



IL MONITORAGGIO NOTTURNO E DIURNO DELL'INSONNIA CRONICA E QoL

Laura Palagini MD PhD

Università di Ferrara
Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana
AUOP

L'insonnia è un disturbo delle 24 ore con sintomi notturni e diurni

The DSM-5-TR characterizes insomnia by sleep dissatisfaction and significant daytime distress



Nighttime symptoms

- Difficulty initiating sleep
- and/or**
- Difficulty maintaining sleep
- and/or**
- Early-morning awakening



Daytime symptoms

- Clinically significant distress or impairment in social, occupational, educational, academic, behavioral, or other areas



Insomnia can cause daytime impairment such as sleepiness, as well as difficulties with concentration, attention, memory and mood disturbances

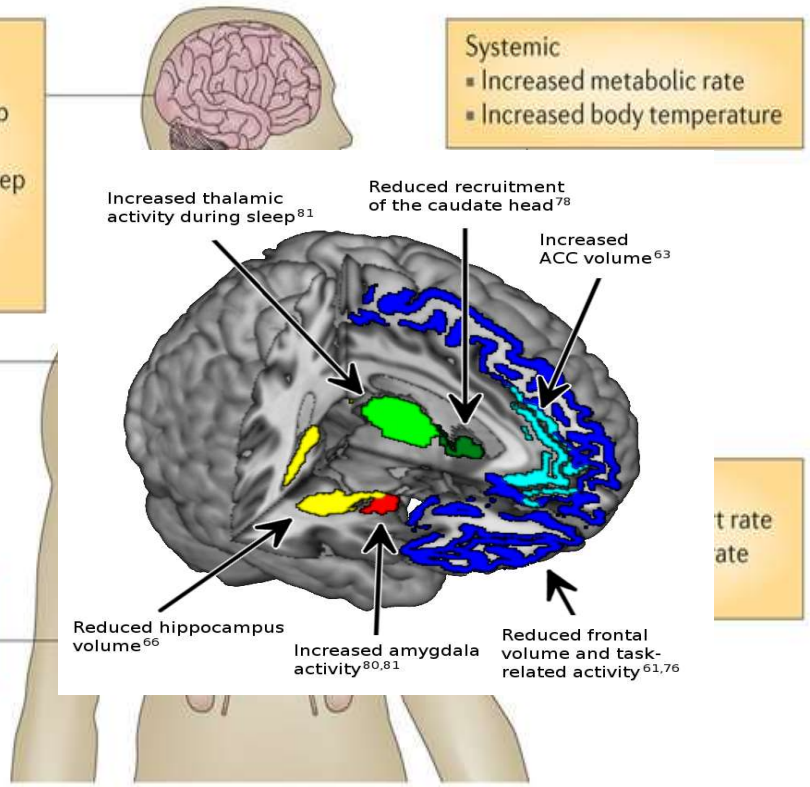
Disturbo da insonnia: uno stato di iperarousal h 24

Insomnia may lead to cognitive overstimulation and hypervigilance

Hallmarks of hyperarousal

- Brain**
- Increased EEG fast frequencies during sleep
 - Increased number of arousals during REM sleep
 - Increased daytime sleep-onset latency
 - Short sleep duration

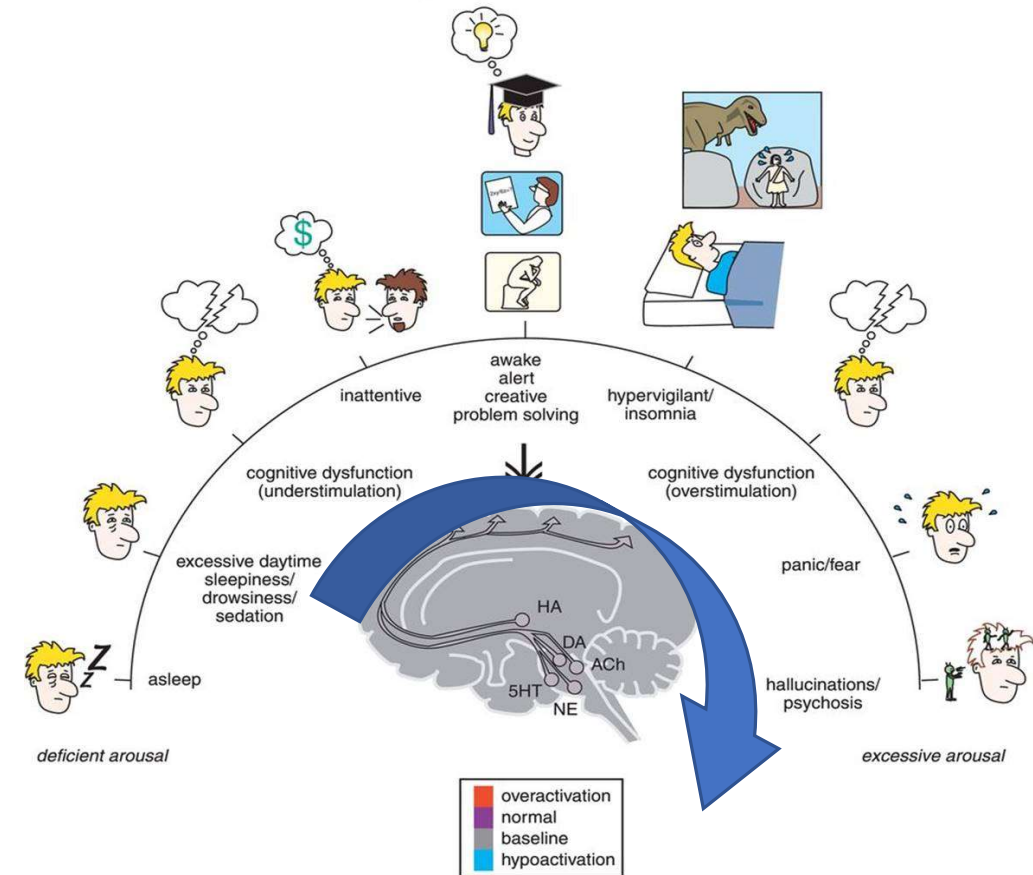
- Systemic**
- Increased metabolic rate
 - Increased body temperature



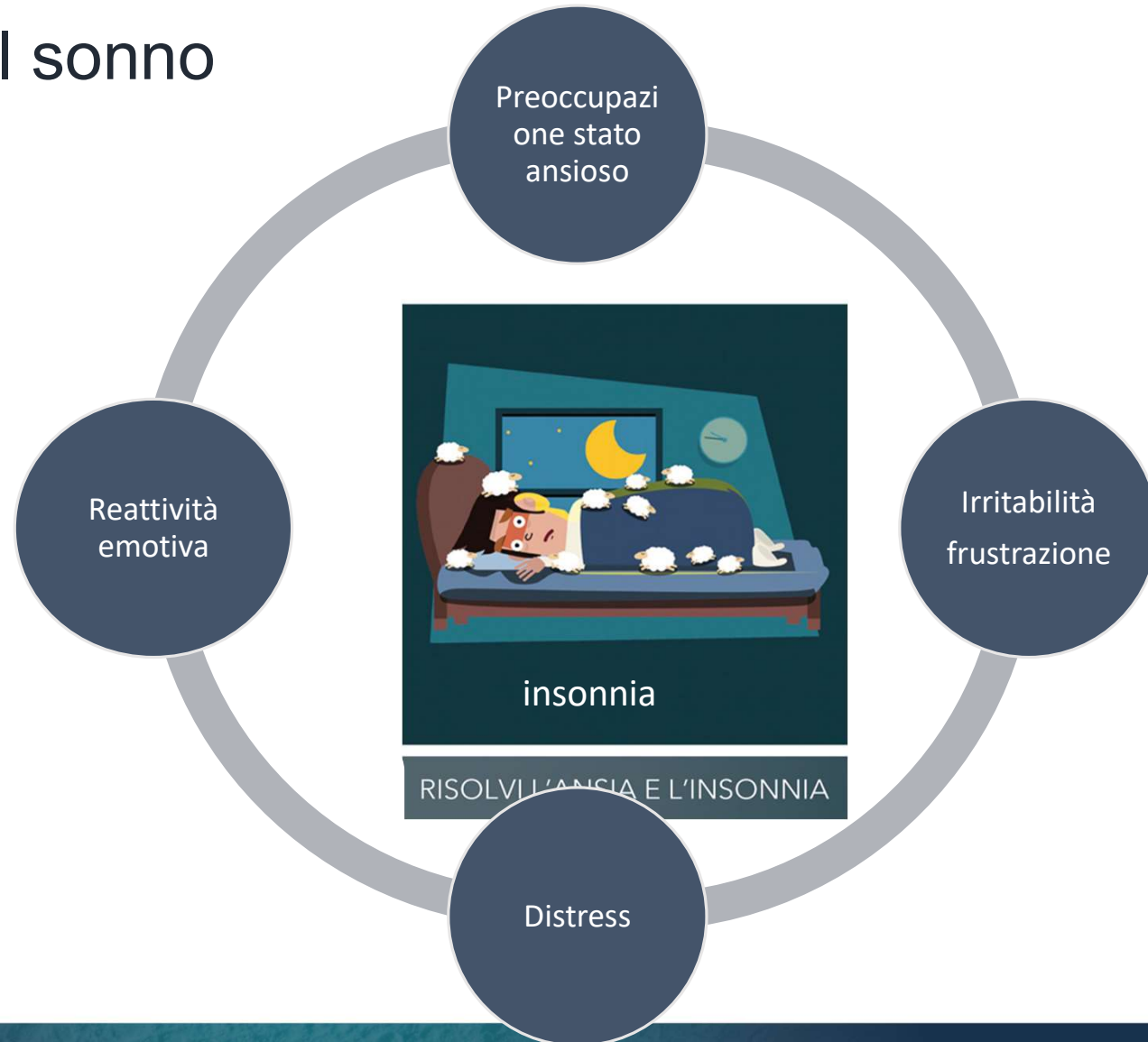
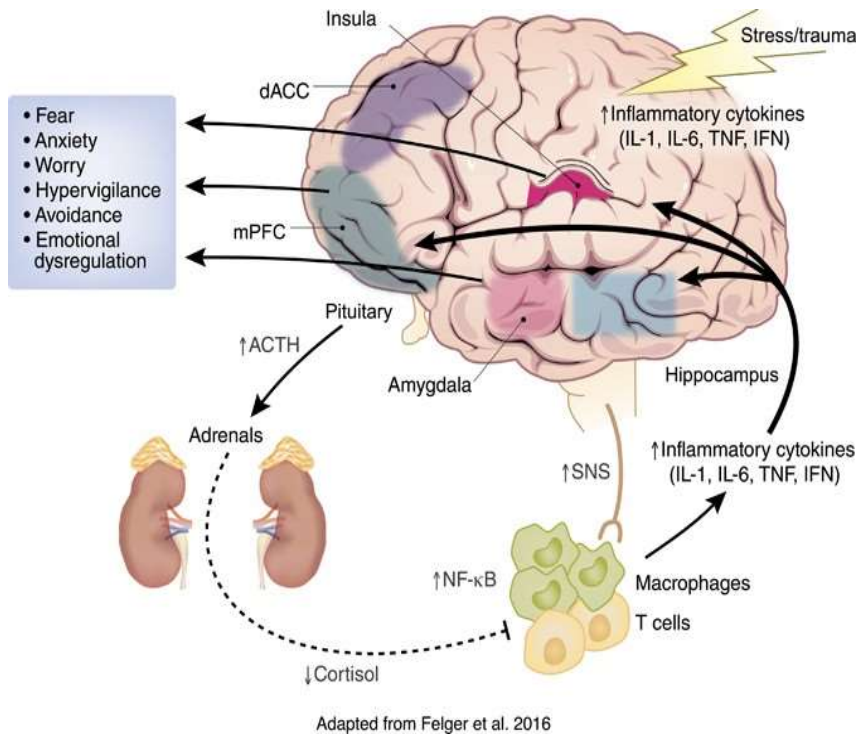
- Pituitary–adrenal axis**
- Increased activity

metabolic rate

Arousal Spectrum of Sleep and Wakefulness



Stati emotivi dell'insonne che interferiscono con la spinta omeostatica al sonno

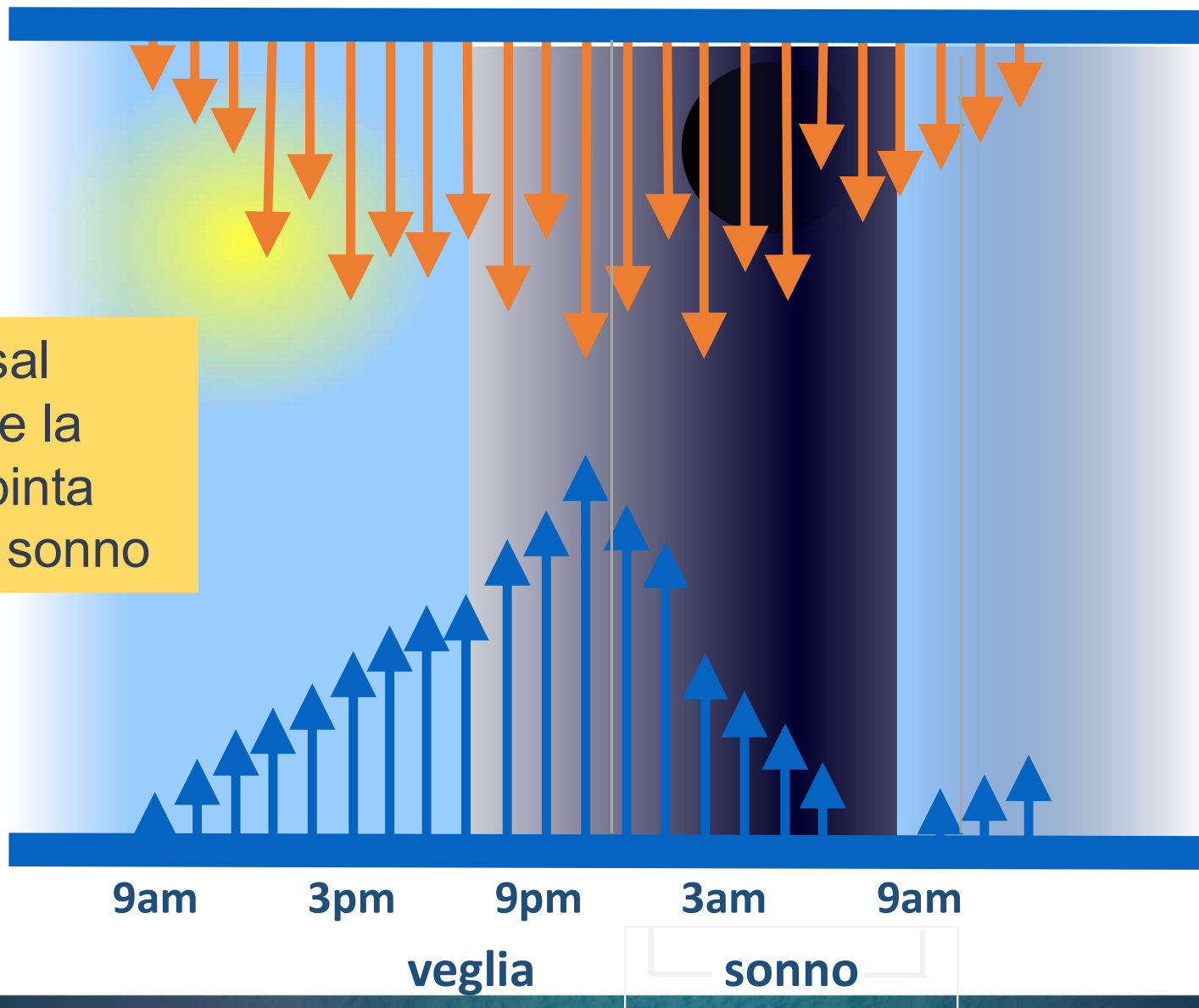


Sleep Drive

Regola arousal

L'iperarousal
compromette la
fisiologica spinta
omeostatica al sonno

Regolazione
circadiana



9am

3pm

9pm

3am

9am

veglia

sonno

veglia

sonno

L'insonnia è associata a compromissione del funzionamento diurno



- Capacità di memoria¹
- Capacità cognitive¹

- Percezione¹



- Attenzione e tempo di reazione¹

Numerose alterazioni del funzionamento diurno sono associate all'insonnia²

- Umore/ stato emotivo^{3,4}



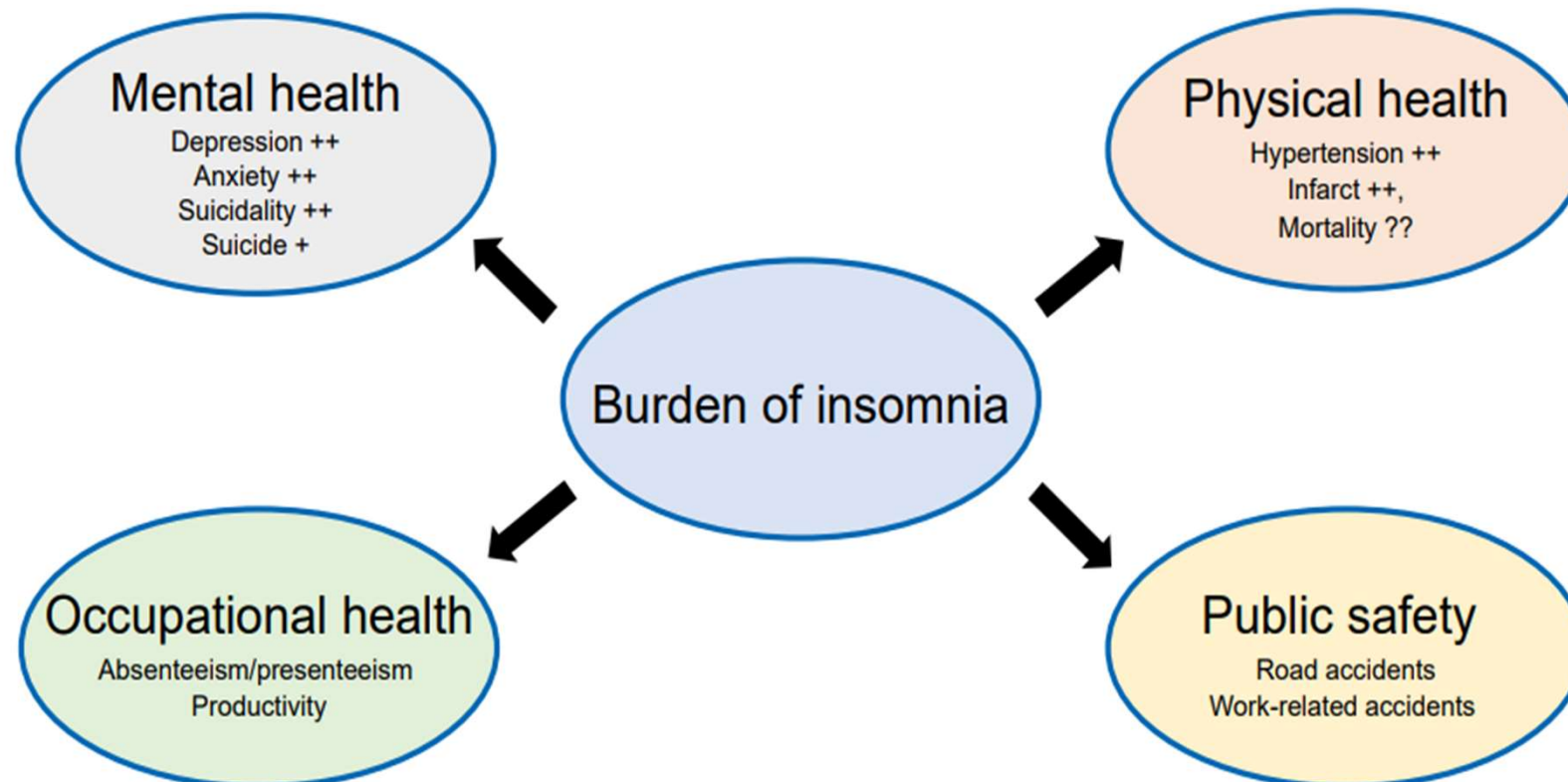
- Problem-solving¹

- Sonnolenza diurna⁵
- Affaticamento/ stanchezza^{4,5}



1. Wardle-Pinkston S, et al. *Sleep Med Rev* 2019;48:101205; 2. Ustinov Y, et al. *Sleep Med* 2010;11:65–8; 3. Ishak WW, et al. *Innov Clin Neurosci* 2012;9:13–26; 4. Buysse DJ, et al. *Sleep Med* 2007;8:198–208; 5. Hudgens S, et al. *Patient* 2021;14:249–68

Burden of insomnia



Van Someren 2021, Riemann et al 2022, Palagini et al 2022

Insonnia e comorbidità mediche e mentali

Sleep Medicine Reviews 43 (2019) 96–105

Contents lists available at ScienceDirect

Sleep Medicine Reviews

journal homepage: www.elsevier.com/locate/smr



CLINICAL REVIEW

Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis

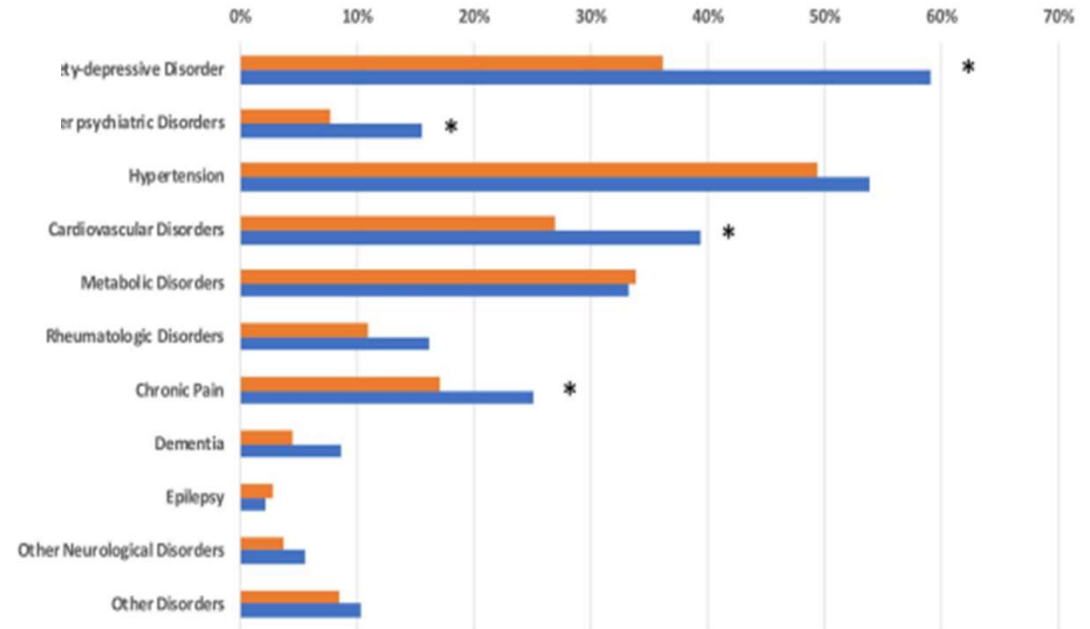
Elisabeth Hertenstein ^{a,*}, Bernd Feige ^b, Tabea Gmeiner ^b, Christian Kienzler ^b, Kai Spiegelhalder ^b, Anna Johann ^b, Markus Jansson-Fröjmark ^c, Laura Palagini ^d, Gerta Rucker ^e, Dieter Riemann ^b, Chiara Baglioni ^b

Primary Study	d	se (d)	OR	95% CI	Weight
Depression					
Banovic et al. (2010)	1.36	1.27	4.85	[0.40; 59.01]	0.46%
Buyssse et al. (2008)	0.47	0.16	1.60	[1.16; 2.21]	6.95%
Drake et al. (2014)	1.15	0.30	3.17	[1.78; 5.65]	4.54%
Ford & Kamerow (1989)	0.47	0.60	1.60	[0.49; 5.21]	1.74%
Jansson-Fröjmark et al. (2016)	1.30	0.30	3.66	[2.04; 6.57]	4.48%
Livingston et al. (1993)	1.17	0.38	3.22	[1.53; 6.78]	3.41%
Morphy et al. (2007)	1.52	0.30	4.56	[2.52; 8.24]	4.43%
Swertsen et al. (2012)	0.28	0.17	1.32	[0.95; 1.83]	6.91%
Suh et al. (2013)	0.22	0.29	1.69	[0.95; 3.00]	4.57%
Random effects model			2.24	[1.66; 2.97]	27.50%

Insomnia increases the risk for anxiety disorders 2-3 times for unipolar depression 3-4 times

Alcohol abuse					
Haario et al. (2013)	0.29	0.12	1.34	[1.07; 1.68]	7.95%
Ford & Kamerow (1989)	0.34	0.37	1.40	[0.68; 2.90]	3.50%
Random effects model			1.35	[1.08; 1.67]	11.45%
heterogeneity: $I^2 = 0\%$, $\tau^2 = 0$, $p = 0.91$					
Psychotic disorders					
Sheaves et al. (2016)	0.25	0.11	1.28	[1.03; 1.59]	8.06%
Random effects model			1.28	[1.03; 1.59]	8.06%
heterogeneity: not applicable					
Random effects model			1.96	[1.65; 2.33]	100.00%
heterogeneity: $I^2 = 66.78\%$, $\tau^2 = 0.09$, $p < 0.01$					

Most frequent comorbidities are cardiovascular disorders, chronic pain, and psychiatric disorders



Insomnia in primary care: a survey conducted on Italian patients older than 50 years—results from the “Sonno e Salute” study Proseprio et al 2022



[R E V I E W]

Quality of Life in Patients Suffering from Insomnia

by WAGUIH W. ISHAK, MD, FAPA; KARA BAGOT, MD; SHANNON THOMAS; NAIRA MAGAKIAN, MD; DINA BEDWANI, MD; DAVID LARSON, MD; ALEXANDRA BROWNSTEIN; and CHRISTINE ZAKY, MD

Dr. Ishak, Ms. Thomas, Dr. Magakian, Dr. Bedwani, and Dr. Zaky are from Cedars-Sinai Medical Center; Los Angeles, California; Dr. Bagot is from Yale University School of Medicine, Yale Child Study Center, New Haven, Connecticut; Dr. Larson is from University of Southern California Keck School of Medicine; and Ms. Brownstein is from University of California Los Angeles.

Innov Clin Neurosci. 2012;9(10):13–26

FUNDING: Dr. Ishak has received grants in associated research areas as listed below: NARSAD on Quality of Life in Major Depression, Pfizer Monotherapy in Major Depression.

FINANCIAL DISCLOSURES: None of the authors have a conflict of interest in the conduct and reporting of this review.

ADDRESS CORRESPONDENCE TO: Waguih William Ishak, MD, FAPA, Cedars-Sinai Medical Center Department of Psychiatry and Behavioral Neurosciences, David Geffen School of Medicine at UCLA, 8730 Alden Drive, Thalians W-157, Los Angeles, CA 90048; Phone: (310) 423-3515; Fax: (310) 423-3947; E-mail: Waguih.Ishak@cshs.org

KEY WORDS: Insomnia, quality of life, sleep disorder

ABSTRACT

Objective: Systematic review of the literature pertaining to quality of life studies in adults suffering from insomnia, by specifically addressing the following questions: 1) What is the impact of insomnia on quality of life? 2) To what extent do comorbid conditions affect quality of life in patients with insomnia? 3) What is the impact of insomnia treatment on quality of life?

Design: Our search was conducted using the MEDLINE/PubMed and PsycINFO databases from the past 25 years (1987–2012), using the keywords “Insomnia” AND “Quality of Life,” “QOL,” “Health-related quality of life,” or “HRQOL.” Fifty-eight studies were selected for inclusion by two physicians who reached a consensus about the studies to include in this review.

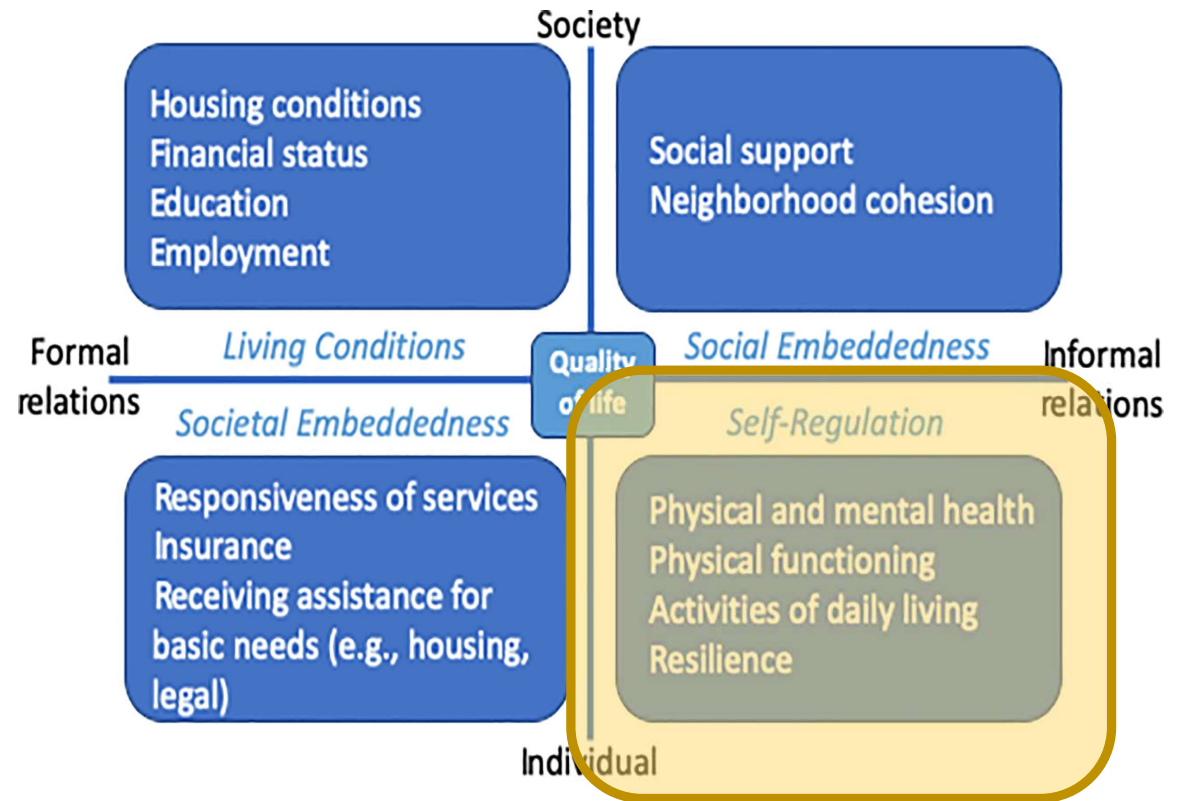
Results: The literature reveals that quality of life is severely impaired in individuals with insomnia, comorbid conditions significantly affects quality of life negatively, and sleep restoration techniques, including cognitive behavioral therapy and medications, are successful at improving quality of life. However, restoration of quality of life to community levels is still unclear.

Conclusion: Insomnia and its comorbidities negatively affect an individual’s quality of life, and different modalities of treatment can produce improvements in physical and psychological wellbeing and quality of life. More research is needed to develop more interventions that specifically focus on improving quality of life in patients suffering from insomnia.

INTRODUCTION

The World Health Organization (WHO) defines quality of life (QOL), as individuals’ perception of their position in life, in the context of culture and value systems in which they live, and in relation to their goals, expectations, standards, and concerns.¹ This conceptual framework is translated into patient-reported ratings of the degree of satisfaction one has with health, social, occupational status, and other life involvements. Hence, high QOL ratings are reflective not only of symptom reduction but also an overall improvement in the self-evaluation of one’s own health. This is especially important in assessing whether interventions have accomplished the goal of health restoration and not merely symptomatic treatment. Quality of

L’insonnia compromette le componenti mentali e fisiche per una buona qualità della vita



Chi è il paziente con insonnia? E' un paziente che aspetta che il disturbo passi, poi..



E' un paziente che arriva a visita specialistica dopo un periodo più o meno lungo di automedicazione con integratori, infusi, yoga, meditazione, agopuntura, ipnosi

HOME REMEDIES FOR INSOMNIA ^{zzz}

Warm baths

Aromatherapy

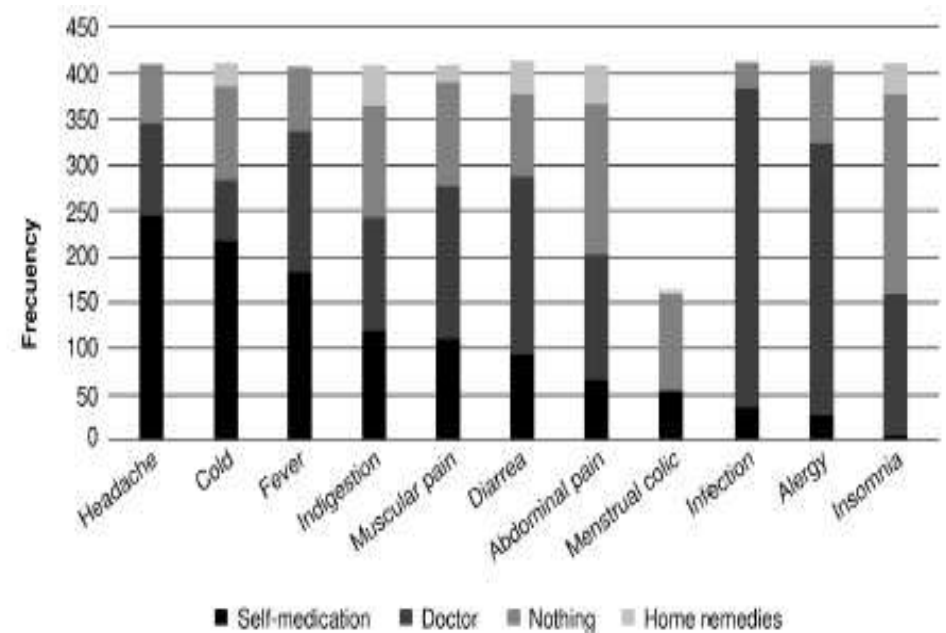
Milky drinks

Oats, bananas, milk products

Exercise

Homage

Prevalence of self-medication^a



^aCross-sectional descriptive study in 414 adults in Pereira, Colombia
Machado-Alba JE, et al. *Biomedica*. 2014;34(4):580-8



Chi è il paziente con insonnia?

E' un paziente che arriva a visita dopo un periodo più o meno lungo di automedicazione ipnotici sedativi, alcool

Misuse

Use without a prescription or, if prescribed, use outside of accepted medical practice or guidelines

Abuse/
dependence

Overdose



SELF-MEDICATING

CAN BE DANGEROUS

- ALCOHOL
 - ↳ Physical + Psychological Dependence
 - ↳ Can lead to Dependence
- BENZODIAZEPINES (Especially short-acting)
 - ↳ can...



WHO = World Health Organisation

1 Schifano et al Int J Neuropsychopharmacol. 2019; 2. Istvan M et al Br J Clin Pharmacol 2021;87(8):3310-9

Come si valuta l'insonnia? Importante valutare sintomi notturni e diurni



- Nighttime symptoms: initial, middle of the night or terminal insomnia



- A comprehensive assessment of **insomnia requires the evaluation of daytime symptoms**^{1,2}



- A self-reported questionnaire for daytime and nighttime symptoms may be useful

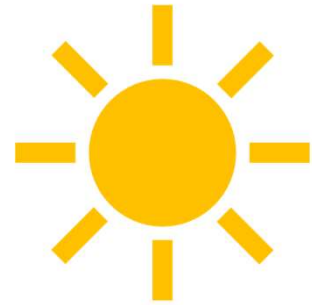
Intervista clinica è lo strumento diagnostico principale

Valutazione soggettiva dell'esperienza di sonno
del paziente e delle sue attività diurne

Sintomi notturni
Sintomi diurni
Cronotipo e ritmi circadiani
Comorbidità
Farmaci assunti



Intervista clinica sintomi notturni e diurni



Domande per valutare la spinta omeostatica al sonno

A che ora va a letto? A che ora si addormenta

Pre-sleep

Quante volte si sveglia durante la notte?

Metà della
notte

**A che ora si sveglia? A che ora si alza?
Come si sente quando si alza? sleep inertia**

Al termine
della notte

Sintomi di Iperarousal

Indagare la
sleep inertia

Sintomi Diurni

Sfera cognitive,
emotive, sonno

- Disturbi di concentrazione
- Disturbi dell'emotività
- Distress
- Sonnolenza
- Stanchezza
- Iperarousal
- Attività diurne

Intervista clinica

Domande per valutare l'organizzazione dei ritmi circadiani



Gufi

- Difficoltà ad alzarsi la mattina sleep inertia spiccata
- Difficoltà ad addormentarsi la sera prima di una certa ora



Allodole

- Risveglio mattutino precoce
- Addormentamento precoce alla sera
- Spesso sonnellini per recuperare

Intervista clinica

le comorbidità che creano un circolo vizioso con l'insonnia

Disturbi psichiatrici e medici

Quali sono i fattori
della patologia che
favoriscono
l'insonnia

Valutazione della
patologia e
dell'insonnia

Altri disturbi del sonno

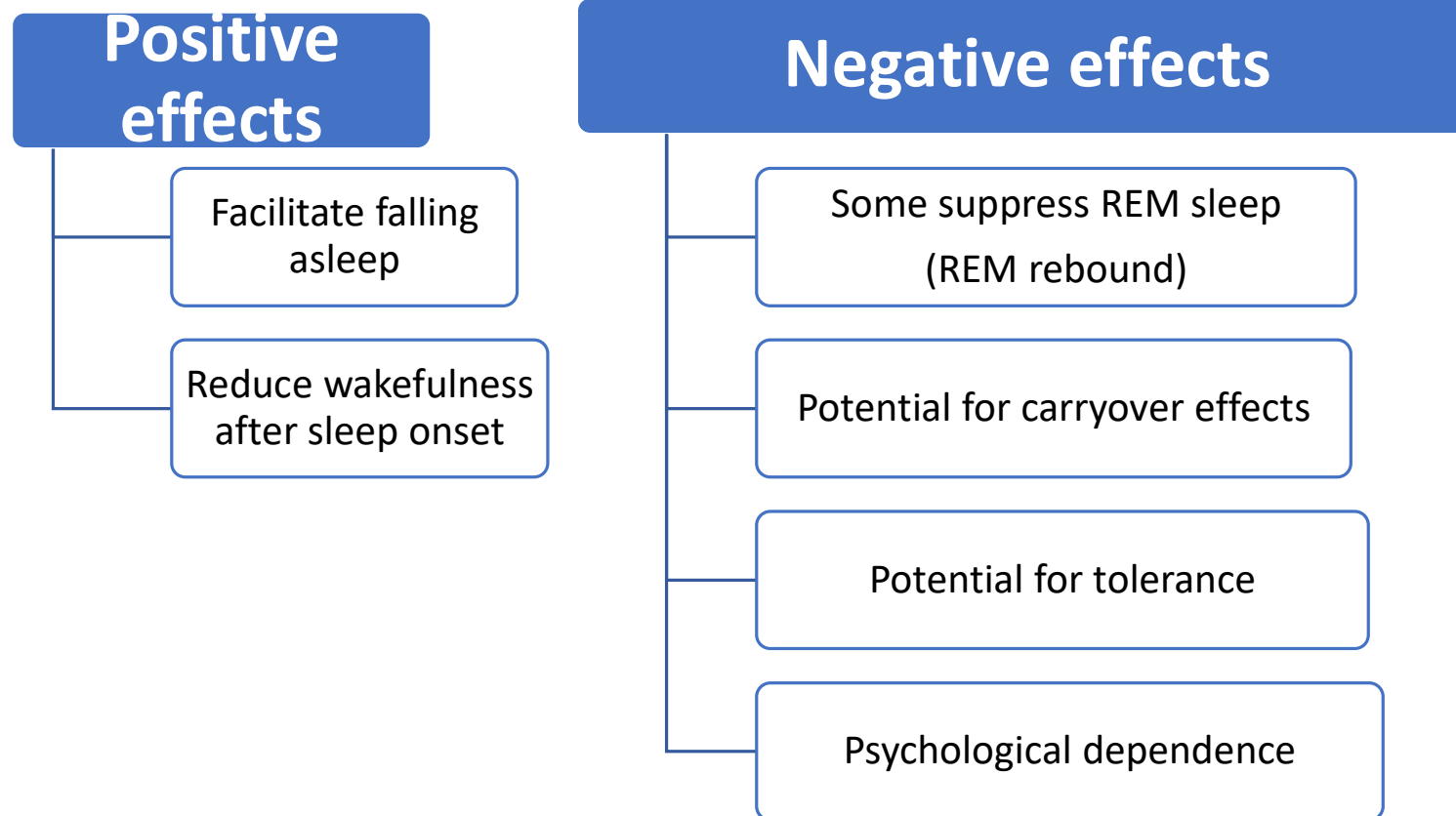
Valutare
intervista
clinica scale e
valutazione
ad hoc

Disturbo da abuso ipnotici

Valutare
l'insonnia e il
tipo di abuso

Intervista clinica:

Fattori che interferiscono con la spinta omeostatica al sonno
effetto di alcuni farmaci ipnotici-sedativi



Questionari

Diagnosi: Sleep Condition Indicator cut off < 16

Gravità sintomi notturni: Insomnia Severity Index >15

Spettro dei sintomi diurni: area cognitive, emotiva e di sonno

Variabilità dell'insonnia: Diario del sonno

Segni di iperarousal: presleep arousal scale

Gravità dell'insonnia e sue conseguenze diurne

Insomnia Severity Index - ISI

QUESTIONARIO

	0	1	2	3	4
1. Valuti la gravità attuale (nell'ultimo mese) dei suoi problemi d'insonnia					
a) Difficoltà ad addormentarsi	No	Lieve	Media	Grave	Molto grave
b) Difficoltà a restare addormentato	No	Lieve	Media	Grave	Molto grave
c) Risveglio troppo precoce	No	Lieve	Media	Grave	Molto grave
2. Quanto si sente soddisfatto/ insoddisfatto del suo sonno attuale	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Neutro né soddisfatto né insoddisfatto	Non molto soddisfatto	Molto insoddisfatto
3. In quale misura ritiene che il problema di insonnia interferisca con la sua efficienza diurna (esempio, affaticamento diurno, capacità di svolgere lavori/faccende di casa, concentrazione, memoria, umore, ecc.)	Per nulla	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
4. Quanto pensa che il suo problema di insonnia sia evidente agli altri in termini di peggioramento della qualità della sua vita?	Per nulla	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
5. Quanto si sente preoccupato/stressato a causa del suo attuale problema d'insonnia?	Per nulla	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo

Autori

Morin CM. *Insomnia: Psychological Assessment and Management*. New York: Guilford Press; 1993.

Traduzione in italiano a cura di

L'adattamento italiano del questionario è stato curato da MAPI GROUP 2000, validato da Castronovo V, Galbiate A, Marelli S, Brombin C, Cugnata F, Girolini L, et al. Validation study of the Italian version of the Insomnia Severity Index (ISI). *Neurol Sci* 2016;37:1517-24.

E' un questionario composto da 5 item

Punteggio <7 nessun problema

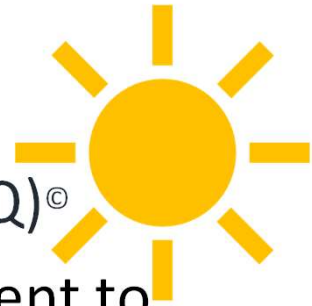
>8 sintomi d'insonnia

>14 insonnia lieve

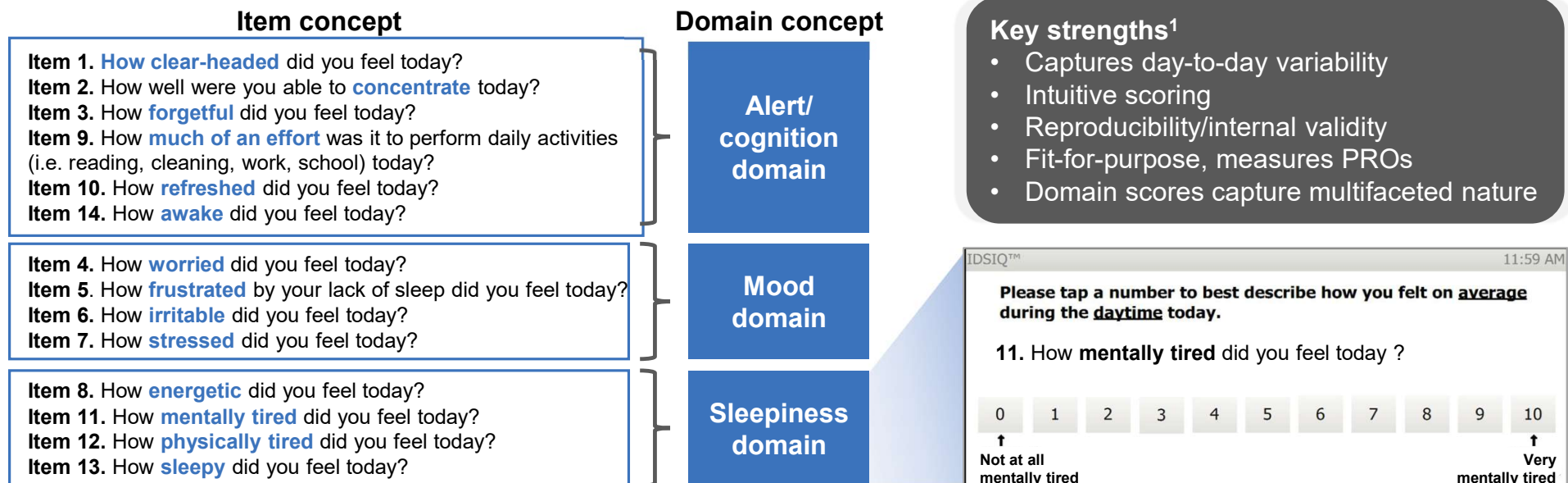
>21 insonnia media

>28 insonnia grave

IDSIQ:^{*†} a PRO tool for insomnia



- Insomnia Daytime Symptoms and Impacts Questionnaire (IDSIQ)[©]
- The IDSIQ[©] was developed as the first patient-reported instrument to assess daytime functioning that was validated according to FDA guidelines¹



1. Hudgens S, et al. *Patient*. 2021;14(2):249–268

Valutare la variabilità dell'insonnia e le attività diurne del paziente

Diario del sonno

QUESTIONARIO

Data		
1. A che ora è andato a letto ieri sera?		
2. A che ora ha tentato di addormentarsi ieri sera?		
3. Quanto tempo ha impiegato ad addormentarsi?		
4. Quante volte si è svegliato durante la notte, non considerando il risveglio al mattino?		
5. In totale, per quanto tempo è rimasto sveglio a causa dei risvegli?		
6a. A che ora si è svegliato al mattino, alla fine?		
6b. Dopo il suo ultimo risveglio quanto tempo è rimasto a letto tentando di riaddormentarsi?		
6c. Si è svegliato prima di quello che pensava?		
6d. Se sì, quanto tempo prima?		
7a. A che ora si è alzato da letto?		
8. In totale quanto tempo ha dormito?		
9. Come giudicherebbe la qualità del suo sonno?	<input type="checkbox"/> Molto scarsa <input type="checkbox"/> Scarsa <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Buona <input type="checkbox"/> Molto buona	<input type="checkbox"/> Molto scarsa <input type="checkbox"/> Scarsa <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Buona <input type="checkbox"/> Molto buona
10. In che misura si è sentito riposato o ristorato al risveglio del mattino?	<input type="checkbox"/> Per niente <input type="checkbox"/> Un pochino <input type="checkbox"/> Un po' <input type="checkbox"/> Riposato <input type="checkbox"/> Molto riposato	<input type="checkbox"/> Per niente <input type="checkbox"/> Un pochino <input type="checkbox"/> Un po' <input type="checkbox"/> Riposato <input type="checkbox"/> Molto riposato

Autori

Carney CE, Buysse DJ, Ancoli-Israel S, Edinger JD, Krystal AD, Lichstein KL, et al. The consensus sleep diary: standardizing prospective sleep self-monitoring. *Sleep* 2012;35:287-302

Traduzione in italiano a cura di Palagini L, Manni R; 2016.

L'adattamento italiano del questionario è stato curato per questo volume.

La compilazione per almeno una settimana da parte del paziente consente di valutare/segnalare:

- ✓ Tempo Totale di sonno
- ✓ Tempo trascorso a letto
- ✓ Irregolarità dei ritmi di sonno
- ✓ Sonnellini e ritmi alimentari
- ✓ Igiene del sonno
- ✓ Assunzione di farmaci o sostanze

**Indispensabile in ambito clinico
Raccomandato da tutte le linee guida per clinica e ricerca**

THE CONSENSUS SLEEP DIARY

<http://dx.doi.org/10.5665/sleep.1642>

The Consensus Sleep Diary: Standardizing Prospective Sleep Self-Monitoring

Colleen E. Carney, PhD¹; Daniel J. Buysse, MD²; Sonia Ancoli-Israel, PhD³; Jack D. Edinger, PhD⁴; Andrew D. Krystal, MD⁵; Kenneth L. Lichstein, PhD⁶; Charles M. Morin, PhD⁷

signature: colleen@y-mail.com

*↓ 00:30 tutti i giorni!!
↑ 7:15*

Diario di Sonno

NomeCognome..... MARCO TOMMASO

Data	12/02/16	13/02/16	14/02/16	15/02/16	16/02/16	17/02/16	18/02/16
1. A che ora è andato a letto?	22:00	22:00	0:15	22:00	23:45	0:30	0:30
2. A che ora ha tentato di addormentarsi?	22:00	22:00	0:15	22:00	23:45	0:30	0:30
3. Quanto tempo ha impiegato ad addormentarsi?	5'	5'	5'	5'	5'	15'	5'
4. Quanti quante volte si è svegliato durante la notte, non considerando il risveglio al mattino?	1	1	4/5	2/3	1/2	5 5	3
5. In totale, per quanto tempo è rimasto sveglio a causa dei risvegli?	10'	5'	1h	15'	5'	30'	15'
6. A che ora si è svegliato al mattino?	4:30	4:30	7:00	4:30	7:00	7:15	7:15
7. A che ora si è alzato da letto?	4:40	4:35	7:15	4:40	7:05	7:30	7:30
8. Come giudicherebbe la qualità del suo sonno?	<input type="checkbox"/> molto povera <input checked="" type="checkbox"/> povera <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buona <input type="checkbox"/> molto buona	<input type="checkbox"/> molto povera <input checked="" type="checkbox"/> povera <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buona <input type="checkbox"/> molto buona	<input type="checkbox"/> molto povera <input checked="" type="checkbox"/> povera <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buona <input type="checkbox"/> molto buona	<input type="checkbox"/> molto povera <input checked="" type="checkbox"/> povera <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buona <input type="checkbox"/> molto buona	<input type="checkbox"/> molto povera <input type="checkbox"/> povera <input checked="" type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buona <input type="checkbox"/> molto buona	<input type="checkbox"/> molto povera <input checked="" type="checkbox"/> povera <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buona <input type="checkbox"/> molto buona	<input checked="" type="checkbox"/> molto povera <input type="checkbox"/> povera <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buona <input type="checkbox"/> molto buona
9. Commenti (se applicabile)	RISVEGLIO ORE 3:30		RISVEGLIO ORE 1:00 (X SCATTI)				PRIMO RISVEGLIO ORE 5:30

Povero perché il pomeriggio erello

Scale di valutazione dell'insonnia

L'arousal cognitivo e somatico

Pre-Sleep Arousal Scale - PSAS

QUESTIONARIO

Istruzioni

Questo questionario descrive come Lei si sente prima di andare a letto. Per favore legga attentamente le seguenti indicazioni indicando la risposta che meglio La riguarda.

	Per niente	Leggero	Moderato	Molto	Tantissimo
1. Ho paura di non dormire	1	2	3	4	5
2. Ripenso agli eventi della giornata	1	2	3	4	5
3. Ho pensieri depressivi o ansiosi	1	2	3	4	5
4. Ho paura di alcune cose che riguardano il sonno	1	2	3	4	5
5. Mi sento mentalmente vigile, attivo, sveglio	1	2	3	4	5
6. Non riesco a spegnere la testa	1	2	3	4	5
7. I pensieri continuano a correre nella testa	1	2	3	4	5
8. Sono facilmente distratto dai rumori, suoni, ecc.	1	2	3	4	5
9. Il cuore batte, corre forte irregolarmente	1	2	3	4	5
10. Mi sento nervoso e teso nel fisico	1	2	3	4	5
11. Ho il respiro corto	1	2	3	4	5
12. Sento i muscoli tesi	1	2	3	4	5
13. Sento freddo a mani, piedi, corpo in generale	1	2	3	4	5
14. Ho lo stomaco sottosopra (nausea, stomaco pieno, ecc.)	1	2	3	4	5
15. Mi sudano le mani e i piedi o altre parti del corpo	1	2	3	4	5
16. Sento la bocca o la gola secche	1	2	3	4	5

Autori

Nicassio PM, Mendlowitz D R, Fussell JJ, Petras L. The phenomenology of the pre-sleep state: The development of the pre-sleep arousal scale. Behav Res Ther 1985;23:263-71.

Traduzione in italiano a cura di

Devoto A, Violani C. Curare l'insonnia senza farmaci. Metodi di valutazione e intervento cognitivo-comportamentale. Roma: Carrocci Faber Editors; 2009.

Quali sono gli obiettivi primari del trattamento dell'insonnia?



Secondo le indicazioni cliniche delle società europee^{a,b} e americane^c, indipendentemente dal tipo di terapia, gli obiettivi primari del trattamento del disturbo da insonnia cronica sono il miglioramento

di:

1

sintomi correlati al sonno

2

compromissione diurna correlata all'insonnia

(consensus)

^aEuropean guideline for the diagnosis and treatment of insomnia (ESRS, 2017)¹; ^bBritish Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia (BAP, 2019)²; ^cClinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults (AASM, 2008)³

AASM = American Academy of Sleep Medicine; BAP = British Association for Psychopharmacology; ESRS, European Sleep Research Society
1. Riemann D *et al. J Sleep Res* 2017;26:675–700; 2. Wilson S *et al. J Psychopharmacol* 2019;33:923–47; 3. Schutte-Rodin S *et al. J Clin Sleep Med* 2008;4:487–504

Monitorare il paziente insonne: aspettative del paziente

DORMIRE DA STANOTTE!

EFFETTI COLLATERALI?

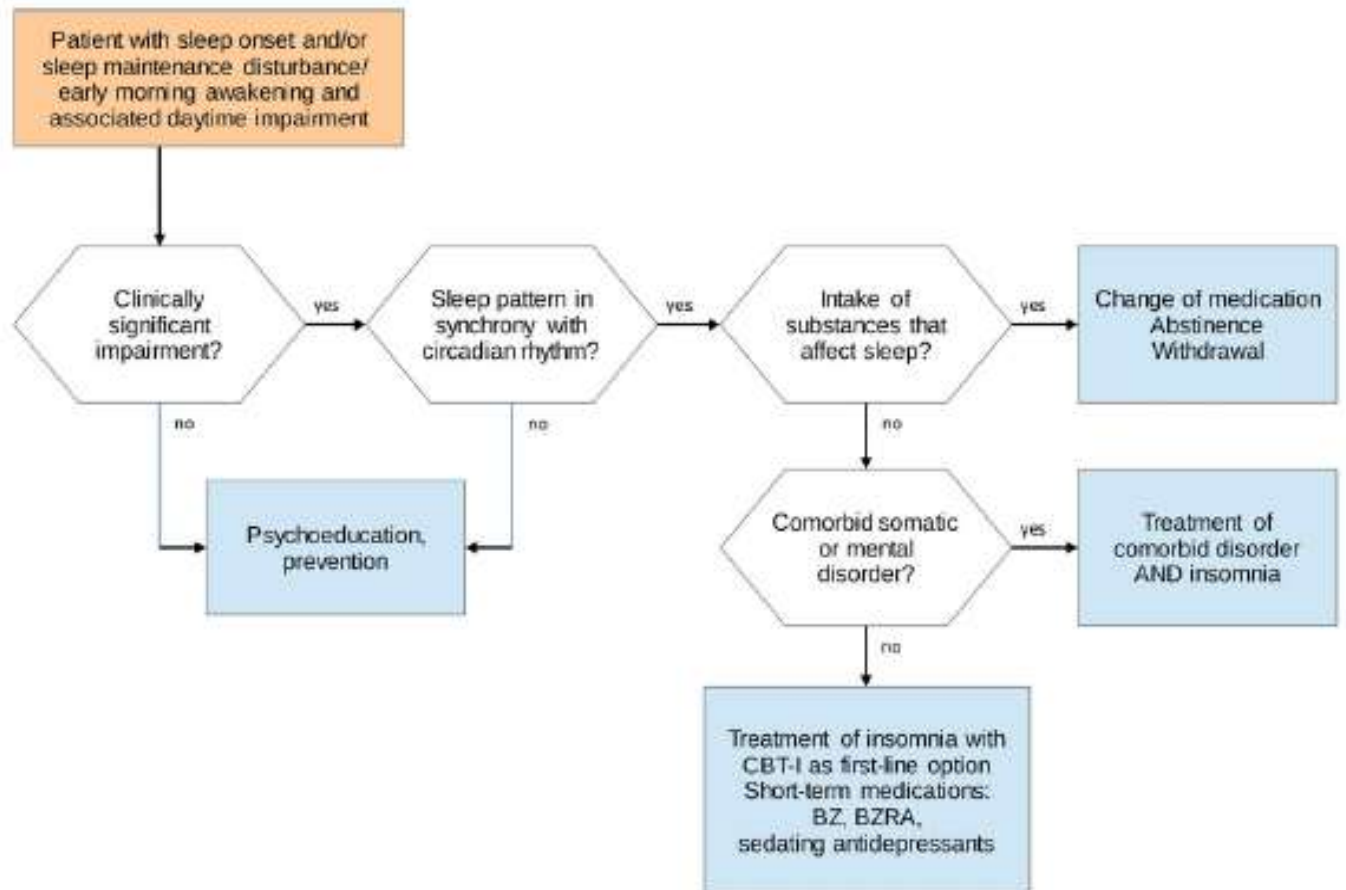
DIVENTERO DIPENDENTE?

PERDERO' LA LUCIDITA'?

European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia

DIETER RIEMANN¹, CHIARA BAGLIONI¹, CLAUDIO BASSETTI²,
BJØRN BJØRVATN³, LEJA DOLENC GROSELJ⁴, JASON G. ELLIS⁵,
COLIN A. ESPIE⁶, DIEGO GARCIA-BORREGUERO⁷,
MARTA GONÇALVES⁸, ELISABETH HERTENSTEIN⁹,
MARKUS JANSSON-FRÖJMARK¹⁰, POUL J. JENNUM¹¹,
CHRISTOPH NISSEN^{1,2,13}, LIBORIO PARRINO¹⁴,
DIRK PEVERNAGIE¹⁵, JOHAN VERBRAECKEN¹⁷,
ADAM WICHNIAK¹⁸, IRINA ZAVALKO²⁰, ERNA S. A.
DANA-CLAUDIA DELEANU^{22,†}, BARBARA STRAZIS
ZOETMULDER^{24,†} and KAI SPIEGELHALDER¹

Clinical algorithm



A second edition
is under construction
from EIN

Gli attuali trattamenti per il disturbo da insonnia cronica non soddisfano i pazienti



- Terapia cognitivo-comportamentale per l'insonnia (CBT-I):¹⁻³
 - **Non è facilmente accessibile** per i pazienti
 - È un trattamento a cui molti pazienti **non possono o non vogliono aderire o che non vogliono continuare a seguire**
- La maggior parte degli approcci farmacologici attuali:⁴⁻⁸
 - È efficace sul mantenimento **oppure** sull'insorgenza del sonno, **ma raramente per entrambi**
 - Provoca **sedazione residua** o **sonnolenza al mattino successivo**
- I pazienti e i professionisti sanitari sono insoddisfatti dei trattamenti attualmente disponibili:⁹⁻¹⁰
 - L'**insoddisfazione dei pazienti** nei confronti dei trattamenti per il disturbo da insonnia cronica nell'indagine trasversale NHWS degli Stati Uniti è stata correlata con i disturbi al mattino successivo
 - Su una scala da 1 a 10, la risposta più comune dei professionisti sanitari è stata 5 quando hanno valutato la soddisfazione per le opzioni di trattamento disponibili per affrontare il disturbo da insonnia cronica



US NHWS = *United States National Health and Wellness Survey*.

1. Thomas A, et al. *Behav Sleep Med*. 2016;14(6):687-698; 2. Koffel E, et al. *J Gen Intern Med*. 2018;33(6):955-962; 3. van der Zweerde T, et al. *Sleep Med Rev*. 2019;48:101208; 4. Walsh JK, et al. Pharmacologic treatment of insomnia: benzodiazepine receptor antagonists. In: Kryger MH, et al, eds. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017:832-841, e1-e4; 5. Grima NA, et al. *Aust J Gen Pract*. 2019;48(4):198-202; 6. Muehlan C, et al. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 2020;16(11):1063-1078; 7. Ferracioli-Oda E, et al. *PLoS One*. 2013;8(5):e63773; 8. Crowe SF, et al. *Arch Clin Neuropsychol*. 2018;33(7):901-911; 9. Fitzgerald T, et al. *Sleep Disord*. 2015;2015:607148; 10. Ulmer CS, et al. *J Clin Sleep Med*. 2017;13(8):991-999.

Gestione delle aspettative per le benzodiazepine

Notte

- Rapido sollievo dai sintomi¹
- Dati molto limitati sugli outcome a lungo termine¹
- Peggiorano diversi aspetti fondamentali dell'architettura del sonno³

Giorno

- Sedazione diurna¹
- Diversi effetti collaterali, tra cui dipendenza, astinenza, tolleranza e abuso^{1,3}
- Insonnia rebound dopo sospensione¹
- Correlate alle cadute negli anziani¹

Come monitoriamo che l'assunzione non superi le 4 settimane?

Gestione delle aspettative per i farmaci Z-drugs

Notte

- Rapido sollievo dai sintomi¹
- Attività parasomnogenica¹

Come monitoriamo che l'assunzione non superi le 4 settimane?

Giorno

- Sedazione diurna se "assunti al bisogno"³
- Diversi effetti collaterali, tra cui dipendenza, astinenza, tolleranza e abuso^{1,3}
- Insonnia rebound dopo sospensione¹
- Correlate alle cadute negli anziani¹

Gestione delle aspettative per i farmaci agonisti della melatonina

Notte

- Sostengono la struttura del sonno¹
- Gli effetti di ripristino del sistema sonno richiedono più tempo ed è importante gestire le aspettative del paziente

Giorno

- Non vi è necessità di schedulazione dei farmaci con basso rischio di abuso o dipendenza²
- Diffrenziare gli integratori da i composti con evidenze cliniche

Come gestiamo che l'assunzione non funziona da "stasera"?

1. Roth T *et al.* *Sleep* 2007;30(11): 1555–61; 2. Pigeon and Perlis. *Insom* 2017;19:63
al. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19:63

Gestione delle aspettative per gli antidepressivi sedativi off-label

Notte

- Più o meno rapido effetto sedativo
- Sopprimono il sonno REM
- Non ci sono dati di efficacia a lungo termine
- Possono favorire altri disturbi del sonno

Giorno

- Potenziali effetti sedativi diurni
- Potenziale slatentizzazione di un disturbo dell'umore

Come gestiamo che le linee guida non li consigliano perchè non ci sono dati?

Gestione delle aspettative per i neurolettici sedativi off-label per il trattamento dell'insonnia

Notte

- Rapido effetto sedativo
- Alterano la struttura del sonno
- Non ci sono dati di efficacia a lungo termine
- Possono favorire altri disturbi del sonno

Giorno

- Potenziali effetti sedativi diurni
- Sindrome metabolica
- Controllo QTC

Come gestiamo che le linee guida non li consigliano perchè non ci sono dati?

Gestione delle aspettative per terapia con daridorexant

Notte

Giorno

Ne parleremo oggi