

Genere e disturbi del sonno. Studio multicentrico e ricerca qualitativa nella popolazione italiana

Gender and sleep disorders. Italian multicentric study and qualitative research

C. Mencacci¹, A. Ullo², R. Larcana⁴, N. Orthmann³, F. Merzagora³, E. Aguglia²

¹ Dipartimento Neuroscienze A.O. Fatebenefratelli Oftalmico, Milano; ² U.O. P.I. Psichiatria, A.O.U. Policlinico Vittorio Emanuele, Catania - Facoltà di Scienze Psicologiche, Università di Messina; ³ O.N.Da Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, Milano; ⁴ Università di Messina, Facoltà di Scienze Psicologiche

Summary

Objectives

Sleep disorders are a very common problem, yet often unrecognized, under diagnosed and improperly treated. For this reason, ONDa (National Observatory of Women's Health) has done a preliminary research (quantitative investigation) designed to outline the issue in the population in terms of clinical and epidemiological studies. In the second research (qualitative investigation) was chosen to explore the problem in the female population with the aim of exploring the experience of women related to these disorders and the difficulties of access to treatments.

Methods

Quantitative investigation. Was conducted a multicenter study, through a questionnaire drawn up by a multidisciplinary group of experts (White Nights Group) and distributed to the population from general practitioners. The aim of the survey was to operate a clinical-diagnostic evaluation of sleep disorders. A total of 2896 cards were received, of which 2886 considered valid for statistical analysis, 60% of the sample were women.

Qualitative investigation. Were organized three focus groups formed by eight participants, each group was representative of the reality of a geographic area and was formed according to the following criteria: female, aged between 35 and 60 years, history of sleep disorders, non-pharmacological treatment for these types of disorders.

Results

Quantitative investigation. The investigation revealed a significant frequency of sleep disorders in the Italian population with a predominant involvement of women. 78.3% of the population questioned reported to not enjoy a restful sleep with follow-

ing psycho-physical discomfort throughout the day after sleep. Insomnia has been identified as the real reason for the medical support request in 55.9% and in the 31.2% of cases appeared as result of other pathological conditions. In 66.4% of cases was suggested drug therapy mainly represented by short and ultra short biological half-life benzodiazepines in drops.

Qualitative investigation. In general, sleep disorders are perceived as responsible for corrosion of the quality of patient's lives, but in most cases women accept to live with the problem underestimating the consequences. Frequently there is not a specific diagnosis by a physician and patients recur to the use of self-made solutions because are afraid of potential side effects of the therapy. It comes to light the need for women to have more information, especially about the nature of these disorders and therapeutic alternatives related. Furthermore the patients necessitate a guarantee on the mode of action of drugs and the explanation of all the possible side effects in the short and long term.

Conclusions

Sleep disorders deserve more specific attention, in view of the dissemination of the phenomenon and relevant in terms of impact on quality of life and reduced productivity. Women are in higher danger because they have a natural vulnerability related to the hormonal changes that accompany them at all stages in their lives. At the end emerges the need of a guided management of the problem, which is essential for its correct classification, for the formulation of appropriate diagnosis and therefore for the adoption of the most adequate therapeutic solution.

Key words

Insomnia • Qualitative research • Quantitative research • Sleep disturbance • women

Introduzione

I disturbi del sonno rappresentano un problema spesso misconosciuto, sottodiagnosticato e non adeguatamente trattato, nonostante si stimi che nel nostro Paese sia-

no circa 12 milioni le persone che soffrono di insonnia cronica o transitoria (circa 1 adulto su 4, secondo i dati dell'Associazione Italiana per la Medicina del sonno). In base alla durata, infatti, l'insonnia è classificata in for-

Correspondence

Nicoletta Orthmann, O.N.Da Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, Foro Buonaparte 48, Milano, Italy • Tel. 02 29015286 • E-mail: n.orthmann@ondaosservatorio.it; Angelida Ullo, U.O. P.I. Psichiatria, A.O.U. Policlinico Vittorio Emanuele, via S. Sofia 78, Catania, Italy • Tel. 095 3782560 • E-mail: angelida.ullo@libero.it / Università di Messina, Facoltà di Scienze Psicologiche, via Concezione 6/8, Italy • Tel. 090 344831

me acute, a medio termine e croniche, che riconoscono cause diverse: in genere, mentre l'insonnia cronica è più frequentemente correlata alla presenza di comorbidità di tipo psichiatrico e medico, quella acuta è tipicamente determinata da condizioni di stress, patologie acute o farmaci.

L'insonnia è definita come percezione soggettiva di difficoltà nella fase di addormentamento e/o di persistenza del sonno, nonché di scarsa qualità di riposo; da sintomo diventa una vera e propria patologia quando si associa a significativo distress e riduzione della funzionalità in importanti aree, quali quella sociale e lavorativa¹. Nel DSM IV-TR l'insonnia viene distinta in disturbo primario, per la cui diagnosi è richiesta l'esclusione di associati disturbi psico-fisici o l'uso di sostanze/farmaci, e in disturbo secondario, direttamente correlato a una comorbidità di ordine psichiatrico o medico (disturbi dell'umore e d'ansia, disturbi psicotici, patologie cardiovascolari, polmonari, neurologiche ...), ma sufficientemente severo per giustificare un'attenzione clinica indipendente e specifica.

Come dimostrano i dati prodotti in letteratura, i disturbi del sonno hanno maggiore incidenza nelle donne rispetto agli uomini, rappresentando un problema diffuso ed estremamente rilevante, in particolare, nel periodo del climaterio e della menopausa²⁻⁹. I ritmi frenetici della vita quotidiana, familiare e lavorativa, portano a una riduzione del numero di ore dedicate al sonno e gli alti livelli di stress e ansia, interferendo con la qualità del riposo notturno, ne minano le potenzialità ristoratrici; a ciò si aggiunge che le donne, in ragione del proprio assetto ormonale, scandito da bioritmi che si modificano nel corso delle diverse fasi della vita, sono fisiologicamente esposte al rischio di sviluppare disturbi del sonno¹⁰⁻¹².

Poiché dal sonno sono regolati i più importanti ritmi biologici cardiovascolari, neuroendocrini e riproduttivi, un'alterazione in termini quantitativi e qualitativi di tale funzione, reiterata nel tempo, produce pesanti ripercussioni sull'equilibrio psico-fisico della persona, compromettendone l'efficienza funzionale globale, inficiandone la qualità di vita e lo stato di salute – generale, psico-emotiva, riproduttiva – sino a predisporre all'insorgenza di patologie organiche e psichiche, nonché di disturbi della fertilità¹³.

Numerosi studi hanno dimostrato che l'insonnia rappresenta un importante fattore di rischio per molti disordini psichici, essendo in grado, in assenza di altri sintomi, di aumentare il rischio di sviluppare disturbi ansiosi, sindrome depressiva e comportamenti dipendenti da alcol e droga¹⁴⁻¹⁷.

Obiettivo di questo lavoro è offrire un inquadramento clinico-epidemiologico della problematica nella popolazione generale e di approfondire, per quella femminile,

alcuni particolari aspetti, quali l'impatto di questi disturbi sulla qualità di vita delle donne, il vissuto, i bisogni e le barriere di accesso alle terapie.

Materiali e metodi

Indagine quantitativa

È stato condotto uno studio multicentrico sul territorio nazionale attraverso un questionario elaborato da un gruppo multidisciplinare di esperti *White Nights Group*¹⁸ per operare una valutazione clinico-diagnostica dei disturbi del sonno.

Il questionario è stato somministrato e compilato da medici di medicina generale che hanno arruolato i pazienti secondo un criterio di reclutamento consecutivo. Tutti i dati riportati nelle schede sono stati inseriti all'interno di un database ai fini dell'elaborazione statistica.

In totale sono pervenute 2.896 schede, di cui 2.886 ritenute valide (10 schede sono state restituite non compilate). Il 60% del campione è rappresentato da donne (1.744) con range di età 16/98 (età media 56), il 39% da maschi (1.137) con range di età 19/97 (età media 58); per il restante 1% non è specificato il sesso (5). I questionari sono stati somministrati nelle seguenti regioni: Lombardia (167), Liguria (310), Toscana (226), Veneto (59), Piemonte (178), Lazio (365), Emilia Romagna (223), Marche (261), Puglia (167), Campania (397), Calabria (248), Sicilia (294) e Sardegna (55).

Il questionario utilizzato, prevalentemente strutturato con domande chiuse in dodici item, è riportato in Figura 1.

Indagine qualitativa

La ricerca è stata condotta ricorrendo alla metodologia qualitativa dei *focus group*^{19,20}. Il *focus group* è una dinamica di gruppo che implica la presenza di un moderatore (psicologo), attivo nel promuovere lo scambio e il confronto tra i partecipanti; tale metodica, da un lato, consente di sfruttare le potenzialità intrinseche della dinamica interattiva di gruppo (ovvero agevolare il confronto fra opinioni e punti di vista differenti, permettere l'espressione di diverse posizioni e motivazioni, stimolare l'emergere di nuove idee e spunti, sia dal punto di vista emotivo sia da quello razionale), dall'altro, permette il ricorso a specifiche tecniche di indagine di natura creativa e/o proiettiva.

A differenza dell'analisi quantitativa, che ha l'obiettivo di classificare, misurare e analizzare statisticamente le variabili oggetto della ricerca, in modo che i risultati possano essere generalizzati a popolazioni più ampie del campione, l'analisi qualitativa mira a descrivere gli aspetti che caratterizzano uno specifico contesto. La ricerca qualitativa, basata sulla discussione in piccoli

Disturbi del Sonno
Check-list diagnostico-clinica

Data: __/__/__ Sesso: _____ Et : aa _____

1 Da quanto tempo ha difficolt  di sonno? in _____ o _____ e _____
giorni settimane mesi

2 Caratteristiche specifiche del tipo di sonno del paziente:

- ☐ a che ora si corica? _____
- ☐ ha difficolt  ad addormentarsi? SÌ NO
- ☐ ha frequenti risvegli con facile ripresa del sonno? SÌ NO
- ☐ presenta un risveglio unico con successiva incapacit  a riprendere sonno? SÌ NO
- ☐ al risveglio si sente bene? SÌ NO

3 Comparsa eccessiva sonnolenza diurna:

- ☐ durante attivit  importanti? SÌ NO
- ☐ durante lavori ripetitivi? SÌ NO
- ☐ quando   rilassato? SÌ NO

4 la persona che dorme con lei ha notato suoi strani movimenti durante il sonno? SÌ NO

Se s , quali _____

5 lei russa? SÌ NO

6   in stato di gravidanza? SÌ NO

7   in fase menopausale? SÌ NO

8 Stato di salute generale e abitudini di vita:

- ☐ qual   lo stato di umore del paziente? normale lievemente ridotto depresso
- ☐ c'  evidenza di qualche forma di depressione? SÌ NO
- ☐ c'  evidenza di qualche sindrome ansiosa? SÌ NO
- ☐ presenta altri sintomi? dolore tosse prurito

9 Stato di salute generale e abitudini di vita (segue):

- ☐ soffre di dispnea notturna? SÌ NO
- ☐ soffre di frequente nicturia? SÌ NO
- ☐   affetto da malattie che creano disturbo al suo sonno (es. problemi respiratori)? SÌ NO
- Se s , quali _____
- ☐ assume farmaci? SÌ NO
- Se s  quali? _____
- ☐ assume sostanze eccitanti? SÌ NO
- Se s  quali? _____
- ☐ fa attivit  fisica/sportiva? SÌ NO
- Se s  in quale momento della giornata? mattinata serata

10 Fattori esterni:

- ☐ la camera da letto   esposta ad eccessivo rumore? SÌ NO
- ☐ la camera da letto   esposta ad eccessiva luce? SÌ NO
- ☐ il letto   confortevole? SÌ NO
- ☐   disturbato dalla persona con cui dorme? SÌ NO

11 Significato del disturbo:

- ☐   realmente "insonnia" il motivo della visita? SÌ NO
- ☐ spesso il sintomo pu  essere un indicatore usato dal paziente per altri problemi meno facilmente presentabili. Le sembra questo il caso? SÌ NO

12 Il paziente ha gi  assunto, in passato, farmaci per l'insonnia? SÌ NO

Se s  quali? _____

13 Ritiene utile suggerire:

- ☐ Norme di igiene del sonno? SÌ NO
- ☐ Farmaci ipno-inducenti? SÌ NO
- Se s  quali? _____
- e in quale forma farmaceutica preferibilmente? gocce cpr cps

Basati Identificati:
Agnelli F., Biggio G., Caputi A.P., Orsini C., Grizzetti A., Gussalli M., Montecchi E., Sances F., Vignatelli G.
Dipartimento di Scienze Umanistiche - Universit  di Padova - Padova, Italia

FIGURA 1.

Il questionario elaborato dal gruppo multidisciplinare *White Nights Group* impiegato nell'indagine quantitativa. *The questionnaire developed by the multidisciplinary team White Nights Group employed a quantitative survey.*

gruppi, non prevede dunque l'assegnazione di frequenze alle caratteristiche individuate nei dati.

Per la ricerca in esame sono stati condotti tre *focus group* in tre differenti realt  nazionali: nord, centro e sud. Ciascun *focus group* ha previsto il coinvolgimento di 8 partecipanti ed   durato mediamente 2,5 ore. I partecipanti sono stati reperiti attraverso un questionario di *screening* che considerava i seguenti criteri di inclusione:

- sesso: femminile;
- et : 4 donne con et  35-43 e 4 donne con et  44-60 per ogni gruppo;
- professione: 4 donne lavoratrici (a tempo pieno o part time) e 4 casalinghe per ogni gruppo;
- donne che nell'ultimo mese abbiano sofferto di almeno uno dei seguenti disturbi: difficolt  ad addormentarsi, frequenti risvegli notturni, unico risveglio con incapacit  di riprendere sonno;
- donne che non stiano seguendo una terapia farmacologica

logica per i disturbi del sonno, ma che eventualmente assumano medicinali o rimedi naturali al bisogno.

Risultati

Indagine quantitativa

Dallo studio condotto emerge una significativa incidenza dei disturbi del sonno nella popolazione italiana indagata, con un maggiore interessamento delle donne (60% circa del campione) che risultano per l'1,9% in gravidanza e per il 42,2% in menopausa; nel 67% dei casi il problema persiste da pi  di dodici mesi.

Per quanto riguarda la tipologia del disturbo, risulta che il 64,1% ha difficolt  di addormentamento, il 54% riferisce di avere frequenti risvegli durante la notte, mentre il 45,2% riporta un unico risveglio precoce con incapacit  a riprendere sonno. Nella maggioranza dei casi le alterazioni sonno, la cui durata – in termini di persistenza

nel tempo – aumenta con il progredire dell'età, si traducono in una perdita della funzione ristoratrice del riposo notturno e, infatti, nel 78,3% dei casi è riferito un senso di malessere psico-fisico al risveglio con conseguente comparsa di eccessiva sonnolenza diurna durante lo svolgimento di attività importanti (23,9%), lavori ripetitivi (41,2%) e soprattutto nei momenti di rilassamento (59,8%) (Fig. 2).

Indagando l'eventuale presenza di manifestazioni che accompagnano il sonno e che possono potenzialmente interferire con esso, risulta assai più frequente il russamento (42,8%), per altro significativamente più rappresentato negli uomini (60,3 vs. 31,4%, $p < 0,001$), rispetto alla presenza di agitazione motoria (13,9%). Parimenti, risulta più ricorrente nel genere maschile la presenza di nicturia (31,7 vs. 17,2%, $p < 0,001$) e di dispnee notturne (13,3 vs. 6%, $p < 0,001$).

In merito alla concomitanza di disturbi psichici, risultano una sindrome ansiosa e disturbi depressivi rispettivamente nel 58,4 e 28% dei casi; mettendo a confronto i risultati analizzati per genere emerge una maggior frequenza di questi disturbi nelle donne (per i disturbi d'ansia 63,1 vs. 51,3%; per i disturbi depressivi 30,7 vs. 23,9%, $p < 0,001$). Tra le patologie che si presentano in comorbidità con i disturbi del sonno, prevalgono le malattie respiratorie (57,6%) e il dolore cronico (per il quale occorre sottolineare la marcata differenza di genere: 51% delle donne vs. 9,8% degli uomini), a cui fanno seguito, a grande distanza patologie cardiache (6,4%), reumatologiche (4,7%), endocrine-metaboliche (4,9%), urologiche (4,2%) e psichiatriche (2,4%).

Per quanto riguarda le variabili "ambientali", queste risultano interferire con il sonno con ridotta frequenza; i fattori maggiormente citati sono l'eccessiva rumorosità

dell'ambiente (14,1%) e l'azione disturbante della persona con cui si dorme (14,6%).

Ha dichiarato di svolgere attività fisica circa il 30% dei soggetti coinvolti nell'indagine; i dati emersi in merito non evidenziano sostanziali differenze tra coloro che praticano lo sport di sera rispetto a quelli che lo praticano di mattina.

Risultano prescritti nel passato farmaci per l'insonnia nel 31,9% dei casi.

Venendo alla sezione finale del questionario, dedicata alle conclusioni da parte del medico relative al caso specifico sulla base di tutte le informazioni fornite dal paziente, risulta che l'insonnia è riconosciuta come il reale motivo della visita nella maggior parte dei casi (55,9%), mentre è interpretata come manifestazione correlata ad altre condizioni patologiche nel 31,2%.

Nel campione di riferimento, all'81,5% dei soggetti indagati sono state consigliate norme di igiene del sonno mirate a correggere scorrette abitudini e nel 66,4% dei casi è stata prescritta una terapia farmacologica.

Per quanto riguarda i farmaci, risultano prevalentemente consigliate benzodiazepine a emivita ultra breve (52%) e breve (11%), preferibilmente nella formulazione in gocce. Nel 5% dei casi sono stati prescritti ipnoinducenti, il 19% si riferisce a varie tipologie di prescrizioni effettuate con bassa percentuale (melatonina, fitoterapici, integratori, BDZ a emivita lunga, BDZ a emivita intermedia, ansiolitici e antidepressivi), mentre nel 13% dei casi non è stata riportata alcuna indicazione specifica. Nel 26% dei casi non è stata ravvisata la necessità di impostare una terapia e solo nel 6% dei casi non è stato neppure ritenuto utile dare indicazioni per correggere le abitudini che interferiscono con il riposo notturno.

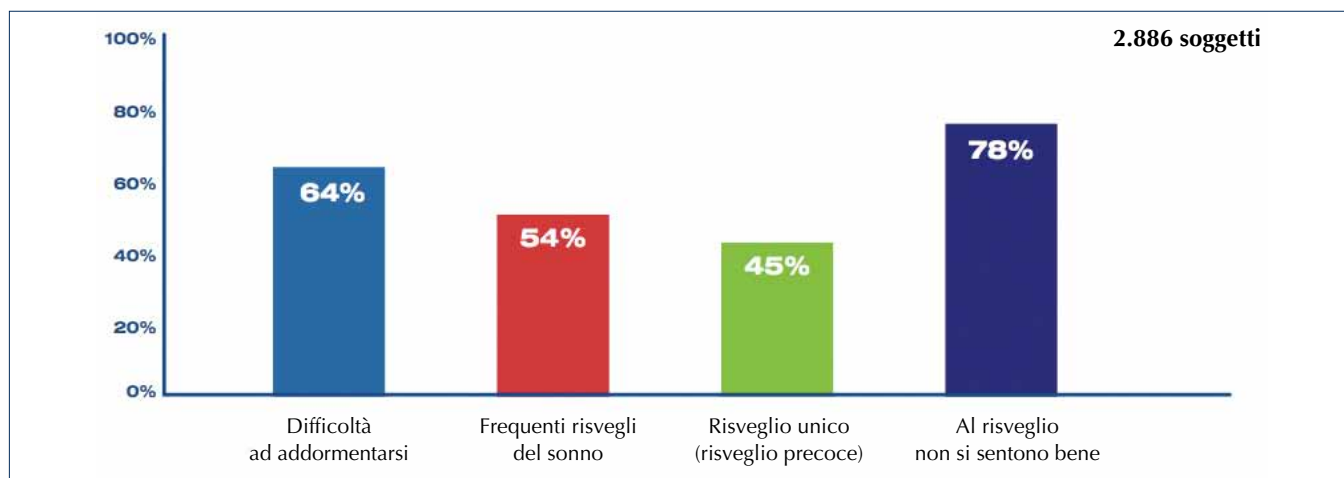


FIGURA 2. Caratteristiche del disturbo del sonno. *Characteristics of sleep disturbance.*

Indagine qualitativa

In generale i disturbi del sonno sono percepiti come responsabili di un peggioramento della qualità della propria vita, ma nella maggior parte dei casi le donne scelgono di convivere subendone e talvolta sottovalutandone le conseguenze, emergendo un senso di impotenza e di accettazione passiva.

I risvegli frequenti durante la notte rappresentano il disturbo del sonno più diffuso tra le intervistate (in media sono riferiti 2-3 episodi per notte) e spesso si accompagnano a difficoltà di addormentamento. Per la maggioranza, tali disturbi si verificano mediamente 3-4 volte alla settimana e solo per una minoranza questa problematica è quotidiana.

Dalla discussione di gruppo emerge chiaramente che i disturbi del sonno impattano sull'esistenza, peggiorando la qualità di vita. Al di là dell'impatto sul piano fisico (tra i disturbi più citati mal di testa, senso di spossatezza, occhi gonfi) e psichico (riferiti, in particolare, ansia notturna, irritabilità e nervosismo diurni, stress, tensione), questi disturbi risultano interferire pesantemente con la sfera socio-relazionale in ambito sia lavorativo (calo delle performance e scarso rendimento) sia familiare e affettivo. Ne risulta un senso di insoddisfazione, frustrazione, insicurezza, isolamento e senso di colpa.

Aspetto comune è la mancanza di una diagnosi specifica formulata da un medico, anche se le donne si danno da sole le risposte che cercano, riconducendo i disturbi del sonno a cause ben precise come eccessiva stanchezza, premenopausa e menopausa, stato di tensione, eventi traumatici o cambiamenti radicali ...

E, infatti, solo la minor parte di loro si è rivolta al medico di base e, ancor meno, a uno specialista, ricorrendo a un'autogestione del problema con adozione di soluzioni *self-made* a base di prodotti naturali (di cui, tuttavia, viene riconosciuta la modesta efficacia) o di rituali personalizzati o, ancora, di strategie comportamentali preventive (abolizione del caffè, pratica di yoga).

L'accesso alle opzioni terapeutiche farmacologiche è ostacolato da più fattori: in primo luogo dalla mancanza di una figura medica di riferimento e, secondariamente, dal diffuso timore degli effetti collaterali, tra i più temuti quello della dipendenza. Spaventa anche molto l'idea di perdere il controllo sul proprio sonno e sulle proprie azioni/reazioni.

Dalla ricerca emerge una scarsa fiducia nei confronti del medico di medicina generale per quanto riguarda i disturbi del sonno, mentre assume particolare rilevanza la figura del farmacista che rappresenta la soluzione più facilmente accessibile e diretta.

Quando si chiede alle donne di definire le caratteristiche di una "terapia ideale" emergono questi aspetti: assunzione limitata nel tempo, efficacia immediata, nessun ri-

schio di dipendenza o di altri effetti collaterali, prodotto il più naturale possibile. Per quanto riguarda la formulazione, sono particolarmente apprezzati i preparati in gocce, poiché vengono percepiti come più naturali delle compresse e più facilmente tollerabili a livello gastrico; inoltre sono ritenuti più semplici da assumere e gestire.

Le donne in definitiva chiedono maggiore informazione, in particolare sulla natura di questi disturbi, sulle cause, sulle figure di riferimento e sulle alternative terapeutiche, evidenziando il bisogno di ricevere assicurazioni sulla modalità di azione dei farmaci e sui possibili effetti collaterali nel breve e lungo termine.

Discussione

I disturbi del sonno meritano un'attenzione specifica, in considerazione della diffusione del fenomeno e della rilevanza in termini di ripercussioni sulla qualità della vita e di riduzione della produttività.

La ricerca quantitativa ha evidenziato come, al di là della tipologia di disturbi del sonno (difficoltà di addormentamento o mantenimento del sonno, risveglio precoce con incapacità a riaddormentarsi), sia comune ed estremamente frequente la sensazione di malessere psico-fisico al risveglio.

Nella maggior parte dei casi (66,4%) il problema, interpretato come insonnia primaria nel 55,9% e secondaria nel 31,2%, è stato ritenuto meritevole di una prescrizione terapeutica farmacologica rappresentata prevalentemente da benzodiazepine a emivita ultra-breve e breve, in formulazione in gocce. Ben noti sono, infatti, i vantaggi dei preparati in gocce che hanno un effetto più rapido grazie al più veloce assorbimento, consentono una più fine regolazione del dosaggio e dunque una migliore adattabilità posologica nella personalizzazione del trattamento, oltre a richiedere una "ritualità attiva" da parte del paziente che si sente così maggiormente coinvolto nella risoluzione del problema^{21 22}.

La maggior rappresentanza femminile all'interno del campione indagato conferma un dato già noto tanto nella letteratura scientifica quanto nella pratica clinica. Le donne, infatti, sono maggiormente esposte a questi disturbi rispetto agli uomini, dal momento che presentano una fisiologica vulnerabilità correlata alle modificazioni ormonali che le accompagnano in tutte le fasi della loro vita. Ciò rende ragione del fatto che le alterazioni dell'architettura del sonno, tipiche dell'insonnia, sono più frequenti quando tali fluttuazioni sono di maggior entità, dunque durante il periodo premenstruale, la gravidanza e la menopausa^{10 11}. Nelle donne, infatti, sonno e funzione ormonale sono strettamente interconnessi, interagendo attraverso meccanismi delicati e complessi.

Il climaterio e la menopausa sono i periodi senza dubbio più critici e, infatti, sono numerose le donne che lamen-

tano, tra i disturbi più rilevanti, l'insonnia²⁻¹². Le irregolari fluttuazioni ormonali, che caratterizzano la perimenopausa, e il deficit estrogenico del periodo post, comportano, infatti, un'importante alterazione dei principali bioritmi e della loro circadianità, sovvertendo la struttura del sonno. Ciò si realizza non solo per l'azione diretta delle alterazioni ormonali sui centri del sonno, ma anche per effetto indiretto causato dai risvegli notturni, spesso ricorrenti, conseguenti alle crisi vasomotorie tipiche di questo periodo^{5,7}.

A prescindere dalle note modificazioni fisiologiche, la menopausa si caratterizza anche come un periodo di grandi riadattamenti sociali e psicologici associati a cambiamenti dell'immagine di sé e del proprio corpo, che svolgono un ruolo destabilizzante sull'equilibrio affettivo, tant'è che le donne presentano depressione e ansia in percentuali maggiori; tutto ciò può avere un impatto negativo sul sonno. La deprivazione di sonno concorre ad aggravare le manifestazioni di tipo depressivo correlate alla carenza estrogenica menopausale, che a loro volta interferiscono con il sonno, amplificando così gli effetti negativi sul tono dell'umore.

Numerosi studi scientifici hanno documentato una correlazione bidirezionale tra insonnia e depressione^{14-15 23-26}: l'insonnia è uno dei più comuni disturbi dei pazienti affetti da depressione e rappresenta un fattore di sviluppo o mantenimento della depressione stessa, minando il delicato e complesso equilibrio tra neurotrasmettitori e ormoni steroidei. Si stima che l'incidenza di depressione nei 3,5 anni successivi risulti quasi quadruplicata nei soggetti insonni rispetto a coloro che non soffrono di disturbi del sonno.

Non mancano ricerche di genere su questo aspetto, che evidenziano come le donne con insonnia cronica, indipendentemente dall'età, siano a più alto rischio di sviluppo o mantenimento di depressione⁴.

Dall'indagine quantitativa ben si evidenzia il legame tra disturbi psichici e insonnia per il genere femminile nel quale ricorrono in anamnesi, con maggior frequenza, depressione e ansia.

Altro dato da evidenziare è che nel campione indagato il 51% delle donne riferisce la presenza di dolore contro il 9,8% degli uomini. Il dato è in linea con gli studi epidemiologici che documentano che molte delle sindromi dolorose croniche tendono ad avere incidenza più elevata nella popolazione femminile (lombalgie, cefalee, artrosi, sindrome del colon irritabile, artrite reumatoide, dolore pelvico cronico, endometriosi ...) ^{27,28}.

Come noto, il dolore cronico si associa frequentemente a insonnia, comportando un peggioramento del quadro clinico: da un lato il dolore interferisce con la qualità del sonno per le difficoltà ad addormentarsi e i frequenti risvegli notturni, dall'altro la deprivazione di sonno che ne consegue influisce sulla percezione del dolore, abbas-

sandone la soglia e dunque rendendo più vulnerabili alla sensazione dolorosa.

Sono stati inoltre prodotti diversi studi che hanno evidenziato la correlazione, caratteristica del genere femminile, tra insonnia e aumento del rischio di cardiopatia coronarica, ipertensione arteriosa e diabete tipo 2²⁹⁻³². Si tratta di aspetti rilevanti, che documentano come i disturbi del sonno, oltre a influire negativamente sulla qualità della vita, interferiscano con lo stato di salute generale, addirittura aumentando il rischio di sviluppare patologie cardio-vascolari, metaboliche e psichiche.

Eppure le donne tendono a sottovalutare il problema e ad accettarlo passivamente, come dimostrano le risultanze offerte dall'indagine qualitativa, svolta in un secondo tempo con l'obiettivo di comprendere come le donne vivono e gestiscono i disturbi del sonno.

Sebbene le donne denuncino una pesante interferenza di questi disturbi con il proprio benessere psico-fisico e con la vita di relazione, esse li affrontano nella maggior parte dei casi in autonomia e senza avere una figura medica di riferimento. Se hanno bisogno di qualche consiglio, preferiscono rivolgersi al farmacista, ma di base prevale un atteggiamento di totale autogestione del problema con il conseguente ricorso a soluzioni *self-made*, come prodotti naturali e rituali personalizzati.

L'assenza di un riferimento medico per questi disturbi rappresenta il principale ostacolo di accesso alle terapie farmacologiche disponibili, verso le quali le donne manifestano timori e perplessità in ordine ai possibili effetti collaterali, primo fra tutti il rischio di sviluppare dipendenza.

Conclusioni

I disturbi del sonno correlati all'insonnia possono rappresentare un'alterazione primitiva dei suoi meccanismi regolatori e dunque dei fisiologici ritmi del ciclo sonno-veglia o essere l'espressione clinica di altre patologie, organiche o psichiche.

La deprivazione cronica di sonno, alterando il ciclo sonno-veglia e tutti i ritmi biologici associati, compromette non solo la qualità della vita in tutte le sue dimensioni – personale, affettiva, familiare, socio-relazionale e lavorativa – ma anche, nel lungo periodo, la salute psico-fisica.

In ragione di ciò, tali disturbi devono sempre essere indagati e presi in seria considerazione per identificare e dunque eliminare, laddove possibile, le eventuali cause scatenanti, attraverso un intervento mirato farmacologico e non (igiene del sonno, approccio cognitivo-comportamentale).

È anzitutto fondamentale comprendere se l'insonnia è conseguente a particolari situazioni personali o ambientali, o semplicemente a una scorretta igiene del sonno, o

se invece rappresenti la “spia” di patologie in atto, che richiedono un intervento specifico causale, dunque mirato al problema di base.

La cosiddetta igiene del sonno, che si realizza attraverso l'adozione di comportamenti che hanno lo scopo di favorire un buon riposo notturno, già consente di migliorare la qualità del sonno e di mantenerla nel tempo, rappresentando la strategia primaria per combattere l'insonnia. Ma quando tali misure non risultano sufficienti, a fronte del protrarsi del problema e delle conseguenze invalidanti, si rende necessario il ricorso a terapie farmacologiche che avranno come principali obiettivi il miglioramento della qualità e quantità di sonno e la prevenzione di un'eventuale cronicizzazione del disturbo.

La presenza di disturbi del sonno deve essere sempre indagata e trattata in presenza di altre patologie internistiche o psichiatriche, poiché ne influenza sensibilmente la prognosi.

In particolare, una diagnosi differenziale, per quanto complessa, è particolarmente importante laddove i disturbi del sonno coesistano con disturbi della sfera psichica che possono rappresentarne la causa o l'effetto sino a creare un circolo vizioso con gravi conseguenze sulla qualità di vita.

Con particolare accuratezza dovranno essere valutate le pazienti in climaterio e menopausa per ricercare l'eventuale presenza di disturbi del sonno che rappresentano un noto fattore di rischio per la depressione.

Risulta importante valorizzare il ruolo del medico di medicina generale nella ricerca e nell'inquadramento diagnostico del disturbo, nella selezione dei pazienti che necessitano di una presa in carico da parte dello specialista psichiatra (o eventualmente afferente ad altro ambito nel caso si comorbilità internistiche) nonché nel monitoraggio nel lungo periodo.

Particolare attenzione meritano gli aspetti relativi alla comunicazione sulle soluzioni terapeutiche farmacologiche che incutono molti timori, soprattutto relativamente ai potenziali effetti collaterali, primo fra tutti la dipendenza: la partecipazione attiva e consapevole del paziente al processo di cura garantisce l'aderenza al trattamento e dunque la sua efficacia.

Auspicabile rimane una maggiore collaborazione tra medico di medicina generale, specialista e farmacista al fine di dare un messaggio univoco e direttive precise per il trattamento dei disturbi del sonno.

Conflitti di interessi

Il prof. Claudio Mencacci ha ricevuto grant di ricerca e/o è stato consulente e/o relatore in simposi sponsorizzati da Lundbeck, Lilly, Pfizer, Angelini, Valeas, Italfarmaco, AstraZeneca, Takeda, Medipharma, DOC generici, Stroeder, Servier, Shire, Chiesi, Janssen. La dott.ssa Ullo Angelida dichiara di aver ricevuto, per l'anno

2010-2011, grant di ricerca dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna O.N.Da in merito allo studio sui disturbi del sonno, per realizzare l'elaborazione e l'analisi di dati, di un'indagine nazionale multicentrica, sui fattori critici nella valutazione diagnostica dei disturbi del sonno nelle donne e identificare specifici interventi terapeutici.

La dott.ssa Francesca Merzagora non ha ricevuto alcun grant.

La dott.ssa Nicoletta Orthmann non ha ricevuto alcun grant.

Il prof. Eugenio Aguglia è stato consulente e/o relatore in simposi sponsorizzati da Valeas, Lundbeck, Otsuka, Pfizer.

Bibliografia

- 1 Corradetti R, Samani F, Ciancio A, et al. *I disturbi del sonno: dall'insonnia sintomo all'insonnia sindrome*. Rivista SIMG 2009;(Suppl. 1).
- 2 Guidozzi F. *Sleep and sleep disorders in menopausal women*. Climacteric 2013;16:214-9.
- 3 Nowakowski S, Meliska CJ, Martinez LF, et al. *Sleep and menopause*. Curr Neurol Neurosci Rep 2009;9:165-72.
- 4 Hirschman Miller E. *Women and Insomnia*. Clin Cornerstone 2004;6(Suppl 1B):S8-18.
- 5 Freedmann R, Roehrs TA. *Lack of sleep disturbance from menopausal hot flashes*. Fertil Steril 2004;86:138-44.
- 6 National Institutes of Health. *National Institutes of Health State-of-the-Science Conference statement: management of menopause-related symptoms*. Ann Intern Med 2005;142:1003-13.
- 7 Ohayon MM. *Severe hot flashes are associated with chronic insomnia*. Arch Intern Med 2006;166:1262-8.
- 8 Phillips BA, Collop NA, Drake C, et al. *Sleep disorders and medical conditions in women*. J Womens Health 2008;17:1191-9.
- 9 Eichling PS, Sahni J. *Menopause related sleep disorders*. J Clin Sleep Med 2007;1:291-300.
- 10 Parry BL, Martínez LF, Maurer EL, et al. *Sleep, rhythms and women's mood. Part I. Menstrual cycle, pregnancy and postpartum*. Sleep Med Rev 2006;10:129-44.
- 11 Parry BL, Martínez LF, Maurer EL, et al. *Sleep, rhythms and women's mood. Part II Menopause*. Sleep Med Rev 2006;10:197-208.
- 12 Baker FC, Driver HS. *Circadian rhythms, sleep and the menstrual cycle*. Sleep Med 2007;8:613-22.
- 13 Graziottin A. *Disturbi del sonno e salute della donna*. Rivista SIMG 2009;(Suppl. 1).
- 14 Ford DE, Kamerow DB. *Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention?* JAMA 1989;262:1479-84.
- 15 Breslau N, Roth T, Rosenthal L, et al. *Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young Adults*. Biol Psychiatry 1996;6:411-8.
- 16 Buysse DJ, Angst J, Gamma A. *Prevalence, course, and comorbidity of insomnia and depression in young adults*. Sleep 2008;31:473-80.

- 17 Soehner AM, Harvey AG. *Prevalence and functional consequences of severe insomnia symptoms in mood and anxiety disorders: results from a nationally representative sample.* *Sleep* 2012;35:1367-75.
- 18 Check-list diagnostico-clinica elaborata dal Board Scientifico composto da Aguglia E, Biggio G, Caputi AP, Cricelli C, Graziottin A, Guazzelli M, Mencacci C, Samani F, Ventriglia G.
- 19 Kitzinger J. *Qualitative research: introducing focus groups.* *BMJ* 1995;311:299-302.
- 20 Wong LP. *Focus group discussion: a tool for health and medical research.* *Singapore Med J* 2008;49:256-60.
- 21 Guerra P, Soto A, Carcas AJ, et al. *Comparison of lormetazepam solution and capsules in healthy volunteers: early exposure and drug pharmacokinetics.* *Clin Drug Investigation* 2002;22:859-66.
- 22 Ancolio C, Tardieu S, Soubrouillard C, et al. *A randomized clinical trial comparing doses and efficacy of lormetazepam tablets or oral solution for insomnia in a general practice setting.* *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2004;19:129-34.
- 23 Tsuno N, Besset A, Ritchie K. *Sleep and depression.* *J Clin Psychiatry* 2005;66:1254-69.
- 24 Ohayon MM, Roth T. *Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders.* *J Psychiatr Res* 2003;37:9-15.
- 25 Perlis ML, Smith LJ, Lyness JM, et al. *Insomnia as a risk factor for onset of depression in the elderly.* *Behav Sleep Med* 2006;4:104-13.
- 26 Franzen PL, Buysse DJ. *Sleep disturbances and depression: risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications.* *Dialogues Clin Neurosci* 2008;10:473-81.
- 27 Van Hecke O, Torrance N, Smith BH. *Chronic pain epidemiology and its clinical relevance.* *Br J Anaesth* 2013;111:13-8.
- 28 Breivik H, Collett B, Ventafridda V, et al. *Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment.* *Eur J Pain* 2006;10:287-333.
- 29 Sands-Lincoln M, Loucks EB, Lu B, et al. *Sleep Duration, Insomnia, and Coronary Heart Disease Among Postmenopausal Women in the Women's Health Initiative.* *J Women's Health* 2013;22:477-86.
- 30 Suarez EC. *Self-reported symptoms of sleep disturbance and inflammation, coagulation, insulin resistance and psychosocial distress: Evidence for gender disparity.* *Brain, Behavior and Immunity* 2008;22:960-8.
- 31 Newmann AB, Spiekerman CF, Enright P, et al. *Daytime sleepiness predicts mortality and cardiovascular disease in older adults. The cardiovascular health study research group.* *J Am Geriatr Soc* 2000;48:115-23.
- 32 Cappuccio FP, Stranges S, Kandala NB, et al. *Gender-specific associations of short sleep duration with prevalent and incident hypertension. The Whitehall II Study.* *Hypertension* 2007;50:693-700.