Approccio clinico all'**insonnia cronica** in medicina generale

UN TALK TRA ESPERTI



MED-IT-DA-2601193

Con il contributo di idorsia

Casi clinici

(seconda parte 15min)



Prof. Enzo Nunnari
MMG ASL Roma 3

MED-IT-DA-2601193

Con il contributo di idorsia

Carlo* (paziente polimorbido e politrattato)

Immagine generata con intelligenza artificiale, non è un paziente reale



Anamnesi patologica

Uomo di 73 anni BMI 29 affetto da:

- Ipertensione arteriosa dall'età di circa 40 anni
- Ipercolesterolemia trattata per anni con integratori
- Familiarità positiva per ipertensione
- Madre deceduta per malattia di Alzheimer, Padre deceduto per malattia oncologica

Esami strumentali

Eco TSA:

- Placca stenosante carotide destra 20%
- Placca stenosante carotide sinistra 25%

TURP recente con ottimo controllo dei LUTS:

- Scomparsa dell'urgenza minzionale
- Drastica riduzione della nicturia

BMI: Body Mass Index (Indice di massa corporea); LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms (Sintomi del tratto urinario inferiore); TSA: Terapia Sostitutiva Androgenica; TURP: Transurethral Resection of the Prostate (Resezione transuretrale della prostata)
* Nome di fantasia

Dati non pubblicati provenienti dalla pratica clinica reale

Con il contributo di idorsia

Carlo*

Immagine generata con intelligenza artificiale, non è un paziente reale



Evento precipitante

Fine Settembre 2025:

- TC coronarica: malattia coronarica tri-vasale fibrocalcifica, stenosi 60% tratto medio IVA, stenosi 50% primo ramo diagonale, altre calcificazioni non significative

Inizio Ottobre 2025:

- Ricovero per coronarografia e angioplastica con: 3 DES su IVA, 1 DES su circonflessa, FE ventricolare sinistra: 63%

Terapia alla dimissione

- ASA
- Rosuvastatina 10 mg + ezetimibe 10 mg
- Bisoprololo
- Ranolazina 375 mg
- Pantoprazolo 20 mg
- Perindopril 10 mg+Amlodipina 10 mg
- Indapamide 2,5 mg dopo pranzo

ASA: Acido Acetilsalicilico (Aspirina), DES: Drug-Eluting Stent (stent a rilascio di farmaco); FE: Frazione di Eiezione; IVA: Interventricolare Anteriore (arteria discendente anteriore); TC: Tomografia Computerizzata
* Nome di fantasia

Dati non pubblicati provenienti dalla pratica clinica reale

Con il contributo di idorsia

Carlo* comincia a dormire male



Immagine generata con intelligenza artificiale, non è un paziente reale

Da Ottobre 2025 riferisce

"Una buona dormita non mi ricordo più com'è fatta."

Insonnia da addormentamento

Va a letto alle 23:00

Rimane sveglio fino all'1.00 circa

Durante questo periodo:

- Pensa continuamente alla propria salute
- Teme nuovi eventi cardiovascolari
- Pensa ai controlli da effettuare
- Teme di dimenticare la terapia
- Riferisce di non sentirsi più quello di prima
- Tiene la televisione accesa in camera da letto fino a quando "crolla dal sonno"

Insonnia centrale

Risveglio costante verso le 3.30

Motivo: stimolo minzionale;
dopo la minzione permane sveglio circa un'ora
e riprende a rimuginare sulle proprie condizioni di salute

Conseguenze diurne:

- Marcata stanchezza diurna
- Riduzione della concentrazione
- Paura di addormentarsi alla guida
- Sonnolenza a metà mattina e nel primo pomeriggio

* Nome di fantasia

Dati non pubblicati provenienti dalla pratica clinica reale

Con il contributo di idorsia

Possibili cause dell’insonnia di Carlo*

Immagine generata con intelligenza artificiale, non è un paziente reale



Emergono due elementi molto chiari:

1. Evento cardiovascolare maggiore

La scoperta della coronaropatia e il ricovero hanno rappresentato un importante stressor.

---

2. Possibile causa iatrogena

L'insonnia di mantenimento coincide temporalmente con l'introduzione di:
indapamide assunta dopo pranzo con ricomparsa della nicturia che era stata risolta dalla TURP.

TURP: Transurethral Resection of the Prostate (Resezione transuretrale della prostata)
* Nome di fantasia

Dati non pubblicati provenienti dalla pratica clinica reale

Con il contributo di idorsia

Intervento iniziale

Immagine generata con intelligenza artificiale, non è un paziente reale



Psicoeducazionale

Nel caso specifico vengono spiegati al paziente:

Fattore precipitante:

- Evento cardiologico

Fattori perpetuanti:

- Televisione in camera
- Permanenza a letto da sveglio
- Attenzione selettiva verso il sonno
- Paura di non dormire

Intervento comportamentale

- Eliminazione della TV dalla camera
- Letto utilizzato solo per dormire
- Andare a letto solo in presenza di sonnolenza

Revisione terapeutica

- Indapamide anticipata al mattino insieme a: Perindopril e amlodipina

Dati non pubblicati provenienti dalla pratica clinica reale

Con il contributo di idorsia

Follow-up a 1 mese



Immagine generata con intelligenza artificiale, non è un paziente reale

Risultati

Scompare la nicturia, quindi insonnia centrale risolta

Il paziente riferisce:
"Adesso non mi sveglio più nel cuore della notte."
In realtà emerge un dato importante:

- Rimane sul divano a pensare o a leggere o a guardare la televisione, e quando compare sonnolenza verso 00:00-00:30 va a letto e dorme; meglio di prima ma ancora sonno ridotto rispetto al suo standard

Quindi:
L'insonnia iniziale è parzialmente risolta (grazie alla rimozione dei fattori perpetuanti) ma va a dormire più tardi per addormentarsi subito.

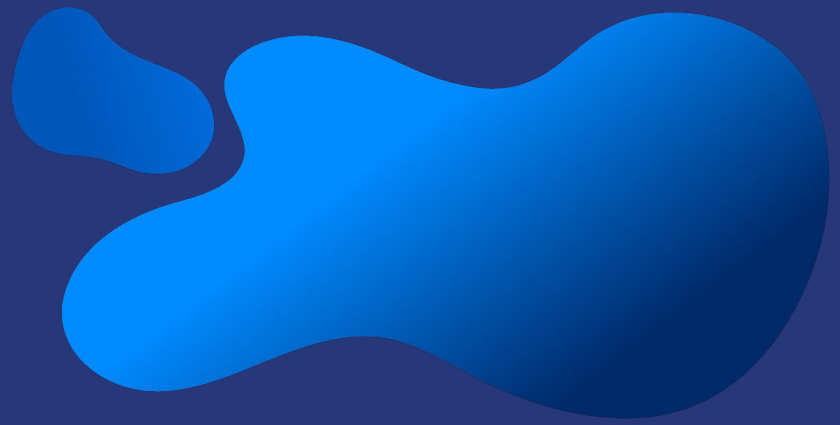
Residuo clinico

Persistono: sonnolenza marcata nel primo pomeriggio e percezione soggettiva di sonno non completamente ristoratore.

Dati non pubblicati provenienti dalla pratica clinica reale

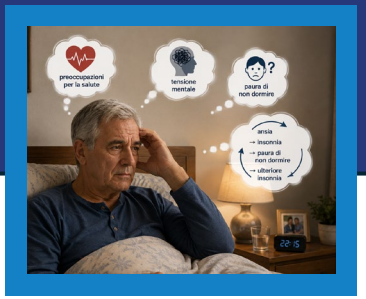
Con il contributo di idorsia

Possibili snodi decisionali



Scenario 1

Immagine generata con intelligenza artificiale, non è un paziente reale



Persistono rimuginazione e iperarousal quindi prevale una componente ansiosa

Il paziente continua a riferire:

- Preoccupazioni per la salute
- Tensione mentale durante la giornata
- Paura di non dormire

Benzodiazepina a breve durata+ Daridorexant

Strategia temporanea, monitorata e con uscita programmata dalla benzodiazepina.

Dopo le prime 4 settimane inizio a scalare benzodiazepina e lascio daridorexant per altri due mesi almeno, rivalutando a quel punto la situazione.

CBT-I+Daridorexant

CBT-I 6-8 sedute + daridorexant per 3 mesi.

Obiettivo:
ridurre l'iperarousal, correggere il condizionamento letto-veglia e consolidare un sonno fisiologico senza cronicizzare l'uso di benzodiazepine.

Pregabalin (off-label) come ansiolitico sedativo di seconda linea

Pro

- Riduzione dell'iperarousal
- Miglioramento dell'ansia somatica
- Possibile beneficio sul sonno

Dati non pubblicati provenienti dalla pratica clinica reale

Con il contributo di idorsia

Scenario 2



Immagine generata con intelligenza artificiale, non è un paziente reale

Dati non pubblicati provenienti dalla pratica clinica reale

Con il contributo di idorsia

Scenario 3



Immagine generata con intelligenza artificiale, non è un paziente reale

Dati non pubblicati provenienti dalla pratica clinica reale

Con il contributo di idorsia

TERAPIA episodio depressivo maggiore

- **Antidepressivo sedativo**
  mirtazapina

- **Antidepressivo serotoninergico che non altera il sonno**
  escitalopram
  citalopram
  vortioxetina

- **SNRI**

per l'insonnia si può associare inizialmente:

daridorexant
trazodone (off label)





Immagine generata con intelligenza artificiale, non è un paziente reale

Dati non pubblicati provenienti dalla pratica clinica reale

Con il contributo di idorsia

Sara* (donna in perimenopausa)

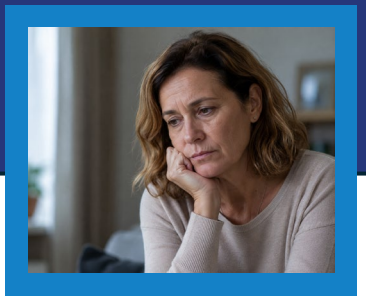


Immagine generata con intelligenza artificiale, non è un paziente reale

Donna, 52 anni, in buona salute generale.
Familiarità cardiovascolare: madre deceduta per ictus, padre per IMA.

Da >6 mesi presenta:

- Vampate notturne e sudorazioni improvvise
- Crampi notturni
- Risvegli ogni 2 ore circa
- Stanchezza diurna persistente
- Disagio sociale e lavorativo per la mancanza di sonno e le vampate
- Preoccupazione crescente e senso di sfinimento

La valutazione ginecologica conferma **transizione menopausale.**
La ginecologa propone terapia ormonale sostitutiva.

La paziente non accetta la terapia sostitutiva per paura del rischio cardiovascolare/familiare

- Assume autonomamente lormetazepam la sera: prima 10 gocce, poi 15, ora 20 quindi 2 mg/die (massimo dosaggio raggiunto)
- Si rivolge al MMG perchè teme l'aumento progressivo della dose perché Il beneficio iniziale si è ridotto (teme la dipendenza)

IMA: Infarto Miocardico Acuto; MMG: Medico di Medicina Generale
* Nome di fantasia

Dati non pubblicati provenienti dalla pratica clinica reale

Con il contributo di idorsia

Sara*

Immagine generata con intelligenza artificiale, non è un paziente reale



Fenotipo dell'insonnia?

Il fenotipo dominante è:

insonnia di mantenimento da frammentazione del sonno legata a sintomi vasomotori menopausali.

Le vampate notturne sono fortemente associate a risvegli e peggioramento della qualità del sonno nella transizione menopausale; lamenta un preoccupante impatto diurno dell'insonnia.

Cosa sta peggiorando il caso?

Sintomo psicologico reattivo e dipendenza da benzodiazepine

- La paziente è sfinita, preoccupata per la qualità della sua vita, teme di avere bisogno di sempre più alprazolam e che la situazione duri anni.
- Lormetazepam serale "in gocce" ha creato una dipendenza pericolosa.

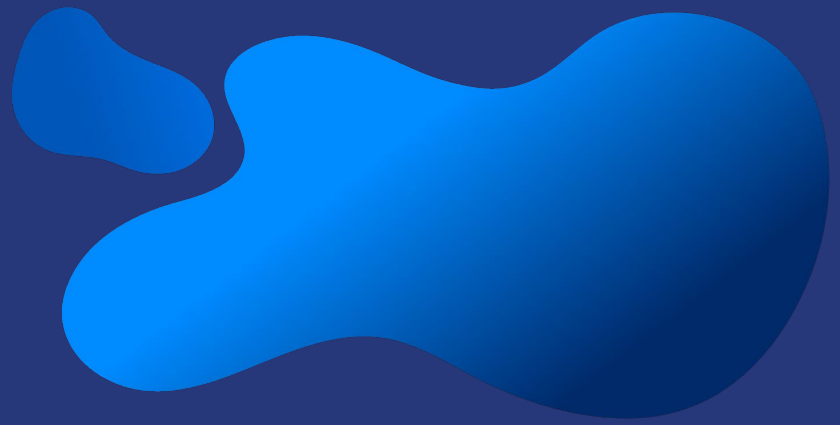


* Nome di fantasia

Dati non pubblicati provenienti dalla pratica clinica reale

Con il contributo di idorsia

Possibili snodi decisionali



Scenario A



Immagine generata con intelligenza artificiale, non è un paziente reale

Dati non pubblicati provenienti dalla pratica clinica reale

Con il contributo di idorsia

Scenario B

Pregresso tumore al seno

Non può fare terapia sostitutiva per pregresso carcinoma mammario

- **La paziente è sfinita**, preoccupata durante il giorno e attivata verso sera quando si avvicina l'ora di dormire
- **Teme di avere bisogno di sempre più lormetazepam**
- **Difficoltà nella vita lavorativa** e **sonnolenza** a metà mattina e nel pomeriggio
- **Abulica** comunque con sforzi enormi riesce ancora a lavorare
- **Menopausa** è vissuta come una sorta di **invecchiamento precoce**
- L'**umore** è orientato in senso **depressivo**

Dati non pubblicati provenienti dalla pratica clinica reale

Con il contributo di idorsia

Scenario B

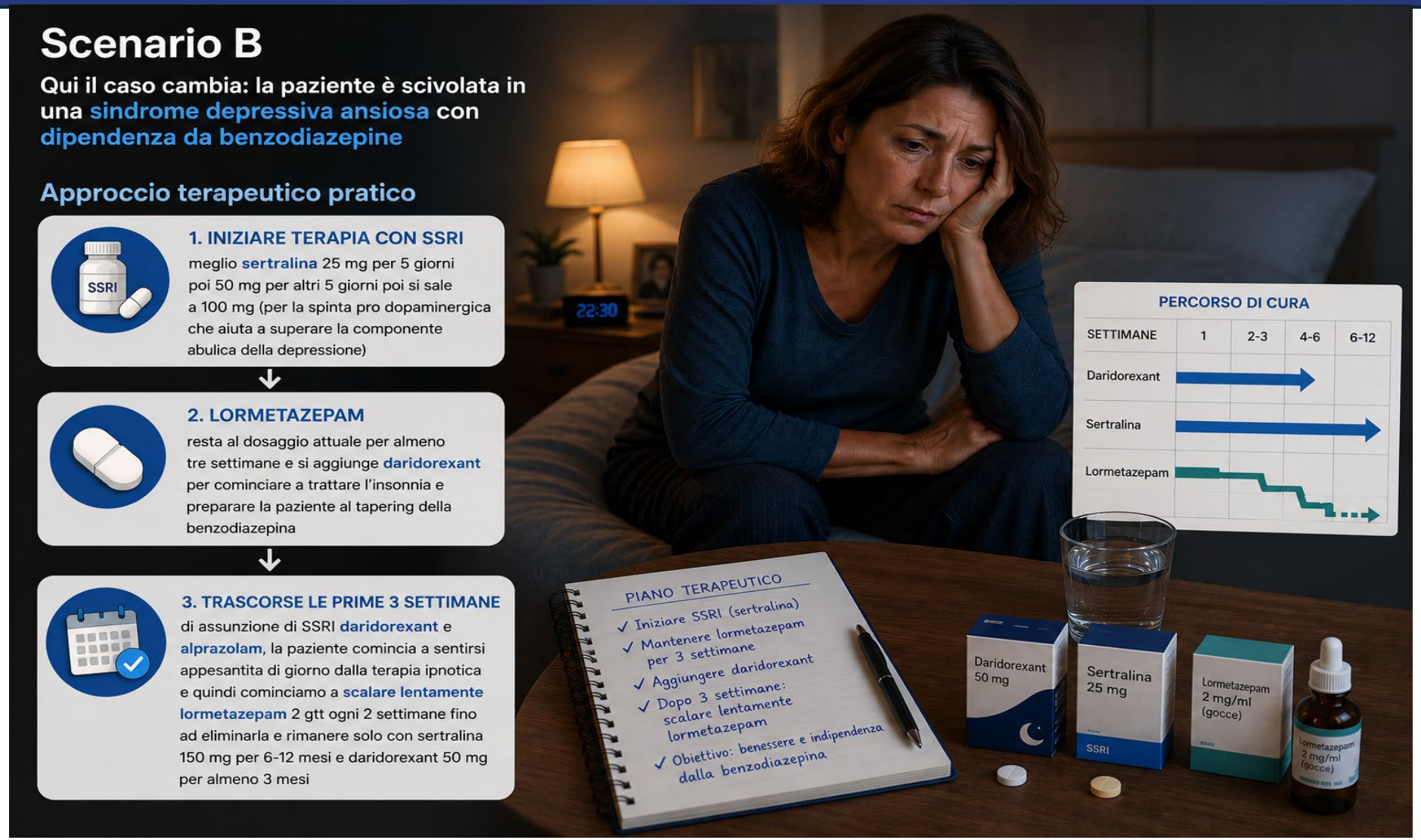


Immagine generata con intelligenza artificiale, non è un paziente reale

Dati non pubblicati provenienti dalla pratica clinica reale

Con il contributo di idorsia

Presentazione per la Prima parte (10 min) dopo Prof. Arnaldi

Con il contributo di idorsia

Prevalenza Insonnia in Italia

IN ITALIA PREVALENZA
DISTURBI DEL SONNO
20-25% (1)

IN ITALIA PREVALENZA
INSONNIA CRONICA
10-15%
CIRCA 5 MILIONI DI PERSONE
(30-40% ANZIANI)(2)(3)



(1) Epidemiology and burden of chronic insomnia disorder in Europe: an analysis of the 2020 National Health and Wellness Survey François-Xavier Chalet et al., Journal of Medical Economics, Published Sep 25, 2024

(2) Epidemiological and clinical relevance of insomnia diagnosis algorithms according to the DSM-IV and the International Classification of Sleep Disorders (ICSD). M. Ohayon, C. Reynolds Durslade et al., 2009 Sleep Medicine Volume 10, Issues 7-8, Pages 952-960

(3) Insomnia in the Italian Population During Covid-19 Outbreak: A Snapshet on One Major Risk Factor for Depression and Anxiety ValeriaBacaro-MarcoChiabudini,CarlaBuonanno,

Immagine generata con intelligenza artificiale, non è un paziente reale

Con il contributo di idorsia

Mmg con 1500[1] assistiti ha:

150-225
pazienti affetti da
insonnia cronica
(10%-15%)[2]

300-375
pazienti affetti da
disturbi del sonno
(20%-25%)[3]



1. Accordo Collettivo Nazionale per il Servizio Sanitario Nazionale; 2. Ohayon et al., Sleep Med . 2009 Oct;10(9):952-60. doi: 10.1016/j.sleep.2009.07.008; 3. Chalet et al., J Med Econ . 2024 Jan-Dec;27(1):1308-1319

Con il contributo di idorsia



Pazienti utilizzatori di benzodiazepine

MMG con 1500 assistiti ha circa **400-500 pazienti > 65 anni** [1,2]

- Circa 100-125 pazienti > 65 anni
  utilizzatori di benzodiazepine
- Circa 80-90 pazienti > 65 anni
  consumatori cronici di benzodiazepine

MMG: Medico di Medicina Generale

1. Accordo Collettivo Nazionale per il Servizio Sanitario Nazionale; 2. ISTAT 2026.

Con il contributo di idorsia

Consumatori cronici di BDZ *

1. Anziani
2. Sesso femminile
3. Disturbi psichiatrici cronici (ansia e depressione)
4. Disturbi di personalità (borderline)
5. Disturbi fisici (>cardiovascolari e muscoloscheletrici)
6. Poliabusatori di sostanze (alcol, oppiacei)



*(da O'Brein. J Clin. Psychiatry 2005)

BDZ: Benzodiazepine

Con il contributo di idorsia

Categorie di pazienti a maggior rischio di insonnia

Nel setting del MMG: individuare il fenotipo, cercare fattori perpetuanti, prevenire cronicizzazione

Lavoratori turnisti

Disallineamento circadiano

- Ritmi irregolari
- Sonno diurno fragile
- Luce/esposizione serale

Anziani

sonno più frammentato

- Anticipo di fase
- Comorbidità e farmaci
- Nicturia/dolore/OSAS

Donne

Vulnerabilità ormonale e psico-sociale

- Gravidanza/perimeno pausa
- Vampate e RLS
- Caregiving e stress

Comorbidità

Neurologiche, psichiatriche, interniste

- Depressione/ansia/dolore
- Parkinson/demenze
- BPCO, scompenso, GERD

Messaggio chiave

l'insonnia in MG è spesso multifattoriale → anamnesi mirata su turni, età, genere, comorbidità e farmaci.

BPCO: Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva; GERD: Gastroesophageal Reflux Disease (Malattia da reflusso gastroesofageo); MG: Medicina Generale; MMG: Medico di Medicina Generale; OSAS: Obstructive Sleep Apnea Syndrome (Sindrome delle apnee ostruttive del sonno); RLS: Restless Legs Syndrome (Sindrome delle gambe senza riposo)

Expert Opinion

Con il contributo di idorsia

Peculiarità della medicina generale

1. **Assenza di soglia:** accesso diretto ed illimitato agli utenti
2. **Lavora in prossimità:** diffusione capillare
3. **Gestione delle comorbidità:** si occupa di tutti i problemi di salute indipendentemente da sesso, età , altre caratteristiche della persona
4. **Continuità terapeutica:** processo di consultazione unico, fondato sulla costruzione di una relazione protratta nel tempo
5. Si occupa delle **malattie frequenti e delle cronicità**

I pazienti nell'ambulatorio del MMG

Pazienti tipici del setting della medicina generale sono:

- Donne
- Pz. Over 65 anni
- Pz. Affetti da sintomi fisici su base organica e/o mentale
- Pz. Cronici con polipatologie e politerapie



MMG: Medico di Medicina Generale

Expert Opinion

Con il contributo di idorsia

La visita dal Medico di famiglia



Stime della Società italiana di medicina generale e dell'Organizzazione mondiale della sanità ipotizzano in Italia un **tempo di visita tra 9 e 12 minuti.**[1]

- Grande conoscenza della storia del pz, poco tempo per visitare e comunque gestire tutto lo stato di salute del pz [2]
- MMG Approccio orizzontale Versus approccio verticale[2]
- Soggettivita ̀invece di oggettivita,̀ olismo invece di parcellizzazione[2]

MMG: Medico di Medicina Generale

1.Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. BMJ Open 2017;7:e017902. doi:10.1136/ bmjopen-2017-017902
2. Expert Opinion

Con il contributo di idorsia

Anamnesi del sonno

Ipotipo e cronotipo (variabili individuali)

Ipnotipo

- breve o lungo dormitore

Cronotipo

- (allodola), mattutino, tende ad assopirsi presto e a svegliarsi presto
- (gufo), serotino, tende ad assopirsi tardi e a svegliarsi tardi



J A Horne, O Ostberg, Int J Chronobiol . 1976;4(2):97-110.

Con il contributo di idorsia



Immagine generata con intelligenza artificiale, non è un paziente reale

Insonnia

Il termine insonnia definisce l'esperienza soggettiva del paziente di un sonno insufficiente o di scarsa qualita`

- Deve essere sempre diagnosticata quando il paziente la riferisce spontaneamente
- Deve essere sempre indagata in concomitanza di patologie psichiatriche, internistiche e utilizzo di terapie comuni o farmaci d'abuso

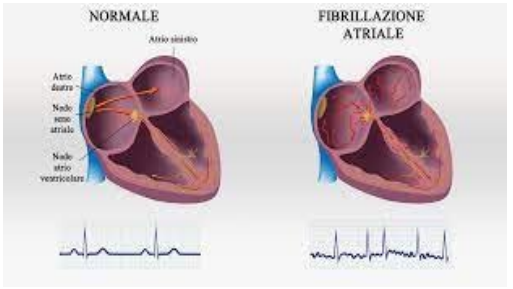
DSM-V (2013)

Con il contributo di idorsia

Insonnia e comorbidità



Insonnia associata a malattia medica o psichiatrica o ai **farmaci** necessari per curarla



Indipendente da patologie concomitanti



Causa o aggravamento della **malattia** associata



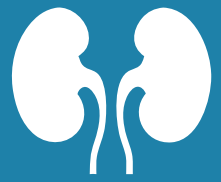
Fonti bibliografiche alla diapositiva 36

Con il contributo di idorsia

Insonnia e patologie internistiche 1



Insonnie associate a patologie cardiovascolari



Patologie renali e vie urinarie



Compromissioni croniche del flusso dell’aria



Patologie gastriche

Fonti bibliografiche alla diapositiva 36

Con il contributo di idorsia

Insonnia e patologie internistiche 2



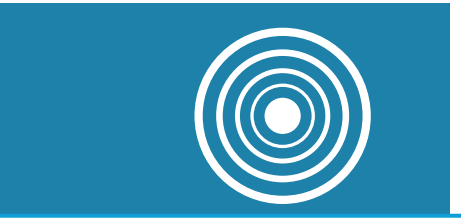
Disturbi endocrino-metabolici



Malattie reumatologiche



Malattie neurologiche



Qualsiasi malattia che provochi dolore (compresi i tumori)



Condizioni mediche associate a prurito

Fonti bibliografiche alla diapositiva 36

Con il contributo di idorsia

Altre cause di insonnia

Insonnia dovuta all'uso cronico di farmaci o sostanze:

- Dipendenza, abuso e tolleranza ai farmaci ipnotici o a bevande alcoliche
- stimolanti il SNC (caffeina, nicotina e thè)

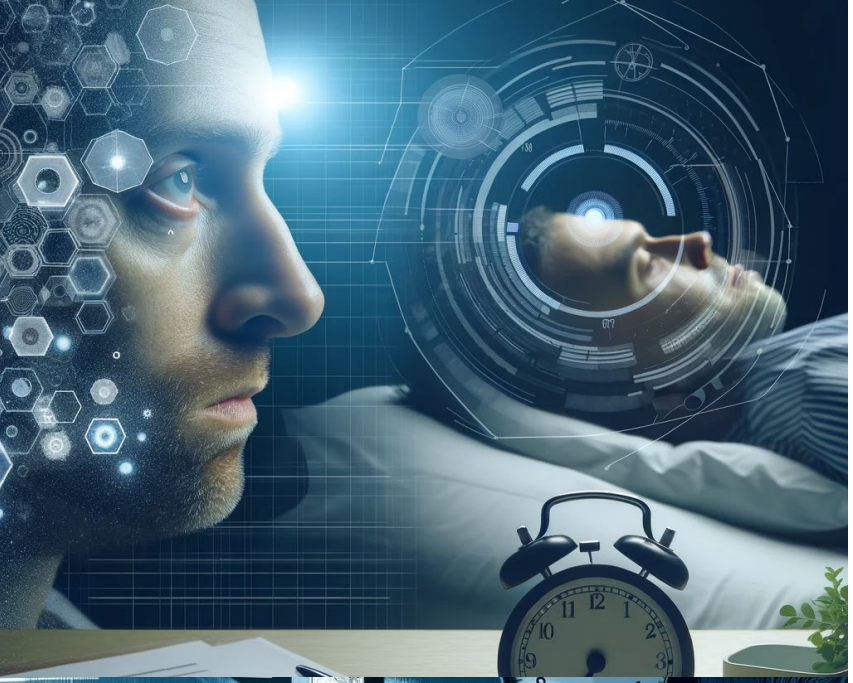
Farmaci di uso comune:

- Antipertensivi (alfa e beta bloccanti e calcio antagonisti), cortisonici, teofillinici, preparati tiroidei, antiparkinsoniani, antineoplastici (chemio), IMAO, diuretici (meccanismo indiretto)



Fonti bibliografiche alla diapositiva 36

Con il contributo di idorsia





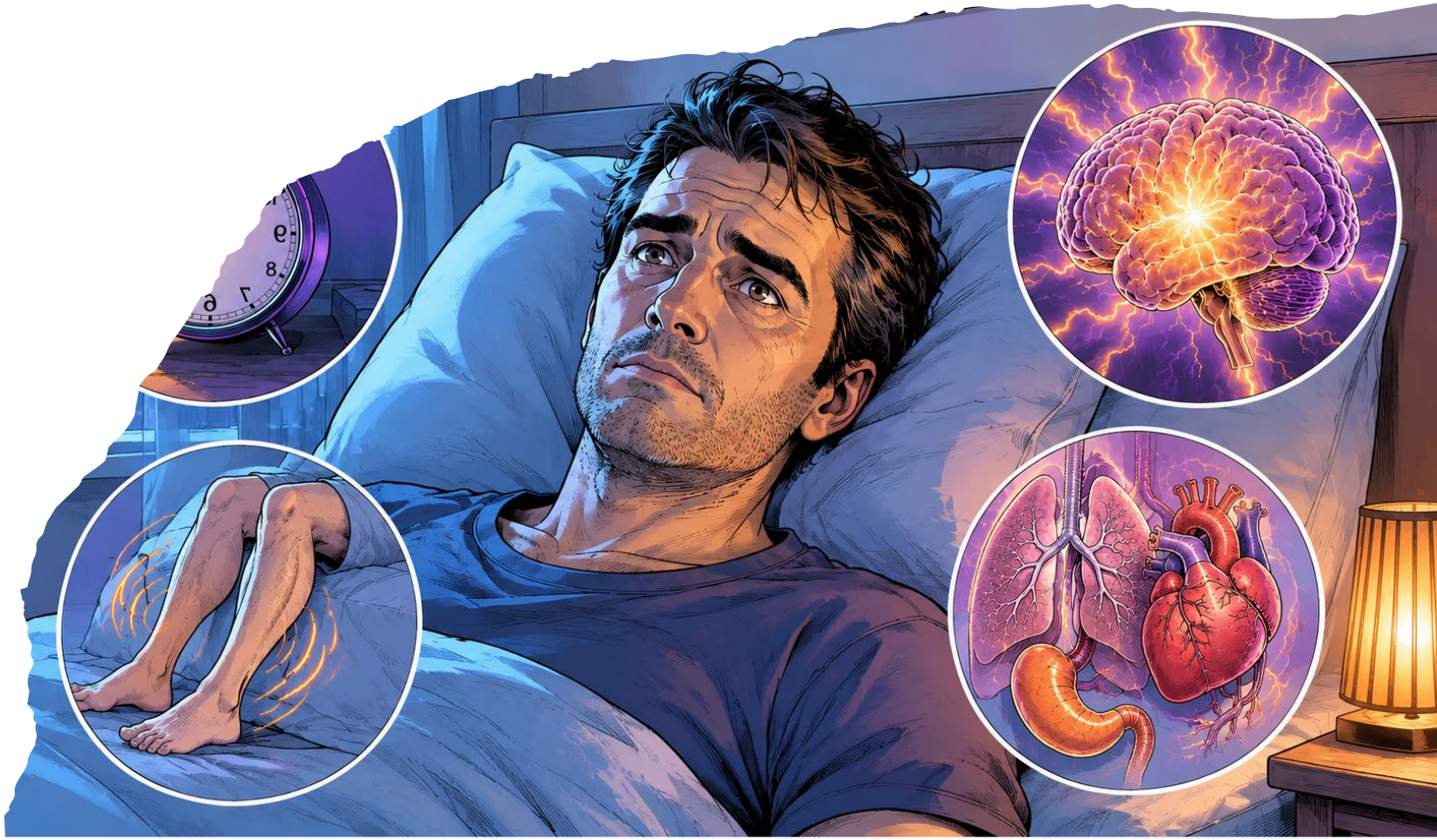
Insonnia e disturbi psichiatrici

- Il 45% dei pazienti con **disturbi d'ansia** può manifestare **difficoltà d'addormentamento**
- Pazienti con **disturbo post-traumatico** da stress hanno un **sonno frammentato** e possono essere **risvegliati da incubi**
- Oltre il 90% dei **pazienti depressi** riferisce di dormire male e di avere un sonno di cattiva qualità, caratterizzato da frequenti risvegli notturni e da un **precoce risveglio al mattino**

Con il contributo di idorsia

Insonnia cause psichiatriche e organiche

- **INSONNIA INIZIALE:**
  ansia e sindrome delle gambe senza riposo
- **INSONNIA CENTRALE:**
  PTSD, Osas, dolori cronici, bpco/asma notturna, gerd, nicturia
- **INSONNIA TERMINALE:**
  depressione, parkinson e demenza (sonno frammentato ed anticipato)



Fonti bibliografiche alla diapositiva 36

Con il contributo di idorsia

Fonti bibliografiche dalla diapositiva 30 alla 35

1. Sateia MJ (Ed). *International Classification of Sleep Disorders, Third Edition, Text Revision (ICSD-3-TR).* AASM, 2023.
2. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, et al. *European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia.* J Sleep Res. 2017;26:675-700.
3. Morin CM, Benca R. *Chronic insomnia.* Lancet. 2012;379:1129-1141.
4. Baglioni C, Battagliese G, Feige B, et al. *Insomnia as a predictor of depression.* J Affect Disord. 2011;135:10-19.
5. Ohayon MM. *Epidemiology of insomnia.* Sleep Med Rev. 2002.
6. Ford DE, Kamerow DB. *Sleep disturbances and psychiatric disorders.* JAMA. 1989.
7. DSM-5-TR. American Psychiatric Association. 2022.
8. Health Search Database – SIMG.
9. Materiali formativi SIMG sui disturbi del sonno e l'insonnia in medicina generale (2010-2020).

Con il contributo di idorsia

Grazie

Con il contributo di idorsia