

DEFINIZIONE DI INSONNIA

L'insonnia è una sensazione soggettiva di sonno insufficiente, insoddisfacente o non riposante, che causa disagio. Viene descritta da uno o più di questi sintomi: difficoltà a iniziare o mantenere il sonno; risveglio precoce al mattino; sonno poco ristoratore. L'insonnia può, inoltre, indurre disturbi diurni come sonnolenza, ansia e deficit di concentrazione e memoria, astenia, difficoltà di concentrazione, irritabilità.

INSONNIA

PRIMARIA

SECONDARIA

L'insonnia è definita “di primo livello”

quando presenta solo i sintomi notturni; se questi sono accompagnati anche da manifestazioni diurne,

l'insonnia si descrive come “di secondo livello”.

Le otto categorie maggiori dell'ICSD-2

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

DISTURBI PRIMARI DEL SONNO - DISSONNIE

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

INDICATORI INSONNIA

NOTTURNI:

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

DIURNI:

- astenia, sonnolenza,
- difficoltà di concentrazione e irritabilità.

PARASONNIE

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

DISTURBI DEL SONNO E DISTURBI MENTALI

- **DEPRESSIONE**
- **MANIA**
- **DISTURBI D'ANSIA GAD**
- **DPTS**

Condizioni mediche generali possono essere associate, nella “comorbid insomnia”.

- malattie cardiovascolari (insufficienza cardiaca, arteriopatia coronarica)
- malattie polmonari (asma, malattia polmonare cronica ostruttiva)
- malattie neurologiche (stroke, Parkinson, neuropatia, malattia cerebrovascolare, trauma cranico)
- malattie gastrointestinali (reflusso gastroesofageo)
- malattie genitourinarie (insufficienza renale cronica, ipertrofia prostatica)
- malattie endocrine (diabete, ipertiroidismo, obesità)
- malattie muscoloscheletriche (artrite reumatoide, osteoartrosi, fibromialgia)
- altre condizioni (menopausa).

FARMACI E INSONNIA

AMANTADINA – BACLOFEN - NICOTINA

AMINEPTINA - BETA-BLOCCANTI - NOOTROPI

ANORESSIZZANTI - CAFFEINA - NORTRIPTILINA

ANTIARITMICI - DECONGESTIONANTI NASALI

STEROIDI - ANTIEPILETTICI - LEVODOPA -

STIMOLANTI DEL SNC

ANTIPERTENSIVI - LEVOTIROXINA - TEINA

ANTITUMORALI – MAO INIBITORI - TEOFILLINA

FARMACI E INSONNIA

Antidepressivi che disturbano il sonno:

**Paroxetina Fluoxetina Sertralina Venlafaxina
Duloxetina**

Antidepressivi che non disturbano il sonno:

**Trazodone Mirtazapina Amitriptilina
Clomipramina Nortriptilina
Escitalopram (alcune evidenze)**

Holshoe, Perspective Psychiatr Care 2009

LAVORO E INSONNIA

- TURNISTI
- STRESS
- AMBIENTE DI LAVORO

ABITUDINI DI VITA E INSONNIA

- LUOGO DI VITA (INQUINAMENTO ACUSTICO/LUMINOSO)
- ALCOLICI
- SPORT SERALE
- CATTIVA IGIENE DEL SONNO

INSONNIA E OBESITA'

Poco sonno fa ingrassare??

Chronic insomnia is associated with obesity (Foley et al., 1995; Taheri et al., 2004) and prospectively predicts weight gain (Janson et al., 2001; Hasler et al., 2004).

Tamas L. Horvath, Xiao-Bing Gao, "Input organization and plasticity of hypocretin neurons: Possible clues to obesity's association with insomnia". *Cell Metabolism*, Volume 1, No. 4, pp. 279-286 (aprile 2005)

INSONNIA E OBESITA'

Ghrelin administration increases non-REM sleep in humans (Kluge et al., 2008).

Increased morning levels of ghrelin were associated with less sleep time (Taheri et al., 2004).

Sleep deprivation decreases daytime leptin amplitude and levels in healthy human volunteers (Mullington et al., 2003; Spiegel et al., 2004)

INSONNIA E OBESITA'

Sleep restriction was associated with reductions in leptin (the appetite suppressant) and elevations in ghrelin (the appetite stimulant) and increased hunger and appetite, especially an appetite for foods with high-carbohydrate contents.

After 6 days of bedtime restriction to 4 hours per night, the plasma concentration of leptin was markedly decreased, particularly during the nighttime

The Impact of Sleep Deprivation on Hormones and Metabolism

Eve Van Cauter, PhD; Kristen Knutson, PhD; Rachel Leproult, PhD; Karine Spiegel, PhD Faculty and Disclosures

INSONNIA E OBESITA'

Ghrelin levels across the night were significantly lower in insomnia patients ($p < .0001$).

Leptin was not significantly different between the groups.

In conclusion, decreased nocturnal ghrelin in insomnia is consistent with findings for nighttime levels in sleep deprivation studies in healthy sleepers. These findings suggest that insomnia patients have a dysregulation in energy balance that may play a role in explaining prospective weight gain in this population.

INSONNIA E MMG

Lo studio **Morfeo 1**

prevalenza (pazienti con alterazione degli indicatori del sonno: 20%; pazienti insonni con disturbi diurni: 44%) e le caratteristiche dell'insonnia nei pazienti che si rivolgono al MMG

Lo studio **Morfeo 2** ha consentito una valutazione capillare della gestione del paziente insonne da parte del MMG. Entrambi gli studi hanno evidenziato come anche in Italia l'insonnia abbia un'elevata prevalenza e un alto impatto sociosanitario. La gestione diagnostico-terapeutica è buona, ma presenta alcune aree suscettibili di miglioramento.

Dati 2000-2003

MORFEO 1 e 2

- il problema riguarda circa 12 milioni di persone
- circa la metà non ha mai ricevuto la diagnosi
- solo il 16,2% degli insonni viene curato, mentre il 40,5% rifiuta le terapie ed il 7,3% ricorre a rimedi casalinghi
- il 67,1% degli insonni accusa disturbi cardiovascolari (vs il 21,3 per cento dei non insonni)
- il 70% degli insonni mostra sintomi depressivi
- l'insonnia condiziona pesantemente la qualità della vita: l'80 per cento degli insonni presenta almeno un sintomo diurno, il 60 per cento si sente teso, irritato e depresso a causa della carenza di sonno e il 46 per cento ha difficoltà di concentrazione e di memoria il giorno successivo

INSONNIA E MMG

Health Search/Thales, il database della Società Italiana di Medicina Generale, risulta che – su 628.220 pazienti in carico al 31/12/2006 a 418 MMG con dati “validati”, distribuiti in ogni regione italiana in proporzione alla popolazione residente – una diagnosi di insonnia sia presente nelle cartelle cliniche del 5,38% delle donne e nel 3,25% degli uomini.

**Popolazione con diagnosi di "insonnia"
(codici ICD9: 780.5* tranne 780.53-780.59;
307.4* tranne 307.43-307.48) al 31/12/2006**

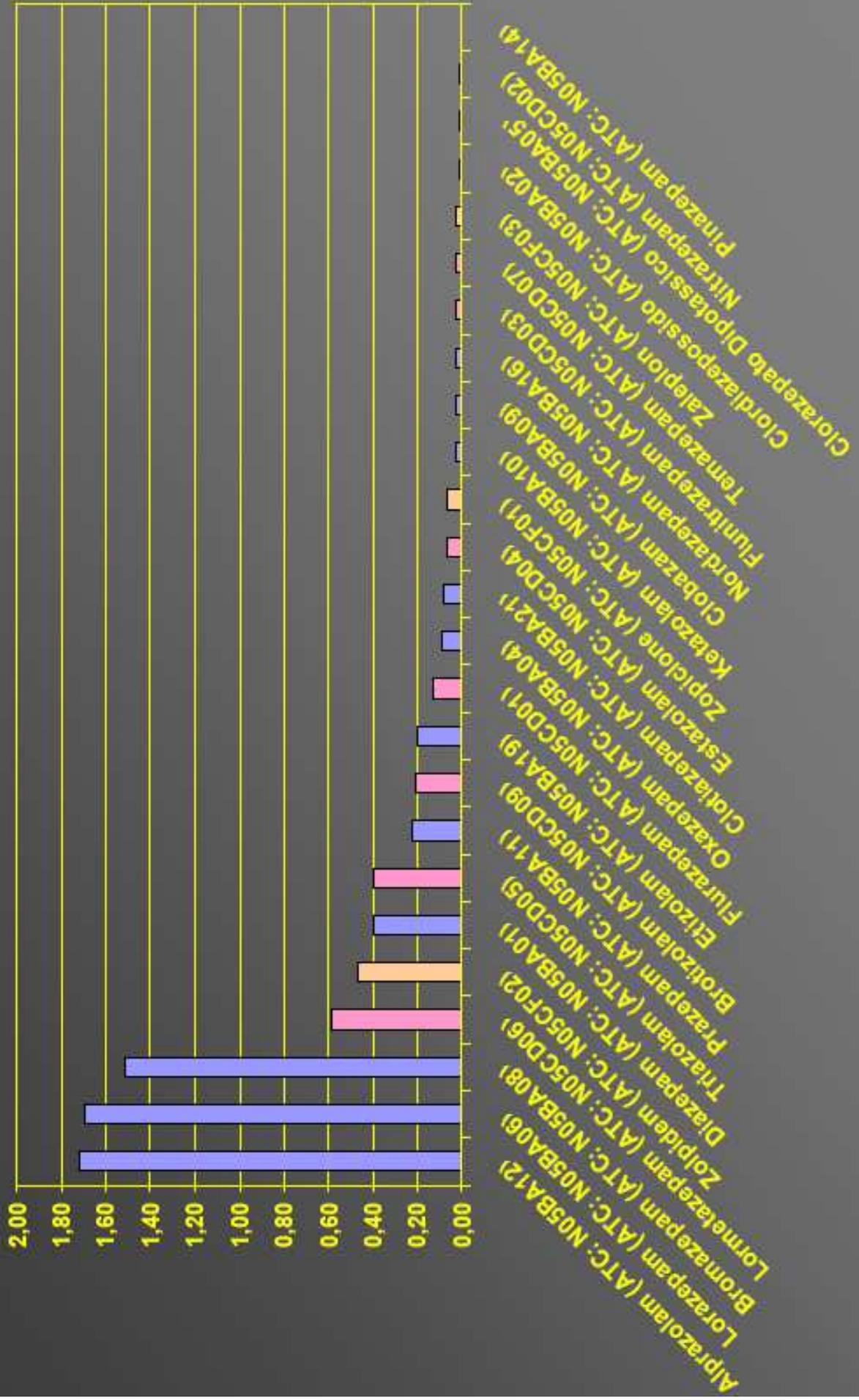


prevalenza d'uso di ansiolitici (N05B*) e ipnotici (N05C*) per fascia d'età

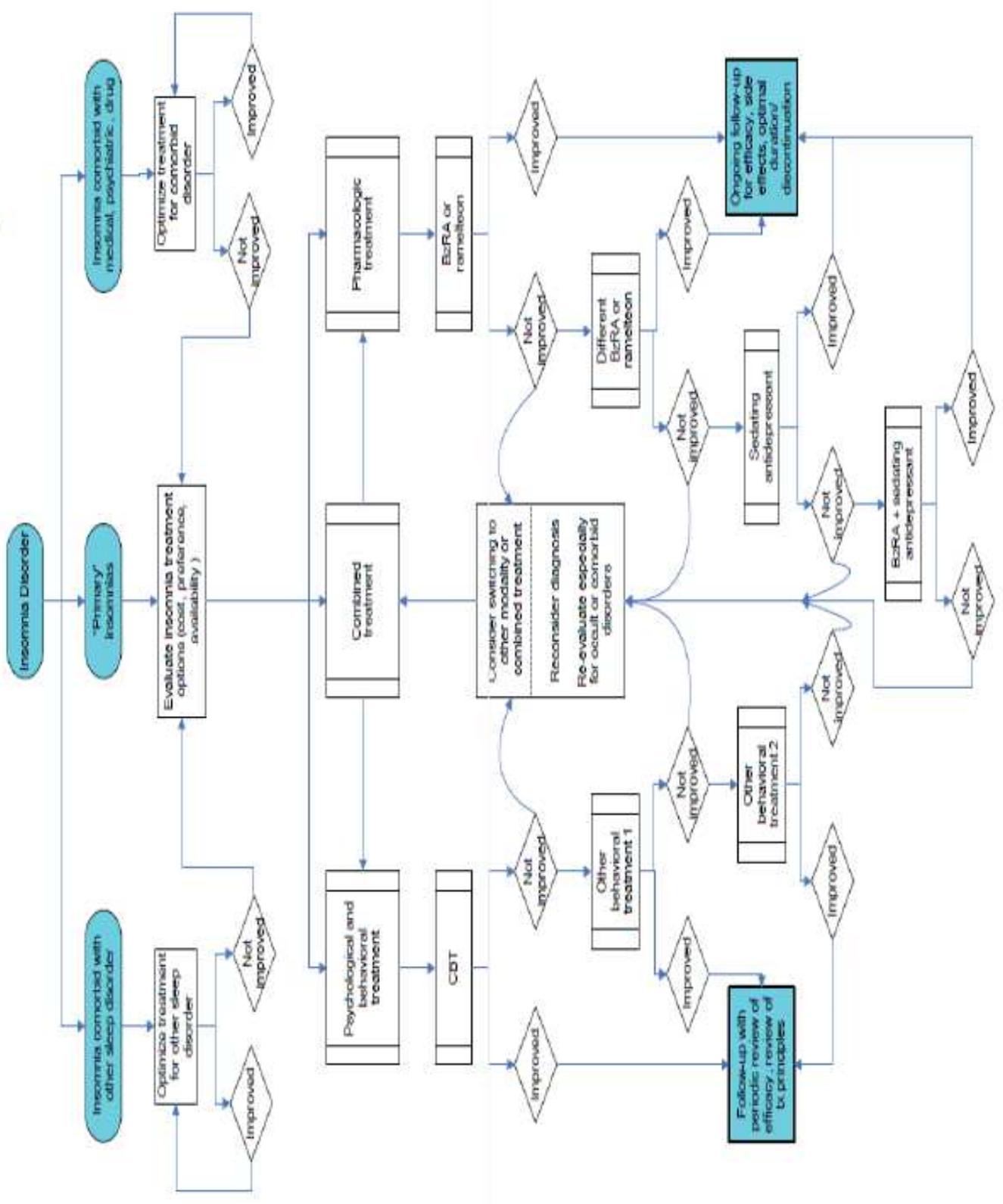


dati HS 2006

PREVALENZA D'USO (%)



Evaluation and Management of Chronic Insomnia



ATTESE FORMATIVE MMG

- CORRETTO INQUADRAMENTO
- DIAGNOSI
- OBIETTIVI TERAPEUTICI

Trattamento personalizzato?? Ognuno ha il suo ipnotipo!!

Migliorare la qualità della vita

Prevenire l'eventuale progressione verso la forma cronica

Trattare efficacemente l'insonnia per migliorare anche la malattia concomitante in caso di comorbidità

Come limitare l'"uso/abuso" farmaci (BZD e Anziani)

Quale sonno nelle strutture protette?

Trattamento cognitivo-comportamentale

L'INSONNIA E LE BUONE PRATICHE

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