

Sonno e salute: strumenti concreti per affrontare i disturbi del sonno

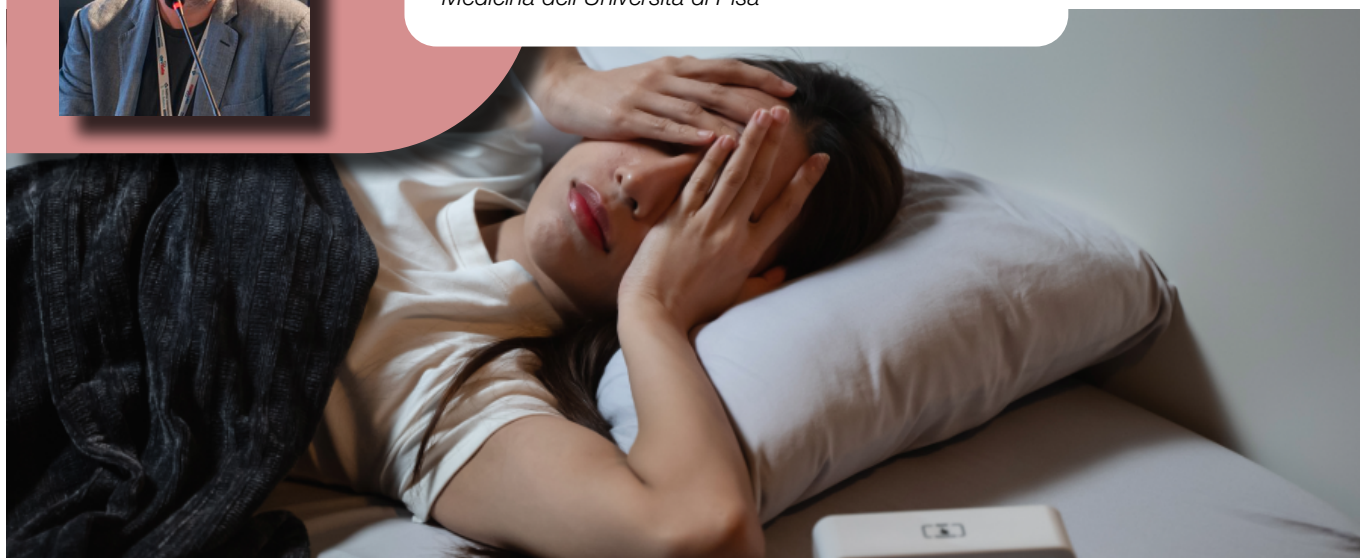
Piercarlo Salari

Medico e divulgatore medico scientifico – Milano



Intervista al prof. Ugo Faraguna

Professore Associato di Fisiologia presso la Scuola di Medicina dell'Università di Pisa



Come già ricordato nel precedente articolo **“Sonno e salute: capire, misurare, trattare. La parola all’esperto”**, il sonno – pur rappresentando un terzo della vita umana – rimane ampiamente sottovalutato nella pratica clinica, soprattutto nell’ambito delle cure primarie. Eppure, l’evidenza scientifica è solida e convincente: **la qualità e la quantità del sonno influenzano direttamente i principali determinanti di salute**, dal controllo glicemico alla pressione arteriosa, dal rischio

cardiovascolare alla salute cognitiva e, secondo i dati epidemiologici, circa un adulto su tre sperimenta disturbi del sonno clinicamente significativi, tra cui l'insonnia e le apnee ostruttive del sonno. In questa sede il dott. Ugo Faraguna, professore associato di Fisiologia presso la Scuola di Medicina dell'Università di Pisa, chiarisce alcuni aspetti di particolare rilevanza per il medico di medicina generale (MMG), che svolge un ruolo centrale nella rilevazione precoce dei disturbi, nell'impostazione del primo approccio terapeutico e nella valutazione di un possibile invio a centri specialistici.

Qual è il ruolo dell'igiene del sonno e dello stile di vita?

L'igiene del sonno rappresenta sempre il primo step, imprescindibile, nella valutazione e nella gestione dei disturbi ad esso legati: **è fondamentale che il MMG conosca e condivida con il paziente il decalogo dell'igiene del sonno**, disponibile sul sito dell'Accademia Italiana di Medicina del Sonno e utile sia per rilevare possibili errori comportamentali sia per fornire degli spunti educativi. Tra le abitudini più dannose, e purtroppo frequenti, si possono citare:

- l'**esposizione alla luce blu** nel cuore della notte (per esempio l'utilizzo dello smartphone al primo risveglio, talvolta "consultato" per sapere l'ora o, peggio ancora, impiegato per lo scambio di messaggi);
- la **manca di regolarità del ritmo sonno/veglia**;
- un **ambiente non confortevole** (per esempio non adeguatamente oscurato oppure rumoroso);
- una **cena non adeguata**, per esempio tardiva, quantitativamente eccessiva o sovraccarica di grassi.

Va sottolineato che la sola normalizzazione del comportamento notturno – in particolare negli adolescenti – può spesso migliorare significativamente la qualità del sonno. **Il fattore determinante è promuovere la consapevolezza**: il paziente, infatti, spesso ignora di "sabotare" inavvertitamente il proprio ritmo circadiano con delle abitudini apparentemente innocue e banali. A tale proposito, di particolare utilità è la compilazione di un diario dal quale il MMG può ricostruire la giornata tipo del proprio paziente.

Quali sono le strategie non farmacologiche più efficaci?

La più solida, sul piano delle evidenze, è la **CBT-I** (*Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia*), raccomandata come trattamento di prima linea da tutte le principali linee guida internazionali. In Italia l'accesso è ancora limitato, ma si auspica una maggiore disponibilità, anche in versione digitale come già accade in altri Paesi (per esempio *Sleepio* nel Regno Unito). Altre strategie non farmacologiche comprendono:

- **tecniche di rilassamento progressivo**;
- **igiene della luce**;
- **restrizione del tempo a letto**;
- **terapia del controllo degli stimoli**.

L'impiego di **dispositivi indossabili** (*wearable*) validati offre la possibilità di personalizzare la cronoterapia, ad esempio nella somministrazione della melatonina in base al cronotipo individuale.

In che misura un counseling breve del MMG può incidere sul decorso dell'insonnia?

L'impatto è molto più efficace di quanto si possa immaginare: anche **un counseling soltanto di pochi minuti**, in cui si spiegano i meccanismi fisiologici del sonno, le cause più comuni di insonnia e le basi dell'igiene comportamentale, **può essere determinante**, per esempio nella correzione di idee distorte – come l'autoimposizione di un numero minimo di ore di riposo – che alimentano l'ansia da prestazione notturna.

Si tratta di una forma di intervento psicoeducativo alla portata di ogni MMG, con degli effetti misurabili sulla motivazione del paziente e sulla sua aderenza a interventi successivi. Nella personale esperienza clinica, questo è spesso il primo passo che permette in seguito di differenziare i casi funzionali da quelli clinicamente rilevanti.

Quali sono oggi i trattamenti evidence-based?

Il trattamento deve essere personalizzato e graduato, tenendo in considerazione elementi quali: pattern di insonnia, comorbidità (in particolare respiratorie o cognitive), età, rischio di sedazione residua e risposta al counseling iniziale. I principali strumenti terapeutici, in sintesi, sono:

- la **melatonina**: come evidenziato nella nostra metanalisi pubblicata lo scorso anno sul Journal of Pineal Research, è efficace se assunta tre ore prima del tempo desiderato di addormentamento, e non mezz'ora prima di coricarsi come riportato nel foglietto illustrativo;
- per quanto riguarda i farmaci, **daridorexant**, antagonista dell'orexina, è l'opzione più recente e sicura, anche in presenza di disturbi respiratori. I Z-drug sono ancora utili per l'insonnia iniziale, ma vanno impiegati con cautela nei pazienti anziani per il rischio di caduta;
- la **CBT-I**, poc'anzi citata, quando disponibile, rappresenta la strategia caratterizzata dal miglior rapporto rischio-beneficio a lungo termine.

Quando è indicato l'invio a un centro specialistico?

In Italia esistono oltre 50 centri accreditati AIMS, il cui elenco completo aggiornato è reperibile sul sito www.sonnomed.it.

L'invio di un paziente deve essere preso in considerazione principalmente in questi casi:

- **sospetto di disturbo raro o complesso**, come per esempio narcolessia, parasonnie violente, ipersonnie centrali;
- **fallimento dei trattamenti di primo livello** nella gestione a livello territoriale;
- **necessità di una polisonnografia completa o di valutazioni multidisciplinari**.

L'insonnia primaria, le apnee lievi e i disturbi del ritmo circadiano, invece, devono essere gestiti dal MMG, con il supporto di strumenti di monitoraggio e di farmaci adeguati: evitare l'invio inappropriato ai centri è un obiettivo di razionalizzazione del sistema.

Cos'è SleepActa e come può supportare la pratica clinica?

SleepActa è una **startup** fondata nel 2017 con un team di ingegneri, **che si propone di fornire al clinico uno strumento di monitoraggio oggettivo del sonno**, analogo a un holter cardiaco. A tale scopo, essa ha sviluppato algoritmi validati per l'analisi actigrafica di lunga durata, utilizzabili tramite dei braccialetti medicali. Il modello messo a punto da SleepActa, che a breve lancerà un proprio braccialetto, prevede che il dato venga sempre interpretato da un medico, mai dal paziente. Si può quindi affermare che SleepActa:

- orienta il MMG nella valutazione iniziale del disturbo;
- consente il follow-up oggettivo di interventi farmacologici o comportamentali;
- offre formazione scientifica per l'uso dei dispositivi e l'interpretazione clinica;
- punta a una medicina del sonno accessibile, longitudinale e data-driven, integrabile nella pratica quotidiana.

Conclusione

Il sonno è una funzione fisiologica centrale, che per il MMG è importante valutare nella pratica ambulatoriale in maniera sistematica, anche soltanto con delle domande mirate e degli strumenti di primo livello. **Al pari della pressione arteriosa, anche il sonno può e deve essere misurato,**

interpretato e trattato, e le tecnologie digitali, se validate, possono offrire un supporto di particolare utilità al MMG, il cui intervento precoce è determinante al fine di prevenire la cronicizzazione di eventuali disturbi, salvaguardando sia la qualità di vita sia lo sviluppo di comorbidità.

Bibliografia essenziale

1. Accademia Italiana di Medicina del Sonno (AIMS). 10 norme di igiene del sonno - Sonnomed. <https://sonnomed.it/10-norme-di-igiene-del-sonno/>
2. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev* 2002;6:97-111. <https://doi.org/10.1053/smr.2002.0186>
3. Cruz-Sanabria F, Bruno S, Crippa A, et al. Optimizing the Time and Dose of Melatonin as a Sleep-Promoting Drug: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials and Dose-Response Meta-Analysis. *J Pineal Res* 2024;76:e12985. <https://doi.org/10.1111/jpi.12985>
4. van Straten A, Lancee J. Digital cognitive behavioural therapy for insomnia: the answer to a major public health issue? *Lancet Digit Health* 2020;2:e381-e382. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(20\)30167-9](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(20)30167-9)
5. Spiegelhalter K, Feige B, Riemann D, Kyle SD. Daridorexant for insomnia disorder. *Lancet Neurol* 2022;21:104-105. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(22\)00007-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(22)00007-2)
6. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health* 2015;1:40-43. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2014.12.010>
7. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep* 1991;14:540-545. <https://doi.org/10.1093/sleep/14.6.540>
8. American Academy of Sleep Medicine (AASM). Practice Guidelines. <https://aasm.org/clinical-resources/practice-standards/practice-guidelines/>
9. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obstructive sleep apnoea/hypopnoea syndrome and obesity hypoventilation syndrome in over 16s. NICE Guideline. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021.

IN SINTESI

LE RED FLAGS DA NON IGNORARE

- Sonnolenza diurna eccessiva (specie alla guida o sul lavoro)
- Difficoltà ad addormentarsi o risvegli notturni persistenti (>3/settimana per >3 mesi)
- Russamento forte e regolare (soprattutto se riferito da partner)
- Cefalea mattutina
- Risvegli improvvisi con sensazione di soffocamento
- Aumento di peso recente e astenia
- Ipertensione resistente alla terapia
- Irritabilità, calo di concentrazione, ansia/depressione inspiegata

LE DOMANDE GIUSTE DA PORRE AL TUO PAZIENTE

1. Come dorme in generale? (qualità, quantità, risvegli)
2. Ha mai notato di svegliarsi stanco o con mal di testa al mattino?
3. Durante il giorno si sente assonnato, irritabile o avverte cali di attenzione?
4. Qualcuno le ha mai detto che russa o che smette di respirare nel sonno?
5. Assume farmaci o sostanze che potrebbero interferire con il sonno?

I SUGGERIMENTI PRATICI PRINCIPALI

- Se emergono due o più red flags, considerare un approfondimento mediante questionario autovalutativo (per esempio ESS, *Epworth Sleepiness Scale*), diario del sonno o *wearable device*.
- In caso di sospetta sindrome da apnea ostruttiva (OSA), avviare percorso diagnostico (polissonnografia o *wearable* validato).
- In caso di insonnia persistente, valutare l'approccio CBT-I o l'invio allo specialista.

SCARICA IL POSTER PER IL TUO AMBULATORIO



**Sonno e salute:
i segnali da non ignorare**

**SCARICA IL POSTER
PER IL TUO AMBULATORIO**

© 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/medicina_famiglia/

Pubblicato nel mese di luglio 2025

rif. 53643