

La gestione dell'insonnia iniziale: le raccomandazioni di un comitato europeo

Piercarlo Salari,

Pediatra e divulgatore medico scientifico – Milano



Sono fonte di preoccupazione per i genitori e motivo frequente di consulto del pediatra: **i disturbi del sonno sono comuni nei bambini e negli adolescenti e comportano delle importanti ripercussioni sulla qualità di vita.** Una minoranza di casi è rappresentata da condizioni che richiedono un approccio medico, quali apnee notturne, sindrome delle gambe senza riposo e narcolessia; più numerose sono invece le comorbilità di ansia, depressione e patologie croniche, mentre la maggior parte dei disturbi del sonno sono caratterizzati da **insonnia iniziale** (difficoltà di addormentamento), spesso correlata ad alterazioni dei ritmi circadiani e a situazioni di stress scolastico: sono queste le problematiche che vengono portate il più delle volte all'attenzione del pediatra.

L'insonnia pediatrica: classificazione ed epidemiologia

Secondo i criteri della III edizione della Classificazione Internazionale dei Disordini del Sonno (ICSD-3), l'insonnia è un disturbo non imputabile ad altri disturbi del sonno o a condizioni cliniche o farmacologiche e caratterizzato dalla difficoltà nell'addormentamento, nel mantenimento del sonno stesso oppure da risveglio precoce, con un impatto negativo sulle performance quotidiane, che **si può manifestare con stanchezza, eccessiva sonnolenza diurna, difficoltà di concentrazione e di attenzione**, per almeno tre volte a settimana e per almeno tre mesi.

L'insonnia pediatrica può essere diagnosticata già a 6 mesi d'età; nei Paesi europei la sua prevalenza è stimata a circa il 15-30% nella fascia d'età 3-5 anni, all'11-15% in età scolare (6-12 anni) e al 20-30% negli adolescenti.

Le implicazioni

L'impatto più gravoso dell'insonnia – con un particolare riguardo alle forme che persistono dall'infanzia all'adolescenza, rappresentative di circa il 56% dei casi – riguarda l'attività cerebrale e la sinaptogenesi e si traduce in un ampio ventaglio di disturbi a carico della sfera cognitiva e affettiva.

Il picco di incidenza dell'insonnia, in effetti, coincide con un momento di particolare vulnerabilità della corteccia prefrontale, responsabile delle funzioni esecutive, delle capacità decisionali e della regolazione del comportamento. **Un ridotto tempo di sonno, favorito spesso dalla lunga permanenza davanti a uno schermo, da abitudini alimentari scorrette e dall'obesità, si ripercuote non soltanto sulla salute mentale e sulla funzione cognitiva, ma anche sullo stato di salute globale di bambini e ragazzi**, nei quali è dimostrata un'associazione tra una durata insufficiente del riposo notturno e condizioni quali l'incremento della pressione arteriosa, la resistenza all'insulina e l'aumento del rischio cardiometabolico.

Le conseguenze di un disturbo del sonno, inoltre, non si limitano alla salute fisica e psicosociale del bambino, ma coinvolgono anche il benessere del suo nucleo familiare, e l'insonnia di neonati e bambini, come emerge da varie segnalazioni nella letteratura scientifica, può comportare un aumento del rischio di abuso da parte di genitori esausti.

Le raccomandazioni per l'insonnia iniziale

Un team di specialisti del sonno provenienti da tutta Europa ha elaborato delle linee guida per la gestione dell'insonnia iniziale nei bambini sani, che contemplano vari interventi come l'igiene del sonno, il rituale della buonanotte, le terapie comportamentali e l'impiego della melatonina al di sopra dei due anni d'età. Presupposto essenziale è naturalmente la raccolta di un'anamnesi circostanziata, con l'acquisizione di informazioni sull'eventuale presenza sia di sintomi diurni sia di comportamenti anomali durante il sonno, quali per esempio bruxismo, enuresi o agitazione motoria. Le linee guida evidenziano l'importanza di un approccio progressivo, il cui primo step si basa sull'adozione di rituali per **promuovere delle abitudini corrette** (per esempio la lettura, il canto di filastrocche, il bagno, il lavaggio dei denti, i massaggi, le coccole prima di spegnere le luci) e sull'**applicazione delle buone norme di igiene del sonno**.

In caso di inefficacia di tali provvedimenti, come terapia aggiuntiva, si può prendere in considerazione **la melatonina** a dosaggio ridotto. La sua efficacia e la sua sicurezza sono state ampiamente studiate nei bambini con disturbi del neurosviluppo, mentre sono scarsamente conosciute nella popolazione di bambini sani con sviluppo fisiologico. Proprio con l'intento di colmare questa lacuna, il gruppo di esperti ha formulato delle raccomandazioni specifiche per il trattamento dell'insonnia iniziale: si dovrebbe cominciare con una dose minima di melatonina, di 0,5 mg, somministrata 30-60 minuti prima di portare a letto il bambino. In mancanza di effetto, dopo una settimana, la dose può essere aumentata gradualmente, fino a un massimo di 5 mg a seconda dell'età del bambino. Dosaggi indicativi sono 0,5-1 mg nella fascia d'età 1-3 anni, 1-2 mg in età prescolare, 3-5 mg negli adolescenti. Altre raccomandazioni importanti fornite dagli esperti sono:

- l'impiego della melatonina deve essere sempre associato all'adozione di buone pratiche di igiene del sonno;
- i genitori dovrebbero informare il pediatra riguardo alla somministrazione della melatonina ed essere informati dei possibili effetti indesiderati da riportare al pediatra;
- l'obiettivo da raggiungere è la stabilizzazione del sonno, per cui dopo 3-4 settimane la somministrazione della melatonina dovrebbe essere interrotta.

In conclusione, **queste raccomandazioni sono concepite quale strumento di immediata utilità pratica per il pediatra**, per sensibilizzarlo a un'attenta valutazione dei disturbi del sonno – che vengono spesso dichiarati dai genitori soltanto quando comportano un disagio familiare – e, al tempo stesso, per fornirgli delle chiare indicazioni da trasferire ai genitori, ai quali spetta il compito di assicurare al bambino un sonno di qualità e nel rispetto non delle proprie aspettative, bensì del fabbisogno fisiologicamente correlato all'età.

Riferimenti bibliografici

- Bruni O, Breda M, Nobili L, et al. European expert guidance on management of sleep onset insomnia and melatonin use in typically developing children. *Eur J Pediatr* 2024;183:2955-2964. <https://doi.org/10.1007/s00431-024-05556-w>
- American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders. Third edition. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2014.
- Breda M, Belli A, Esposito D, et al. Sleep habits and sleep disorders in Italian children and adolescents: a cross-sectional survey. *J Clin Sleep Med* 2023;19:659-672. <https://doi.org/10.5664/jcsm.10400>

© Copyright by Pacini Editore Srl

L'articolo è OPEN ACCESS e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

www.pacinimedica.it/update_pediatra/

Pubblicato nel mese di luglio 2024

rif. 53846