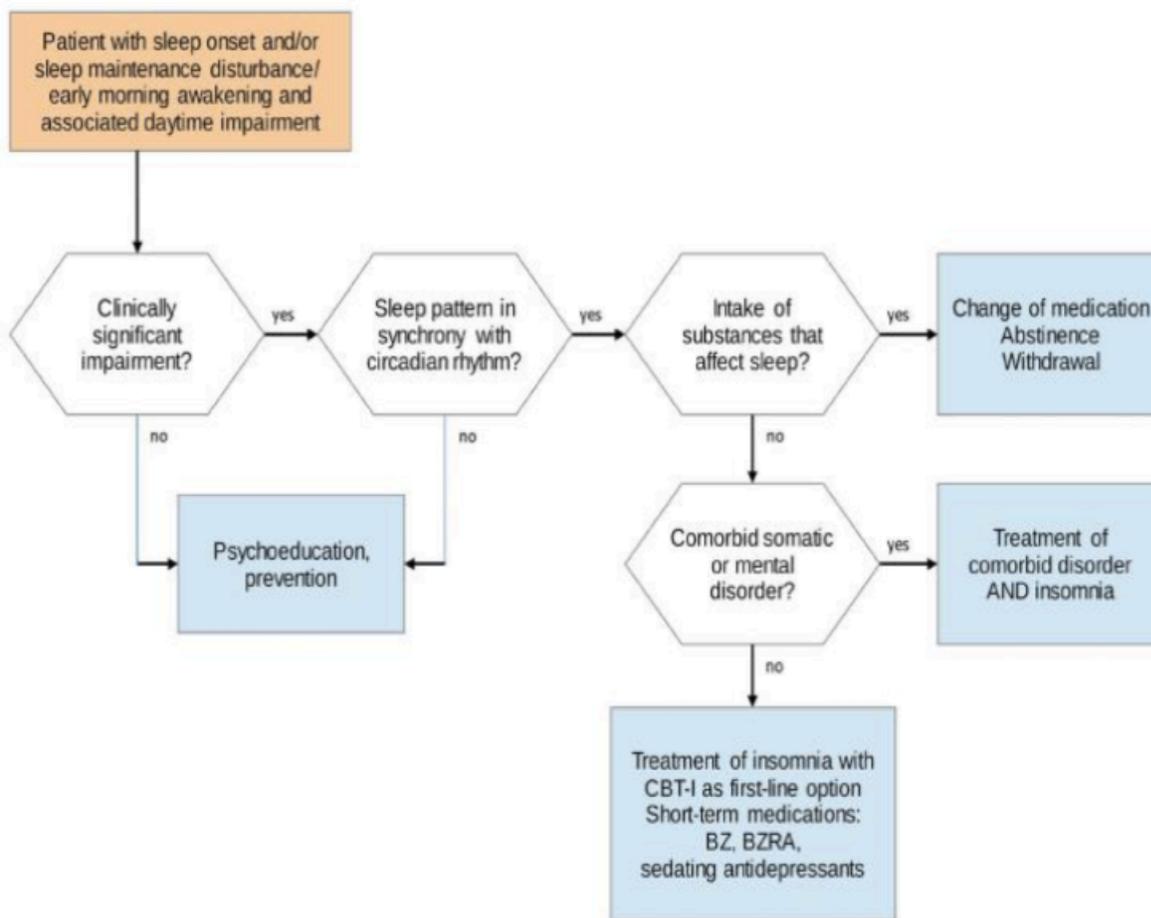


Figura 1 – Algoritmo clinico per la diagnosi e gestione dell'insonnia delle linee guida europee 2017 della European Sleep Research Society

2.4 Dati OSMED 2017

Dai dati dell'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OSMED) dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) relativi all'anno 2017 si evince che i farmaci contro l'insonnia rappresentano un'importante voce della spesa farmaceutica nazionale. Nella lista delle prime 20 categorie farmaceutiche di classe C con obbligo di ricetta a maggior spesa nel 2017 le benzodiazepine sono quella maggiormente acquistata (Tabella 5). Esse da sole rappresentano il 18% della spesa farmaceutica totale. Nello specifico le benzodiazepine ad effetto ansiolitico e quelle ad effetto ipnotico si collocano rispettivamente al primo ed al quinto posto, in aumento rispetto al 2016 le prime del 6,9% e le seconde dell'8,6% (Tabella 6).

Nella lista dei primi 20 principi attivi di classe C con ricetta a maggiore spesa nel 2017 le prime tre molecole appartenenti alla classe delle benzodiazepine sono il Lorazepam (1,83 euro pro capite), l'alprazolam (1,73 euro) e il lormetazepam (0,87 euro); mentre lo zolpidem, che si situa al nono posto, è quello con l'incremento di spesa più elevato rispetto al 2016 (+16,5%) (Tabella 7). In tale lista compaiono inoltre numerosi altri principi attivi appartenenti alla classe delle benzodiazepine: lorazepam, alprazolam, lormetazepam, bromazepam, delorazepam, triazolam [38].

Tabella 5 - Prime venti categorie terapeutiche di classe C con ricetta a maggiore spesa [38].

ATC	Sottogruppo	DDD/1000 ab die	Spesa (milioni)	%*	Δ% 17-16
N	Derivati benzodiazepinici ansiolitici	25,0	348	12,1	6,7
G	Farmaci usati nella disfunzione erettile	1,6	255	8,9	5,1
G	Associazioni fisse estro-progestiniche	19,5	194	6,8	4,7
N	Anilidi	4,8	150	5,2	11,0
N	Derivati benzodiazepinici ipnotici	18,6	121	4,2	8,4
D	Corticosteroidi attivi, associazione con antibiotici	4,0	74	2,6	12,8
S	Corticosteroidi antimicrobici in associazione	2,8	63	2,2	11,6
M	Altri miorilassanti ad azione centrale	1,1	57	2,0	2,6
R	Corticosteroidi	4,3	57	2,0	6,8
R	Mucolitici	5,5	57	2,0	6,0
N	Analoghi delle benzodiazepine	4,3	51	1,8	15,9
N	Altri psicostimolanti e nootropi	1,1	50	1,7	2,7
A	Lassativi ad azione osmotica	1,5	50	1,7	21,1
N	Preparati antivertigine	2,7	46	1,6	11,0
M	Bifosfonati	0,0	43	1,5	8,5
B	Eparinici	1,9	42	1,5	7,6
M	Altri miorilassanti ad azione periferica	0,0	38	1,3	21,1
J	Altri vaccini batterici	2,4	35	1,2	4,9
D	Corticosteroidi, attivi (gruppo III)	3,3	34	1,2	-1,7
N	Benzamidi	1,0	33	1,2	9,1

* calcolata sul totale della spesa

Tabella 6 - Benzodiazepine, prescrizione per categoria terapeutica e per sostanza nel 2017 [38].

Sottogruppi e sostanze	Spesa pro capite	Δ % 17-16	DDD/1000 ab die	Δ % 17-16
Ansiolitici	5,74	6,9	25,0	7,0
Ipnotici	2,00	8,6	18,6	9,1
Sedativi	0,85	16,1	4,3	16,4
Benzodiazepine	8,59	8,1	47,9	8,6
lorazepam	1,83	4,2	10,2	4,9
alprazolam	1,73	8,6	8,7	8,9
lormetazepam	0,87	8,3	13,0	9,0
zolpidem	0,81	16,5	4,1	16,7
bromazepam	0,77	7,6	1,4	7,7
delorazepam	0,68	10,3	2,3	10,4
triazolam	0,62	8,2	3,3	8,6
diazepam	0,32	5,7	1,2	7,1
brotizolam	0,28	8,5	1,4	10,0
flurazepam	0,13	9,0	0,6	9,7

Tabella 7 - Primi venti principi attivi di classe C con ricetta a maggiore spesa nel 2017 [38].

ATC	Principio attivo	DDD/1000 ab die	Spesa (milioni)	%*	Δ% 17-16
N	paracetamolo	4,6	143	5,0	10,7
G	tadalafil	0,6	121	4,2	5,3
N	lorazepam	10,2	111	3,8	4,0
N	alprazolam	8,7	105	3,6	8,5
G	sildenafil	0,7	87	3,0	14,9
G	drosipirenone/etinilestradiolo	6,1	73	2,5	-3,0
D	gentamicina/betametasona	3,5	64	2,2	11,3
N	lormetazepam	13,0	53	1,8	8,2
N	zolpidem	4,1	49	1,7	16,4
N	bromazepam	1,4	47	1,6	7,4
R	acetilcisteina	4,4	46	1,6	9,0
N	delorazepam	2,3	41	1,4	10,2
M	tiocolchicoside	0,6	39	1,4	0,1
N	triazolam	3,3	37	1,3	8,0
G	gestodene/etinilestradiolo	6,2	37	1,3	-5,9
N	levoacetilcarnitina	0,7	35	1,2	7,8
N	betaistina	2,1	34	1,2	12,6
G	varденаfil	0,2	33	1,1	-11,4
G	etonogestrel/etinilestradiolo	2,1	32	1,1	8,8
S	desametasona/tobramicina	1,4	31	1,1	8,5

* calcolata sul totale della spesa

MATERIALI E METODI

Per indagare come il problema insonnia è percepito dai MMG nella provincia di Bolzano è stata distribuita una tabella non validata costituita da 13 items anamnestici a circa 20 medici convenzionati di 2 comuni limitrofi al capoluogo e di 2 distretti montani. I 7 colleghi che hanno aderito all'iniziativa hanno compilato tale tabella durante le consultazioni ambulatoriali con l'ausilio delle cartelle cliniche registrate sui rispettivi software gestionali (Millewin, Atlasmedica, Atlascloud, Medico2000). La durata dello studio è stata di 4 settimane allo scopo di ottenere una stima dell'incidenza mensile. Riguardo i casi già noti, i medici hanno preso in considerazione gli assistiti ai quali era stata posta diagnosi di insonnia o di disturbo del sonno e che si sono ripresentati a visita con "problema attivo" (dunque con disturbo del sonno persistente). È stata allegata inoltre una legenda con le principali cause e comorbidità per aiutare il medico nella compilazione. I dati sono stati poi raccolti in maniera anonima e automatica utilizzando il foglio elettronico Excel.

La raccolta anamnestica prevedeva i dati anagrafici quali età e sesso, la tipologia di disturbo del sonno riguardo difficoltà nell'addormentamento oltre i 20 minuti ("insonnia iniziale") e il mantenimento del sonno con eventuali risvegli precoci o ripetuti ("insonnia centrale" e "insonnia terminale"), il sospetto diagnostico principale, l'ausilio di visite specialistiche (psichiatrica, psicogeriatrica, neurologica, pneumologica, ORL) ed esami di laboratorio o strumentali, le comorbidità e la terapia cronica assunta (quali possibili concause del disturbo), la terapia prescritta dal medico per contrastare il disturbo del sonno nel breve o lungo periodo e infine altre terapie di supporto o alternative ai farmaci (integratori a base di melatonina e fitoterapici, psicoterapia, tecniche di rilassamento, etc.). Per motivi di praticità nella raccolta dei dati non è stata fatta distinzione né tra insonnia acuta e cronica né tra indicatori esclusivamente notturni o presenza di sintomi diurni.

Per la ricerca bibliografica è stato invece approfondito l'argomento dell'insonnia nell'ottica della medicina generale tramite i portali Pubmed, UpToDate, Medscape, consultando le ultime Linee Guida internazionali ed i documenti SIMG.

Tabella 8 – i 13 items anamnestici presi in studio e alcuni suggerimenti per la compilazione (Uptodate)

N	INIZ	M/F	Età	Nuovo caso	Nota	Disturbo dell'addormentamento	Risveglio precoce o ripetuto	Vis. Special.	Labor strumentali	Cause (no se insonnia primaria)	Comorbidità (vedi legenda in calce)	Terapia P.A.	Terapia altro (psicoterapia, tecniche rilassamento, ecc.)
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													

Cause più frequenti in medicina generale:

Insonnia primaria, Depressione, Ansia, Apnee notturne, RLS, problemi medici generali

Fonte: Bruce Aet Al., Prevalence of causes of insomnia in primary care: a cross sectional study
British Journal of General Practice - June 2012

Comorbidità più frequenti

Condizioni psichiatriche: Depressione, Ansia, Abuso di sostanze psicotrope

Condizioni neurologiche: Demenza di Alzheimer, Morbo di Parkinson, sindromi cefalgiche

Condizioni mediche: BPCO, Asma, Dolore cronico, Scompenso cardiaca, IPB (BPH), Prurito

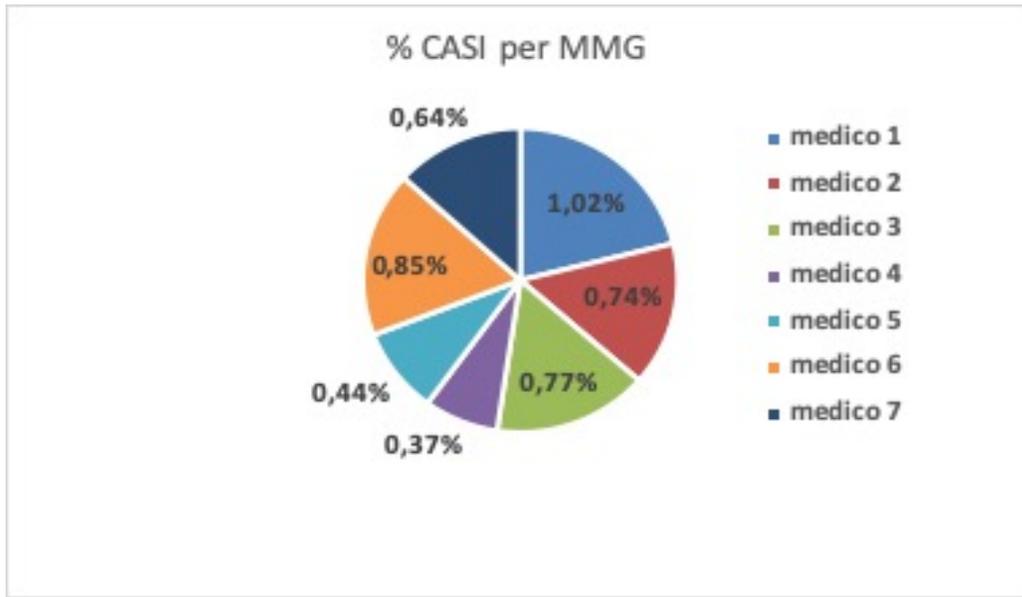
Farmaci ed altre sostanze: Stimolanti sistema nervoso centrale, Inibitori sistema nervoso centrale, Broncodilatatori, Beta-antagonisti, Diuretici, Corticosteroidi, Caffaina, Alcol

Altri disturbi del sonno: RLS, Apnee notturne, turnisti

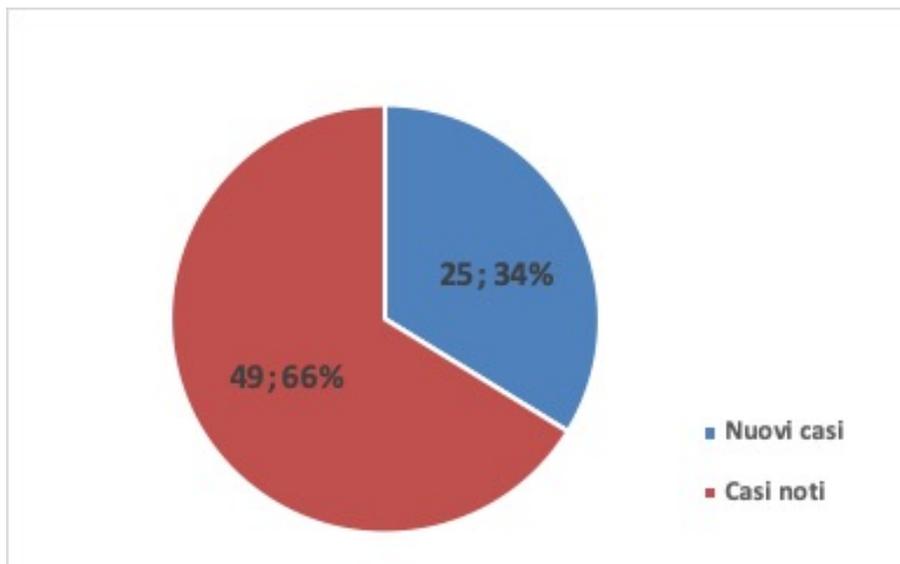
Fonte: UPTODATE

RISULTATI

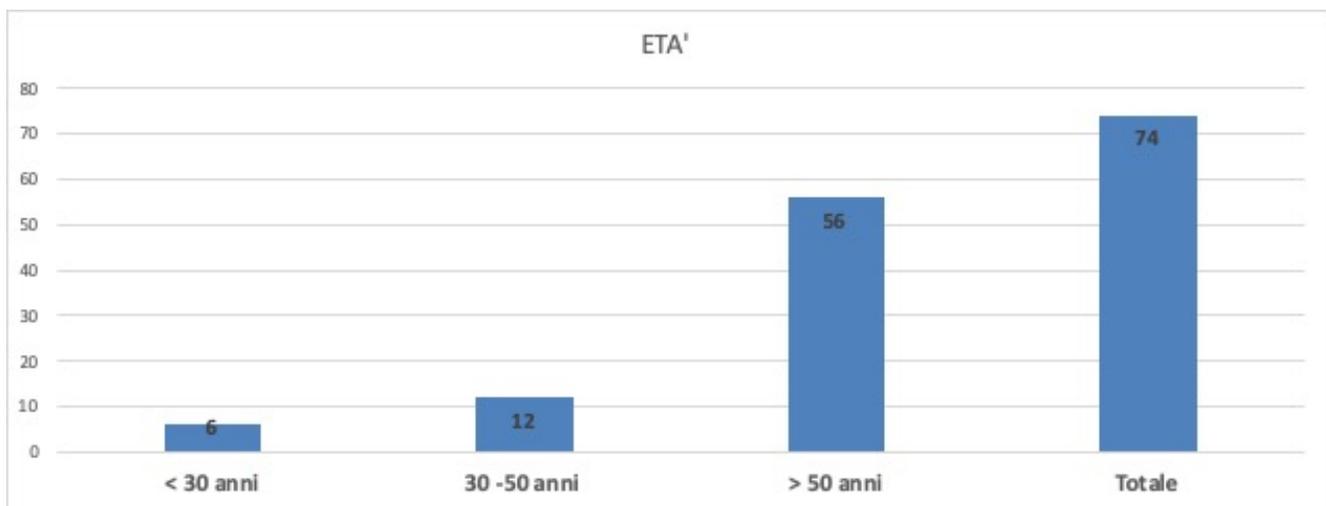
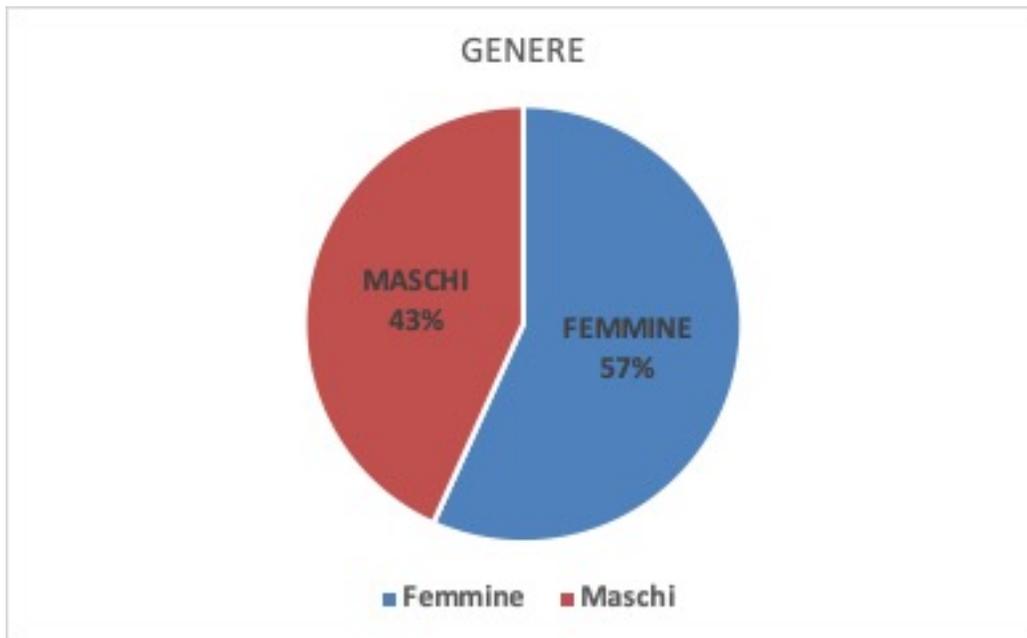
Dall'analisi dei dati (74 assistiti su 10224) è emerso che durante il breve periodo osservazionale si sono recati a visita tra lo 0,37% e l'1% degli assistiti con disturbi del sonno (media 0,69%) (grafico 1).



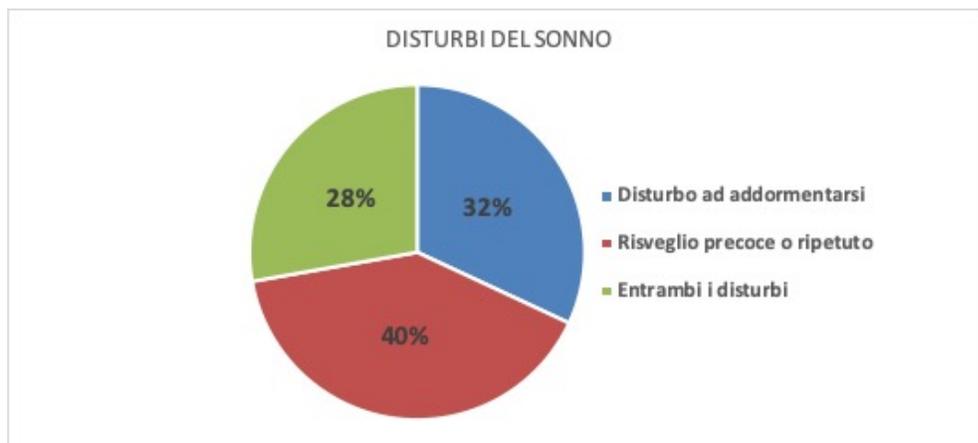
Tra questi vi sono 25 nuovi casi (34%) e 49 con problema attivo precedentemente diagnosticato (66%) per un totale di 74. Il medico col maggior numero di assistiti (1758 pz) ha riportato 18 casi mentre quello col minor numero (800 pz) ne ha riportati 3 (grafico 2).



La distribuzione anagrafica conferma il trend medio nazionale evidenziato dagli altri studi con una prevalenza del genere femminile del 57% (grafico 3) e un 75% di casi nella popolazione over 50 (grafico 4).



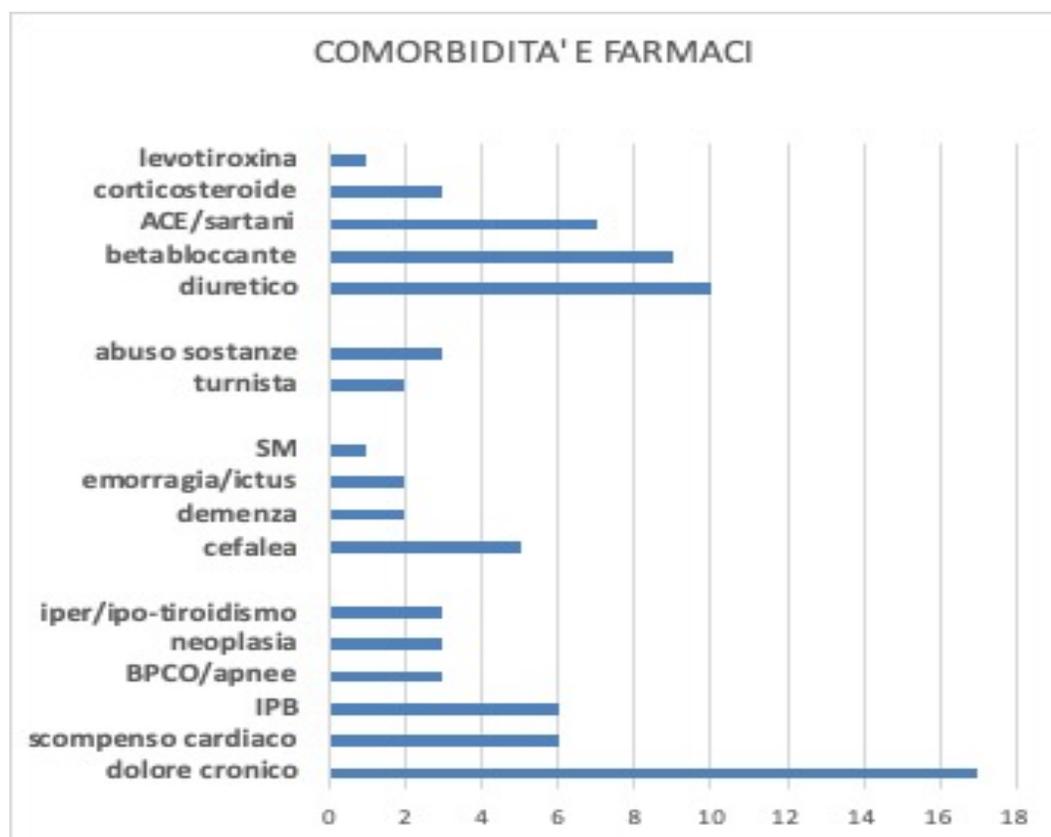
La maggior parte riferisce di soffrire solo di risvegli precoci o ripetuti (40%, N:29), circa un terzo riporta problemi solo nell'addormentamento (32%, N:24) mentre un altro terzo circa (28%, N:21) soffre di entrambe (grafico 5).



Riguardo le cause i colleghi riportano principalmente disturbi del tono dell'umore e condizioni psichiatriche. La depressione, ansia o il disturbo ansioso-depressivo sono diagnosticate in più del 60% dei casi (N:47) - il restante 3% è costituito da RLS e disturbo bipolare - mentre i disturbi del sonno riferibili solo a problemi internistici o situazionali (es: turnisti) si attestano al 15% (N:11). Un dato interessante è il 22% (N:16) al quale non è stata attribuita alcuna causa specifica (riportati momentaneamente come casi di "insonnia primaria") e/o in corso di accertamento diagnostico (grafico 6).



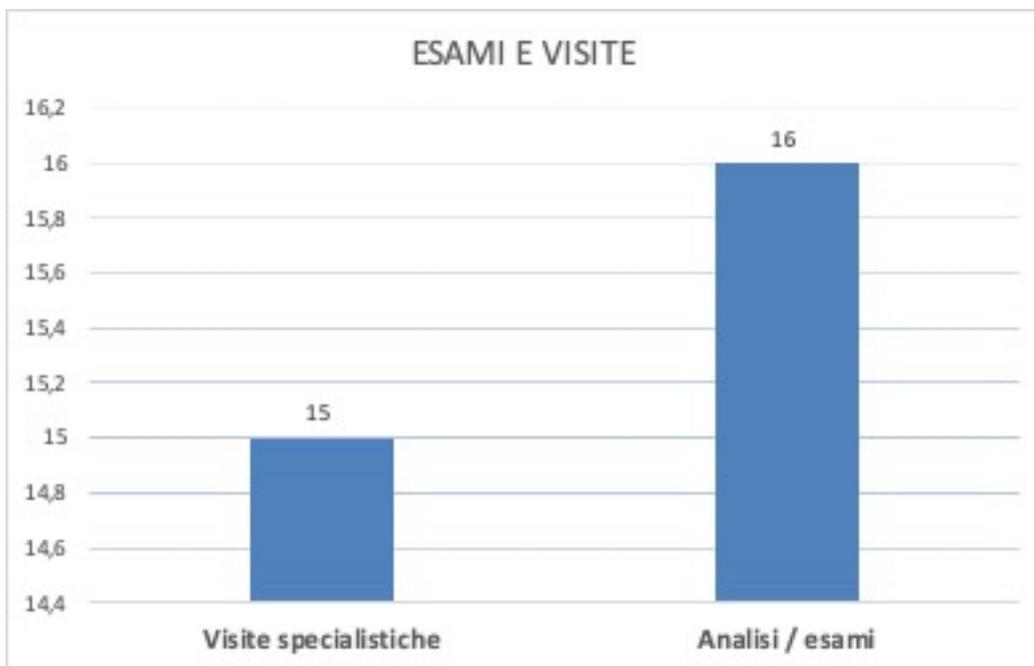
Le comorbidità sono risultate essere relativamente eterogenee e tra queste circa la metà sono patologie internistiche croniche, in particolare quelle con sintomatologia algica più o meno grave. In questo caso potremmo usare il termine di insonnia “comorbida” per descrivere meglio il concetto che l’insonnia è una delle manifestazioni cliniche che compaiono e cambiano al modificarsi del problema medico di base (grafico 7).



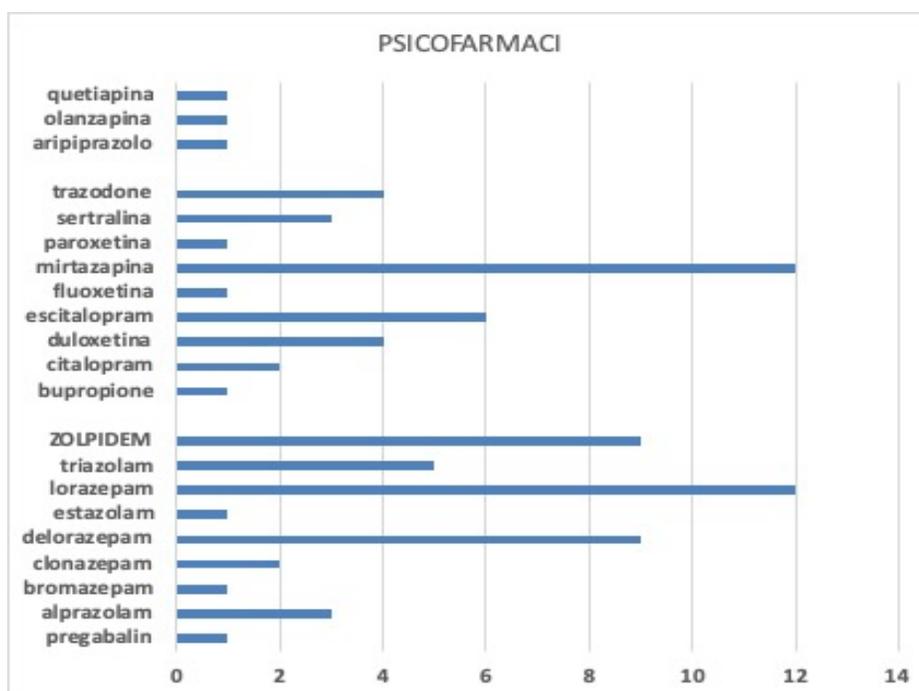
A completamento dell’iter diagnostico sono state richieste 15 visite specialistiche (20%), di cui 9 ai nuovi casi, per lo più psichiatriche (soprattutto laddove la terapia prescritta dal MMG risultava inefficace o recava effetti collaterali mal tollerati dal paziente), pneumologiche e ORL (per esclusione di apnee notturne ed eventuale esame polisonnografico).

Più di rado sono stati consultati geriatri/internisti e neurologi.

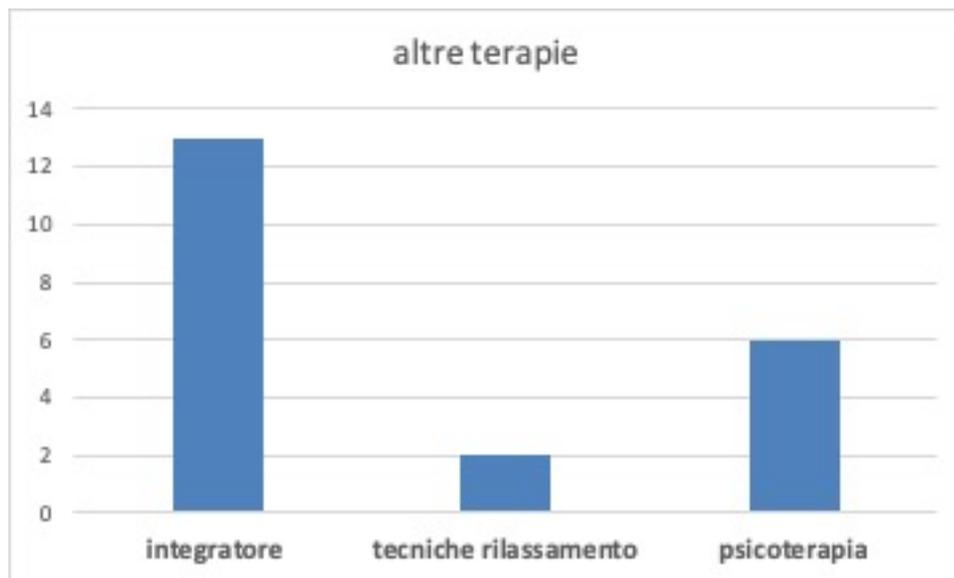
Tra gli esami di laboratorio, prescritti in 16 casi (21%), figurano i valori di funzionalità tiroidea, emocromo e sideremia e indici di funzionalità renale (grafico8).



I farmaci maggiormente prescritti per il trattamento dell'insonnia a breve o lungo termine o del disturbo psichiatrico sotteso sono state divisi in 3 classi principali: BZD, derivati e Z-Drugs (51,2%, N:42); Antidepressivi (42,5%, N:34) e Antipsicotici atipici (3,7%, N:3) (grafico 9)



Tra le terapie coadiuvanti o alternative agli psicofarmaci vi sono integratori fitoterapici a base di Melissa, Valeriana, Passiflora, Glicina, Camomilla con o senza melatonina suggeriti dal medico o dal paziente stesso in 13 casi (17%). Un invio presso uno psicologo psicoterapeuta è stato preso in considerazione solo da 6 pazienti (8%) mentre solo 2 (circa 3%) hanno sperimentato tecniche di rilassamento tra cui la meditazione “Mindfulness” (grafico 10).



DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Dai risultati è emerso che tra i 7 MMG che hanno contribuito alla raccolta dei dati c'è grande disparità di approccio ai disturbi del sonno.

Al contrario di quanto riportato in letteratura e nonostante le importanti conseguenze che l'insonnia può avere sul piano delle comorbidità (patologie cardiovascolari, diabete, obesità, patologie psichiatriche) e di spesa pubblica, i MMG in provincia di Bolzano sembrano ricercare e registrare in cartella clinica un disturbo del sonno solo o principalmente quando si sospetta o si ritiene ci sia una malattia psichiatrica in particolare sindromi ansiose o depressive. Spesso vi è una sottostima, da parte del paziente stesso, della rilevanza clinica dell'insonnia e dell'impatto sulla propria qualità di vita.

Se però osserviamo i dati del VIII Report Health Search della SIMG, che analizza le cartelle cliniche elettroniche di un campione di 700 MMG selezionati, vediamo che la prevalenza di registrazione della diagnosi dei disturbi del sonno è del 5,61% [14], molto inferiore al 40% di prevalenza di insonnia nella popolazione delle cure primarie italiane rilevata dallo studio Morfeo 1 [2]. Le ragioni di questa discrepanza possono essere varie: lo studio Morfeo 1 era impostato in modo tale che la prevalenza ottenuta fosse quella di una diagnosi di insonnia attivamente ricercata dal MMG non nella popolazione generale ma bensì in una selezionata popolazione di pazienti che si recavano spontaneamente in ambulatorio per problemi generici di tipo medico; dal 2004 (anno di svolgimento dello studio Morfeo 1) ad oggi la definizione ed i criteri diagnostici di insonnia sono variati.

Anche per quanto riguarda il trattamento dell'insonnia si possono intravedere alcune criticità nel nostro territorio. Relativamente alla terapia farmacologica va registrato che una non trascurabile quota di pazienti (51% circa) viene trattata per lunghi periodi con farmaci il cui uso è raccomandato solo per alcuni giorni (BZD, Z-Drug, antidepressivi sedativi).

Risulta inoltre non insolito (17,5%) il ricorso a rimedi come melatonina, integratori o fitomedicine non raccomandati dalle linee guida internazionali in quanto scarsamente efficaci [10][24][25]. Le linee guida ribadiscono invece come la psicoterapia cognitivo-comportamentale per l'insonnia (CBT-I) sia la prima opzione terapeutica da considerare per il suo miglior rapporto rischio beneficio.

Nel campione di casi indagato solo l'8% fa ricorso a questa forma di terapia. I motivi di tale fenomeno possono essere molti. Il MMG dovrebbe avere dimestichezza con la componente di educazione alla prevenzione ed igiene del sonno della CBT-I ed indirizzare il paziente a personale specializzato qualora ritenesse necessaria una CBT-I più strutturata. La carenza formativa porta il MMG a non essere consapevole dell'esistenza di questo tipo di approccio e quindi a non ricorrere ad esso. Non ci sono possibilità di prescrivere questa terapia tramite SSN. Per quanto riguarda i Centri di Salute Mentale di Bolzano la CBT-I viene offerta ma solo all'interno di percorsi di Illness Management rivolti a pazienti già presi in carico dal CSM per disturbi psichiatrici. In ambito privato gli specialisti che attualmente si occupano di operare questo trattamento nella provincia sono rari o poco noti ai MMG interpellati.

In conclusione, questa indagine evidenzia che i MMG del territorio di Bolzano sottostimano la diffusione dei disturbi del sonno tra i propri assistiti e che le carenze di offerta formativa e di servizi ne rendono difficoltosa una gestione ottimale nel contesto delle cure primarie. Il MMG dovrebbe però ricoprire il ruolo di primo e principale interlocutore del paziente con insonnia con la funzione di educare i pazienti all'importanza ed all'igiene del sonno così da prevenire il problema e, qualora esso si presenti, intervenire tempestivamente con un corretto inquadramento diagnostico ed un'appropriata gestione in modo da evitare la cronicizzazione del disturbo e ridurre le ripercussioni che l'insonnia può avere in termini di qualità di vita, comorbidità e spese sanitarie [2]. Emerge dunque la necessità di implementare la diffusione delle conoscenze relativamente alle diverse opzioni di gestione (CBT-I e farmacologica) delle

problematiche del sonno, capitolo poco presente nella didattica universitaria e post-universitaria. Vista l'entità di tale problema tra i pazienti che afferiscono alle cure primarie si auspica che specialmente nei programmi dei futuri Corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale ci sia più spazio per questo argomento al fine di preparare i prossimi MMG ad una corretta prevenzione e gestione dei disturbi del sonno. A livello di Aziende Sanitarie locali si segnala l'esigenza di incentivare l'offerta formativa e la sensibilizzazione del personale sanitario con corsi di aggiornamento centrati sull'argomento ed incrementare la diffusione nel territorio della CBT-I in modo da renderla più fruibile nel contesto delle cure primarie [18]. Per ovviare ai problemi di costi e tempistiche che la CBT-I comporta si potrebbero sperimentare strategie efficaci ed alternative di somministrazione già documentate in vari studi: come ad esempio la psicoterapia di gruppo (già esistente per i disturbi d'ansia e di attacchi di panico) guidata da figure formate ad hoc (psicologo, infermiere del territorio, personale medico o paramedico) e la psicoterapia somministrata via web, telefono o tramite libri di autoapprendimento.

Per chiarire la diagnosi, in molti casi può essere utile chiedere al paziente di compilare un diario del sonno che permetta di monitorare nel tempo il numero di ore di sonno, tempo di addormentamento, risvegli notturni e risveglio precoce. In era di sanità digitale risulta interessante anche la frontiera delle App per smartphone e smartwatch-actigrafo i quali possono fungere da diario del sonno e possono guidare il paziente quotidianamente nel mantenimento di corretti comportamenti di igiene del sonno. Un altro aspetto da sviluppare a livello di rete organizzativa di sistema sarebbe l'interazione tra medicina del territorio e centri specialistici che si occupano di disturbi del sonno-veglia.

BIBLIOGRAFIA

- [1] WHO - World Health Organization, "ICD-11 International Classification of Diseases," 2018. [Online]. Available: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F274880002>. [Accessed: 05-Sep-2018].
- [2] M. G. Terzano, L. Parrino, F. Cirignotta, L. Ferini-Strambi, G. Gigli, G. Rudelli, S. Sommacal, E. Bonnani, A. Iudice, O. Bruni, S. Ottaviano, P. Dolso, R. Ferri, F. Cosentino, F. Ferrillo, L. Nobili, M. Guazzelli, L. Palagini, E. Lugaresi, F. Provini, G. F. Mennuni, G. Della Marca, S. Mondini, F. M. Puca, M. Savarese, M. Raffaele, G. Mento, A. Scrofani, V. Fassari, S. Smirne, A. Tartara, R. Manni, E. Ubiali, and M. Viscardi, "Studio Morfeo: Insomnia in primary care, a survey conducted on the Italian population," *Sleep Med.*, vol. 5, no. 1, pp. 67–75, 2004.
- [3] F. Mazzoleni, M. A. Surace, and E. Fumagalli, "Insomnia e dintorni: la gestione del problema in Medicina Generale con un occhio alle comorbidità." *Supplemento Rivista SIMG*.
- [4] C. Cricelli, F. Mazzoleni, F. Samani, G. Gigli, L. Parrino, F. Provini, M. G. Terzano, S. Italiana, and A. Italiana, "Documento congiunto SIMG-AIMS. Guida pratica per la gestione dell'insonnia," 2010.
- [5] M. G. Terzano, F. Cirignotta, S. Mondini, L. Ferini-Strambi, L. Parrino, and on behalf of the Progetto Morfeo Committee, "Studio Morfeo 2: Survey on the management of insomnia by Italian general practitioners," *Sleep Med.*, vol. 7, no. 8, pp. 599–606, 2006.
- [6] M. M. Ohayon and S. Smirne, "Prevalence and consequences of insomnia disorders in the general population of Italy," *Sleep Med.*, 2002.
- [7] F. Merzagora and G. Ventriglia, "Epidemiologia: i dati del Territorio dall'indagine del 2014," in *I disturbi del sonno. Competenze interspecialistiche a confronto*, Primula., 2016.
- [8] C. Cricelli, A. Filippi, G. Gigli, C. Lombardi, G. Parati, L. Parrino, F. Provini, and M. G. Terzano, "GUIDA PRATICA PER LA MEDICINA GENERALE," pp. 1–12, 2011.

- [9] M. Bonnet and D. Arand, "Evaluation and diagnosis of insomnia in adults - UpToDate," 2018. [Online]. Available: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-diagnosis-of-insomnia-in-adults?search=insomnia&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3. [Accessed: 09-Oct-2018].
- [10] D. Riemann, C. Baglioni, C. Bassetti, B. Bjorvatn, L. Dolenc Groselj, J. G. Ellis, C. A. Espie, D. Garcia-Borreguero, M. Gjerstad, M. Goncalves, E. Hertenstein, M. Jansson-Fr Ojmark, P. J. Jennum, D. Leger, C. Nissen, L. Parrino, T. I. Paunio, D. Pevernagie, J. Verbraecken, H.-G. Weess, A. Wichniak, I. Zavalko, E. S. Arnardottir, O.-C. Deleanu, B. Strazisar, M. Zoetmulder, and K. Spiegelhalder, "European insomnia guideline European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia," pp. 675–700, 2017.
- [11] American Psychiatric Association, *Disturbi del Sonno Veglia Estratto Da Criteri Diagnostici. Mini DSM-5*, 2015th ed. Milano Via Rossini 4, 2013.
- [12] M. H. Bonnet and D. L. Arand, "Behavioral and pharmacologic therapies for chronic insomnia in adults - UpToDate," 2018. [Online]. Available: https://www.uptodate.com/contents/behavioral-and-pharmacologic-therapies-for-chronic-insomnia-in-adults?search=insonnia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. [Accessed: 07-Sep-2018].
- [13] G. Schenkel, D. M. Leite, D. Lucia, and R. Poyares, "Insomnia current diagnosis : an appraisal," vol. 51, no. 3, 2015. [14] ISTITUTO DI RICERCA DELLA SIMG: SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE E DELLE CURE PRIMARIE, "VIII REPORT Health Search," 2014.
- [15] B. Bjorvatn, E. Meland, and E. Flo, "High prevalence of insomnia and hypnotic use in patients visiting their general practitioner," no. 4, pp. 1–5, 2016.

- [16] M. H. Bonnet and D. L. Arand, "Risk factors, comorbidities, and consequences of insomnia in adults - UpToDate," 2018. [Online]. Available: https://www.uptodate.com/contents/risk-factors-comorbidities-and-consequences-of-insomnia-in-adults?sectionName=ADVERSEOUTCOMES&topicRef=7691&anchor=H10&source=see_link#H10. [Accessed: 11-Sep-2018].
- [17] J. Backhaus, K. Junghanns, A. Broocks, D. Riemann, and F. Hohagen, "Test – retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia," vol. 53, pp. 737–740, 2002.
- [18] J. Chawla and S. R. Benbadis, "Medscape Guidelines Summary," 2017.
- [19] C. Drake, P. Cheng, D. Almeida, and T. Roth, "Familial risk for insomnia is associated with abnormal cortisol response to stress," *Sleep Res. Soc.*, vol. 40, no. 10, 2017.
- [20] S. J. Wilson, D. J. Nutt, C. Alford, S. V. Argyropoulos, D. S. Baldwin, A. N. Bateson, T. C. Britton, C. Crowe, D. J. Dijk, C. A. Espie, P. Gringras, G. Hajak, C. Idzikowski, A. D. Krystal, J. R. Nash, H. Selsick, A. L. Sharpley, and A. G. Wade, "British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders," *J. Psychopharmacol.*, vol. 24, no. 11, pp. 1577– 1600, 2010.
- [21] M. M. Ohayon, "Epidemiology of insomnia : what we know and what we still need to learn," vol. 6, no. 2, pp. 97–111, 2002.
- [22] M. Daley, C. M. Morin, M. Leblanc, J. Grégoire, and J. Savard, "The Economic Burden of Insomnia : Direct and Indirect Costs for Individuals with Insomnia Syndrome , Insomnia Symptoms , and Good Sleepers," *Sleep*, vol. 32, no. 1, pp. 55–64, 2009.
- [23] E. Bonanni, "Novità del legislatore: sindrome delle apnee ostruttive del sonno e qualità della vita," in *I disturbi del sonno. Competenze interspecialistiche a confronto*, Primula., 2016.

- [24] A. Qaseem, D. Kansagara, M. A. Forcica, M. Cooke, T. D. Denberg, M. J. Barry, C. Boyd, R. D. Chow, N. Fitterman, R. P. Harris, L. L. Humphrey, S. Manaker, R. McLean, T. P. Mir, H. J. Schünemann, S. Vijan, and T. Wilt, “Management of chronic insomnia disorder in adults: A clinical practice guideline from the American college of physicians,” *Ann. Intern. Med.*, vol. 165, no. 2, pp. 125–133, 2016.
- [25] M. J. Sateia, D. J. Buysse, A. D. Krystal, D. N. Neubauer, and J. L. Heald, “Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline,” vol. 13, no. 2, pp. 307–349, 2017.
- [26] S. Schutte-Rodin, L. Broch, D. Buysse, C. Dorsey, and M. Sateia, “Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults,” *J. Clin. Sleep Med.*, vol. 4, no. 5, pp. 487–504, 2008.
- [27] Canadian Geriatrics Society, “Five Things Physicians and Patients Should Question,” 2017. [Online]. Available: <https://choosingwiselycanada.org/>. [Accessed: 11-Sep-2018].
- [28] M. J. Sateia, W. C. Sherrill, C. Winter-Rosenberg, and J. L. Heald, “Payer Perspective of the American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia,” vol. 13, no. 2, pp. 10–12, 2017.
- [29] I. Hartescu, K. Morgan, and C. D. Stevinson, “Increased physical activity improves sleep and mood outcomes in inactive people with insomnia: A randomized controlled trial,” *J. Sleep Res.*, vol. 24, no. 5, pp. 526–534, 2015.
- [30] X. Tan, M. Alén, P. Wiklund, M. Partinen, and S. Cheng, “Effects of aerobic exercise on home-based sleep among overweight and obese men with chronic insomnia symptoms: a randomized controlled trial,” *Sleep Med.*, vol. 25, pp. 113–121, 2016.
- [31] H. J. Tsai, T. B. J. Kuo, G. S. Lee, and C. C. H. Yang, “Efficacy of paced breathing for insomnia: Enhances vagal activity and improves sleep quality,” *Psychophysiology*, vol. 52, no. 3, pp. 388–396, 2015.

- [32] S. D. Kyle, M. R. J. Aquino, C. B. Miller, A. L. Henry, M. R. Crawford, C. A. Espie, and A. J. Spielman, “Towards standardisation and improved understanding of sleep restriction therapy for insomnia disorder: A systematic examination of CBT-I trial content,” *Sleep Med. Rev.*, vol. 23, pp. 83–88, 2015.
- [33] S. D. Kyle, C. B. Miller, Z. Rogers, A. N. Siriwardena, K. M. Macmahon, and C. A. Espie, “Sleep Restriction Therapy for Insomnia is Associated with Reduced Objective Total Sleep Time , Increased Daytime Somnolence , and Objectively Impaired Vigilance : Implications for the Clinical Management of Insomnia Disorder.”
- [34] K. A. Kaplan and A. G. Harvey, “Behavioral Treatment of Insomnia in Bipolar Disorder,” pp. 716–720, 2013.
- [35] A. R. Riedel B, Lichstein K, Peterson BA, Epperson MT, Means MK, “A comparison of the efficacy of stimulus control for medicated and nonmedicated insomniacs,” *Behav Modif.*, vol. 22, no. 1, pp. 3–28, 1998.
- [36] S. Pallesen, I. H. Nordhus, G. Kvale, G. H. Nielsen, O. E. Havik, B. H. Johnsen, and S. Skjøtskift, “Behavioral treatment of insomnia in older adults: an open clinical trial comparing two interventions,” *Behav. Res. Ther.*, vol. 41, no. 1, pp. 31–48, 2003.
- [37] J. M. Trauer, M. Y. Qian, J. S. Doyle, S. M. W. Rajaratnam, and D. Cunnington, “Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia A Systematic Review and Meta-analysis,” 2015.
- [38] Agenzia Italiana del Farmaco, “Osservatorio Nazionale sull’impiego dei Medicinali. L’uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2017,” vol. 39, no. 5, pp. 561–563, 2018.
- [39] G. Ventriglia, C. Gado, C. Cricelli, and L. Parrino, “Come percepiamo il problema ‘sonno-insonnia’? – SIMG. Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie.” [Online]. Available: <https://www.simg.it/indagine-come-percepiamo-il-problema-sonno-insonnia/>. [Accessed: 10-Nov-2018].
- [40] G. Ventriglia and C. Gado, “The role of GPs in sleep medicine in Italy.” SIMG Torino, Parma, 2018.