



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

DISTURBI DEL SONNO NEGLI ANZIANI: I TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI PER RIDURRE USO E SOMMINISTRAZIONE DI BENZODIAZEPINE

Relatore: Dott.ssa Sbardellotto Luana

Laureanda: Geronazzo Lisa

(matricola n.: 1196793)

Anno Accademico 2020-2021

ABSTRACT

Introduzione: L'insonnia è un problema comune tra gli anziani e spesso viene trattata con farmaci benzodiazepinici. Questi farmaci non sono più raccomandati dalle linee guida a causa dei rischi legati alla loro assunzione e inoltre sono raccomandati per il solo trattamento a breve termine.

Sono molte le terapie non farmacologiche disponibili per trattare i disturbi del sonno come ad esempio la terapia cognitivo-comportamentale, l'educazione all'igiene del sonno, la terapia del controllo dello stimolo, la terapia di restrizione del sonno, ma anche solo svolgere dell'attività fisica regolare o mettere in atto delle tecniche di rilassamento possono aiutare a favorire un sonno migliore e ristoratore oltre ad avere una migliore funzionalità quotidiana e una migliore qualità di vita.

Materiali e metodi: questa revisione della letteratura è stata svolta utilizzando le banche dati PubMed e Cinahl prendendo in considerazione articoli scientifici pubblicati negli ultimi dieci anni. Dopo un'attenta lettura critica degli studi, sono stati analizzati 19 articoli. La popolazione esaminata comprende anziani residenti nelle case di cura con più di 65 anni di età.

Risultati: Gli studi analizzati mettono in risalto l'importanza di attuare dei trattamenti non farmacologici prima di prescrivere farmaci benzodiazepinici. Allo stesso tempo però è difficile trovare articoli scientifici specifici su come diminuire l'uso e la somministrazione di benzodiazepine, in quanto le fonti spesso sono vaghe.

Discussione e conclusione: Gli interventi non farmacologici dovrebbero essere i trattamenti di prima linea per risolvere i disturbi del sonno. Le benzodiazepine dovrebbero essere utilizzate nella minor dose possibile e per il più breve periodo di tempo possibile in aggiunta ai trattamenti non farmacologici, quando questi da soli non hanno alcun beneficio. Mettere in atto interventi non farmacologici risulta essere difficile per medici e infermieri e a volte questi ultimi non sono nemmeno adeguatamente formati ad educare i pazienti alle altre terapie alternative possibili.

Key words: elderly, sleep disorders, dyssomnias, sleep, benzodiazepines, complementary therapies, alternative treatment.

Parole chiave: anziani, disturbi del sonno, insonnia, sonno, benzodiazepine, terapie complementari, trattamento alternativo.

INDICE

INTRODUZIONE.....pag. 3

CAPITOLO 1: I DISTURBI DEL SONNO

1.1 Definizione e classificazione dei disturbi del sonno.....pag. 5

1.2 Scale di valutazione per i disturbi del sonno.....pag. 6

1.3 Valutazione e diagnosi dei disturbi del sonno.....pag. 7

1.4 Fattori di rischio per i disturbi del sonno.....pag. 9

CAPITOLO 2: TRATTAMENTO FARMACOLOGICO CON BENZODIAZEPINE PER I DISTURBI DEL SONNO

2.1 Definizione di Benzodiazepine.....pag. 11

2.2 Uso ed effetti delle Benzodiazepine.....pag. 11

CAPITOLO 3: TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI PER RIDURRE L'USO DI BENZODIAZEPINE

3.1 Tipologie di trattamenti non farmacologici.....pag. 13

CAPITOLO 4: MATERIALI E METODI

4.1 Quesito di ricerca.....pag. 19

4.2 Parole chiave.....pag. 19

4.3 Fonti dei dati.....pag. 20

4.4 Criteri di selezione del materiale.....pag. 20

CAPITOLO 5: RISULTATI DELLA RICERCA

5.1 Risultati degli studi selezionati.....pag. 21

CAPITOLO 6: DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

6.1 Discussione e conclusione.....pag. 25

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

INTRODUZIONE

Spesso gli infermieri nelle cartelle cliniche riportano il modello del sonno in modo generale scrivendo ad esempio “ha riposato” oppure “ha riposato a tratti” o ancora “agitato durante la notte” e così via, senza tener conto di tutte le condizioni che caratterizzano il sonno. Vengono tralasciati gli aspetti della durata, della profondità, della qualità soggettiva del sonno riferita dal paziente, tutti elementi che dovrebbero essere considerati per garantire un buon riposo. I disturbi del sonno peggiorano la qualità della salute e della vita delle persone che ne soffrono. Sono molti, soprattutto gli anziani, ad avere questo tipo di problema e la maggior parte delle volte vengono trattati con farmaci benzodiazepinici, i quali hanno molte controindicazioni.

In questa revisione della letteratura vengono presi in considerazione i trattamenti non farmacologici per ridurre l'uso e la somministrazione di farmaci benzodiazepinici negli anziani che soffrono di disturbi del sonno. Lo studio è suddiviso in sei capitoli. Il primo capitolo tratterà i disturbi del sonno in generale nel quale sarà messa in evidenza la definizione, la classificazione, la diagnosi e i fattori di rischio per i disturbi del sonno. Il secondo capitolo descriverà i farmaci benzodiazepinici e le relative complicanze. Mentre il terzo capitolo raccoglierà i possibili trattamenti non farmacologici per diminuire l'uso delle benzodiazepine negli anziani che soffrono di disturbi del sonno. Nel quarto capitolo verranno presentati i materiali e i metodi, ovvero saranno elencate le parole chiave, il quesito di ricerca, le fonti dei dati e i criteri di inclusione ed esclusione utilizzati per la ricerca. Il quinto capitolo illustrerà i risultati degli studi selezionati che saranno analizzati in miglior modo nel sesto ed ultimo capitolo che tratterà la discussione e le conclusioni finali dello studio.

CAPITOLO 1 - I DISTURBI DEL SONNO

1.1 Definizione e classificazione dei disturbi del sonno

Il sonno cambia con l'invecchiamento. Uno dei disturbi del sonno più comuni nella popolazione anziana è l'insonnia. (1,2)

L'insonnia è ampiamente definita come l'insoddisfazione per il sonno sia qualitativamente che quantitativamente. Questo di solito è associato a uno o più dei seguenti sintomi: difficoltà ad iniziare il sonno, difficoltà a mantenere il sonno caratterizzata da frequenti risvegli e risveglio mattutino con incapacità di tornare a dormire. (3,4) Ben il 50% degli anziani lamenta difficoltà nell'iniziare o mantenere il sonno (3,5); tuttavia, questo non significa che sia una parte normale dell'invecchiamento. (1) Il riconoscimento dell'insonnia è particolarmente importante negli anziani a causa dell'aumento correlato all'età delle condizioni mediche in comorbilità e dell'uso di farmaci, nonché dei cambiamenti legati all'età nella struttura del sonno, che riducono il tempo del sonno e compromettono la qualità del sonno. (6,7)

L'identificazione e il trattamento dei disturbi del sonno sono importanti per il benessere fisico e mentale. (8) L'insonnia provoca maggiore stanchezza, cambiamenti di umore, scarsa cognizione, sonnolenza diurna, compromissione del funzionamento, una qualità di vita peggiore e un maggiore utilizzo dell'assistenza sanitaria. (2,4,9) L'insonnia se non trattata è associata ad un aumento del rischio di sviluppare malattia mentale, depressione, ansia, tendenze suicide, ipertensione, infarto del miocardio, obesità, osteoporosi, artrite, malattie respiratorie, diabete, sindrome metabolica, cancro (es. alla prostata) e deterioramento cognitivo. (2-4,7,8,10)

Fanno parte dei disturbi primari del sonno:

- Disturbo del comportamento del sonno con movimento rapido degli occhi: è una parasonnia che si verifica durante il sonno REM ed è caratterizzata da un comportamento che mette in scena il sogno, che è l'agire del contenuto del sogno, inclusi parlare, urlare, prendere a pugni e calci (6)

- **Sindrome delle gambe agitate o senza riposo:** è caratterizzata da una sensazione anormale, di formicolio, solletico ed irrequietezza alle gambe che si verifica durante il riposo ed è alleviato dal movimento, ma tutto ciò può causare problemi di inizio del sonno e/o di mantenimento del sonno. È anche conosciuta come malattia di Willis-Ekbom. (6,9) I criteri diagnostici comprendono quattro caratteristiche essenziali: bisogno di muovere le gambe; i sintomi (la voglia di muovere le gambe e le eventuali sensazioni spiacevoli di accompagnamento) iniziano o peggiorano durante i periodi di inattività; i sintomi sono parzialmente o totalmente alleviati dal movimento e infine i sintomi si manifestano solo di sera o di notte o peggiorano durante questi periodi. (6)

- **sindrome delle apnee notturne**

1.2 Scale di valutazione per i disturbi del sonno

Le misure soggettive che possono essere utilizzate per valutare il sonno includono questionari sul sonno, come il Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) o l'Insomnia Severity Index (ISI) e i diari del sonno.

Il PSQI è uno strumento di 19 voci che valuta la qualità del sonno e i disturbi in un intervallo di 1 mese. I punteggi possono variare da 0 a 21 con un punteggio di 5 o più che suggerisce una scarsa qualità del sonno.

L'ISI è un questionario di 7 voci che valuta i sintomi notturni e l'impatto dell'insonnia nel mese precedente. I punteggi vanno da 0 a 28, con valori >14 indicativi di insonnia da moderata a grave. (1,3,9)

I diari del sonno consentono di tenere traccia dei modelli di sonno/veglia di un individuo. Acquisiscono informazioni come l'ora di coricarsi, il tempo per addormentarsi, il numero e la durata dei risvegli notturni, l'ora della sveglia, l'ora di alzarsi dal letto e l'ora e la durata dei sonnellini o dei sonnellini diurni. I diari del sonno possono anche includere domande sulla qualità del sonno e sui tipi e quantità di farmaci, caffeina e alcol consumati. I diari del sonno completati per circa due settimane consentono il riconoscimento dei modelli e della variabilità del sonno. (1,9)

1.3 Valutazione e diagnosi dei disturbi del sonno

Per la diagnosi di insonnia vengono presi in considerazione dei parametri descritti nella Classificazione Internazionale dei Disturbi del Sonno (ICSD-3) e nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5).

I criteri che devono essere soddisfatti per la diagnosi di insonnia secondo l'ICSD-3 sono:

- a) Il paziente riferisce, o il genitore o il caregiver del paziente osserva, uno o più dei seguenti:
 - Difficoltà ad iniziare il sonno
 - Difficoltà a mantenere il sonno
 - Svegliarsi prima del previsto
 - Resistenza ad andare a letto con orari adeguati
 - Difficoltà a dormire senza l'intervento dei genitori o del caregiver
- b) Il paziente riferisce, o il genitore o il caregiver del paziente osserva, uno o più dei seguenti correlati alla difficoltà del sonno notturno:
 - Stanchezza/malessere
 - Attenzione, concentrazione o compromissione della memoria
 - Performance sociale, familiare, lavorativa o scolastica ridotta
 - Disturbi dell'umore/irritabilità
 - Sonnolenza diurna
 - Problemi comportamentali (es. iperattività, impulsività, aggressività)
 - Ridotta motivazione/energia/iniziativa
 - Propensione a errori/incidenti
 - Preoccupazioni o insoddisfazione per il sonno
- c) I disturbi di sonno/veglia segnalati non possono essere spiegati semplicemente da opportunità inadeguate (cioè è assegnato abbastanza tempo per dormire) o circostanze inadeguate (cioè l'ambiente è sicuro, buio, tranquillo e confortevole) per dormire.
- d) Il disturbo del sonno e i sintomi diurni associati si verificano almeno tre volte a settimana

- e) Il disturbo del sonno e i sintomi diurni associati sono presenti da almeno 3 mesi
- f) La difficoltà di sonno/veglia non è spiegata più chiaramente da un altro disturbo del sonno. (1,4,6,9)

Mentre i criteri diagnostici per l'insonnia descritti dal DSM-5 sono:

- a) Una denuncia predominante di insoddisfazione per la quantità o la qualità del sonno, associata a uno (o più) dei seguenti sintomi:
 - Difficoltà ad iniziare il sonno
 - Difficoltà a mantenere il sonno, caratterizzata da frequenti risvegli o difficoltà a riprendere sonno dopo i risvegli
 - Risveglio mattutino con incapacità di tornare a dormire
- b) Il disturbo del sonno provoca disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo, educativo, accademico, comportamentale o di altre aree importanti.
- c) La difficoltà del sonno si verifica almeno 3 notti a settimana.
- d) La difficoltà del sonno è presente da almeno 3 mesi.
- e) La difficoltà del sonno si verifica nonostante un'adeguata opportunità di dormire.
- f) L'insonnia non è meglio spiegata e non si manifesta esclusivamente durante il decorso di un altro disturbo del sonno-veglia (p. es., narcolessia, un disturbo del sonno correlato alla respirazione, un disturbo del ritmo circadiano del sonno-veglia, una parasonnia).
- g) L'insonnia non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (es. una droga d'abuso, un farmaco).
- h) I disturbi mentali e le condizioni mediche coesistenti non spiegano adeguatamente il disturbo predominante dell'insonnia. (1,9)

La valutazione e la diagnosi dell'insonnia sono cliniche, basate su un'accurata storia clinica dei problemi del sonno e delle relative comorbidità ottenute dai pazienti, dai loro partner e/o dai caregiver. Utilizzando diari del sonno e questionari, è possibile ottenere una valutazione approfondita dell'insonnia. (3,4) Dovrebbero essere presi in considerazione gli aspetti temporali del sonno

(ora in cui un paziente va a letto, tentativi di dormire, ora di sveglia e ora di alzarsi dal letto); gli aspetti quantitativi (latenza di inizio del sonno, numero e durata dei risvegli, veglia dopo l'inizio del sonno, tempo di sonno totale); gli aspetti qualitativi (qualità soggettiva del sonno, soddisfazione); i fattori comportamentali, come l'uso di dispositivi elettronici prima di andare a letto; i fattori ambientali tra cui la temperatura della camera da letto, l'intensità della luce, il livello del suono; determinare l'uso di alcol, bevande contenenti caffeina, sigarette e qualsiasi altra sostanza che possa influire negativamente sulla qualità del sonno; la presenza di disturbi neurologici (ictus, emicrania), dolore cronico, disturbi endocrini (ipotiroidismo/ipertiroidismo), broncopneumopatia cronica ostruttiva, asma, reflusso gastroesofageo e insufficienza cardiaca congestizia che possono portare o peggiorare l'insonnia; e l'uso di farmaci dovrebbe essere rivisto, poiché sedativi, antidepressivi, antipertensivi, steroidi e antistaminici possono interferire con il sonno. (3)

Nella valutazione dell'insonnia, il medico può avvalersi dell'uso dell'attigrafia o actigrafia del polso, che monitora e memorizza i dati sui movimenti per un massimo di 28 giorni e può essere utilizzata per monitorare la risposta al trattamento, per lo screening di altri disturbi circadiani e per valutare la durata del sonno; oppure dell'uso della polisonnografia che non è consigliata per la valutazione dell'insonnia, ma contribuisce alla valutazione delle apnee notturne o delle parasonnie, (3,9) è inoltre lo strumento obiettivo per esaminare l'efficacia dei farmaci per il sonno. (11)

1.4 Fattori di rischio per i disturbi del sonno

È stato descritto un modello a tre fattori per comprendere l'eziologia e la persistenza dell'insonnia. Questo modello identifica i fattori predisponenti, precipitanti e perpetuanti che si combinano per aumentare la probabilità di insonnia: (3,4,6)

- Fattori predisponenti: includono caratteristiche demografiche, biologiche, psicologiche e sociali. Le donne, le persone divorziate, separate o vedove

hanno una probabilità maggiore di soffrire di insonnia. Livelli di istruzione o di reddito più bassi possono in alcuni casi contribuire all'insonnia, come anche il fumo, il consumo di alcol e la ridotta attività fisica sono altri fattori associati a tassi più elevati di insonnia negli anziani. (3,4)

- Fattori precipitanti: includono generalmente eventi della vita stressanti o condizioni mediche che possono disturbare il sonno. Gli anziani con sintomi respiratori, disabilità fisica, depressione, disturbo d'ansia generalizzato e condizioni di salute percepite da discrete a precarie sono maggiormente a rischio di insonnia. Farmaci come beta-bloccanti, glucocorticoidi, farmaci antinfiammatori non steroidei, decongestionanti e antiandrogeni possono essere uno dei fattori che contribuiscono all'insonnia. (3,4)

- Fattori perpetuanti: consistono spesso in cambiamenti comportamentali o cognitivi che sorgono a seguito di insonnia acuta. Come ad esempio passare troppo tempo a letto, sonnellini frequenti e condizionamento (aumento dell'ansia prima dell'inizio del sonno dovuto alla paura di trascorrere un'altra notte insonne). (3,4,6)

Ci sono inoltre altri molteplici fattori che aumentano il rischio per gli anziani di sviluppare insonnia. Includono fattori ambientali come ad esempio rumore eccessivo, temperature calde o fredde, luce durante il sonno, trasloco, istituzionalizzazione; fattori comportamentali e sociali come ad esempio orari del sonno irregolari, consumo di caffeina più tardi nel corso della giornata, alcol prima di coricarsi, ricoveri, nuovi problemi medici, pensionamento o cambiamento dello stile di vita, vedovanza, divorzio, morte di un familiare o di un amico, sonnecchiare; fattori medici come ad esempio l'uso di alcuni farmaci o alcune patologie mediche o psichiatriche; e il genere femminile. (1)

CAPITOLO 2 - TRATTAMENTO FARMACOLOGICO CON BENZODIAZEPINE PER I DISTURBI DEL SONNO

2.1 Definizione di Benzodiazepine

Le benzodiazepine (BZD) sono un gruppo di farmaci psicoattivi ad azione sedativa, ipnotica, ansiolitica, anticonvulsivante, miorilassante e amnesica. (12) Agiscono legandosi ad uno specifico recettore dell'acido gamma-aminobutirrico (GABA) potenziandone l'effetto ipnotico e inibitorio. (3,6,7) Tra le più comuni abbiamo il diazepam, delorazepam, bromazepam, clonazepam, alprazolam, lorazepam, triazolam e midazolam.

2.2 Uso ed effetti delle Benzodiazepine

Le benzodiazepine sono principalmente indicate per il trattamento a breve termine dell'insonnia e dell'ansia (11,13) e, nonostante alterino l'architettura del sonno sopprimendo le fasi del sonno profondo, vengono avviate a causa della loro capacità di ridurre il tempo per addormentarsi e di aumentare la durata totale del sonno. (3,11) Le benzodiazepine non sono più raccomandate per il trattamento dell'insonnia negli anziani e sono considerate inappropriate. (14) In uno studio osservazionale condotto da Bourgeois et al sull'uso cronico di benzodiazepine nelle case di cura, è stato scoperto che l'insonnia era l'indicazione principale per l'uso cronico di questi farmaci ed era trattata a dosaggi più elevati, superando il limite superiore geriatrico, di quelli raccomandati negli anziani. (12)

L'uso a lungo termine delle benzodiazepine è sconsigliato nelle linee guida a causa della mancanza di efficacia dopo 4 settimane, dell'aumento del rischio di dipendenza e abuso e delle sindromi da astinenza. (1,11,12) Inoltre, è stato ipotizzato che l'uso a lungo termine potrebbe avere un effetto dannoso sulla cognizione e una potenziale accelerazione del deterioramento cognitivo causando deficit cognitivi a breve termine, in particolare nella memoria,

nell'apprendimento, nell'attenzione e nelle capacità visuospatiali, e sono anche associate allo sviluppo di deficit cognitivi duraturi e demenza. (6,12–14)

L'elevato utilizzo delle benzodiazepine negli anziani è particolarmente preoccupante, poiché le alterazioni farmacocinetiche e dinamiche legate all'età possono portare ad un aumento del rischio di amnesia, confusione, delirio, sedazione, incidenti automobilistici, compromissione dell'equilibrio, della stabilità in piedi e della deambulazione con conseguente rischio di caduta. (1,5,8,9,12–14) Infatti dallo studio condotto da Jiang et al è stato riscontrato che già solo l'insonnia è significativamente associata ad un aumento del rischio di cadute e con la somministrazione di benzodiazepine il rischio di cadute dannose con conseguenti fratture aumenta significativamente. (15)

Inoltre da un altro studio è risultato che gli anziani che assumevano BZD a lungo termine avevano una qualità del sonno inferiore rispetto ai non utilizzatori, più precisamente gli utilizzatori di BZD a lungo termine hanno segnalato maggiori difficoltà ad addormentarsi, una maggiore frequenza di risvegli durante la notte e una maggiore frequenza di non essere ben riposati al mattino. (11)

I prescrittori di BZD dovrebbero "iniziare pensando alla fine" e coinvolgere immediatamente i pazienti in una discussione sulla durata (breve) prevista del trattamento, in particolare se prescritto per l'insonnia. (16)

CAPITOLO 3 - TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI PER RIDURRE L'USO DI BENZODIAZEPINE

3.1 Tipologie di trattamenti non farmacologici

Il trattamento iniziale per l'insonnia negli anziani dovrebbe includere approcci non farmacologici. Sono disponibili diverse opzioni di trattamento. (9)

Educare le persone sui potenziali rischi dell'uso a lungo termine delle benzodiazepine è il primo passo più efficace per iniziare la riduzione. (1,13) I pazienti potrebbero non essere consapevoli dei rischi dell'uso cronico di benzodiazepine. Informarli sugli ultimi risultati della ricerca può suscitare il desiderio di diminuire l'assunzione di questi farmaci. (14) Una percezione errata comune tra i medici è che convincere un paziente ad iniziare la riduzione graduale delle benzodiazepine richiede troppo tempo ed è improbabile che abbia successo. (13) Inoltre i medici esitano a interrompere le benzodiazepine per paura di sintomi di astinenza o ricaduta. (14) Ma fornire semplicemente ai pazienti materiale educativo scritto con un piano di riduzione graduale, che non richiede tempo da parte del medico, è una delle strategie più efficaci per interrompere l'uso di benzodiazepine ed è più efficace almeno come primo passo rispetto al lungo colloquio motivazionale. (1,13,14)

Le opzioni di trattamento non farmacologico sono la prima scelta di trattamento preferita per i problemi del sonno negli anziani. (3,5,10) Le opzioni farmaceutiche dovrebbero essere prescritte dopo o in combinazione con un trattamento non farmaceutico più duraturo. (10)

Esistono varie opzioni di trattamento non farmacologico come il miglioramento dell'igiene del sonno, la terapia di controllo dello stimolo, la limitazione del sonno, l'allenamento al rilassamento e la terapia cognitivo comportamentale per l'insonnia (CBT-I) e altri disturbi del sonno negli anziani. (2,3,6) L'igiene del sonno e la CBT-I sono gli approcci più comunemente usati per trattare l'insonnia, (2,6,8,14) in cui la CBT-I viene solitamente avviata se la sola igiene del sonno non è efficace, (2) ma esistono anche altri tipi di interventi come

l'agopuntura, la digitopressione, la musicoterapia, la terapia con luce intensa, o lo yoga. (4,5)

L'educazione all'igiene del sonno comprende alcuni cambiamenti nello stile di vita come il controllo della dieta, l'esercizio fisico regolare svolto almeno sei ore prima di coricarsi e la riduzione dell'uso di stimolanti (es. nicotina e caffeina) e alcol, oltre al controllo di fattori ambientali come il rumore, la luce e la temperatura che possono disturbare il sonno. È consigliato evitare frequenti sonnellini diurni, esercizi a tarda sera e cene pesanti a tarda ora. Un regime di esercizio fisico regolare e un'adeguata esposizione alla luce durante il giorno si sono rivelati utili per l'insonnia negli anziani. (1,3,4,6,9)

La *terapia del controllo dello stimolo*: la teoria alla base del trattamento del controllo dello stimolo è un condizionamento disadattivo tra l'ambiente della camera da letto e l'ora di coricarsi con comportamenti incompatibili con il sonno. Questi comportamenti includono preoccuparsi, leggere, usare uno smartphone o guardare la TV mentre si è a letto. Il controllo dello stimolo mira a ridurre l'associazione tra questi comportamenti disadattivi che mantengono l'eccitazione durante l'ora di coricarsi e ad aumentare l'associazione tra il sonno e gli stimoli che promuovono il sonno. Ciò si ottiene limitando il tempo di veglia a letto, riducendo le attività che interferiscono con il sonno e mantenendo un programma sonno-veglia regolare. Le istruzioni ai pazienti per il controllo dello stimolo includono:

- 1) Sdraiarsi sul letto solo quando si sente assonnato
- 2) Evitare qualsiasi attività che ti tenga sveglio in camera da letto, diversa dal sesso
- 3) Dormire solo sul letto in camera da letto e non su altri posti come il divano
- 4) Lasciare la camera da letto subito dopo il risveglio
- 5) Mantenere fissa l'ora del risveglio
- 7) Alzarsi dal letto se non si riesce ad addormentarsi entro 20 minuti e tornare quando si ha sonno
- 8) Non fare sonnellini diurni. (1,3,4,6,9)

La *restrizione del sonno* si concentra sulla riduzione del tempo trascorso a letto al tempo effettivo di sonno, creando così privazione del sonno e conseguente aumento del sonno. (1,3,4,9,13) Prima di iniziare la terapia, viene mantenuto un registro del sonno per 2 settimane che fornisce una stima del tempo medio di sonno rispetto al tempo effettivo a letto, ovvero l'efficienza del sonno. (6,9,13)

Terapia e immagini di rilassamento: i pensieri possono essere dannosi per il sonno e l'ansia può causare insonnia durante l'inizio del sonno. L'allenamento di rilassamento, originariamente utilizzato per alleviare l'ansia, viene utilizzato per il trattamento dell'insonnia. (9) Viene eseguito per ridurre la tensione e i pensieri invadenti che interferiscono con la capacità di dormire. (1) Diverse tecniche sono state utilizzate nel trattamento dell'insonnia che include:

- 1) Rilassamento muscolare progressivo
- 2) Esercizi di respirazione profonda
- 3) Immagini guidate (le immagini piacevoli possono essere utilizzate insieme al rilassamento per migliorare il sonno). (1,3,9)

Gli individui devono praticare la tecnica scelta almeno due volte al giorno e potrebbero essere necessarie diverse settimane di pratica prima che l'abilità venga acquisita. (9)

La *terapia cognitivo comportamentale per l'insonnia* (CBT-I): è stata sviluppata specificamente per l'insonnia e consiste in sei-dieci sessioni con un terapeuta che si concentrano sui comportamenti disadattivi, sulle convinzioni cognitive e le idee sbagliate relative all'insonnia. (2-4,6,9,13) È un intervento multicomponente che coinvolge tecniche cognitive e comportamentali come la terapia di controllo dello stimolo, la terapia di restrizione del sonno, l'allenamento al rilassamento, la ristrutturazione cognitiva e l'educazione all'igiene del sonno. (1,4,8) Viene solitamente avviata se gli approcci comportamentali come il controllo dello stimolo e la limitazione del sonno e gli approcci educativi come l'igiene del sonno non sono efficaci. (2,3,9,13) È il trattamento standard di prima linea per la popolazione anziana (3-5) ed è considerata preferibile poiché si ritiene che abbia meno effetti collaterali. (5) Inoltre è stato rilevato che la terapia cognitivo-comportamentale è efficace

quanto i farmaci per il trattamento a breve termine dell'insonnia e gli effetti possono anche essere più duraturi dei farmaci. (1)

Nel campo della promozione del sonno, si raccomanda di riconsiderare i fattori legati allo stile di vita per migliorare la salute del sonno degli anziani. È stato riportato che fare una passeggiata e fare un leggero esercizio aiuta le persone anziane a mantenere e migliorare la salute del sonno. Pertanto, potrebbe essere possibile mantenere e promuovere la salute del sonno degli anziani con interventi incentrati sui ritmi del sonno e sui fattori dello stile di vita, come i livelli di attività e riposo, nella vita di tutti i giorni. (17)

L'attività fisica, svolta regolarmente, può favorire il rilassamento e il dispendio energetico in modo utile per iniziare e mantenere il sonno. (4,10) Pertanto, l'utilizzo dell'attività fisica come opzione di trattamento non farmaceutico per i problemi del sonno potrebbe costituire un mezzo economico, accessibile e semplice per migliorare il sonno negli anziani. (10) Si suggerisce l'allenamento della forza per addormentarsi più velocemente e svegliarsi meno frequentemente durante la notte e gli esercizi di yoga sono consigliati principalmente quando lo stress impedisce alle persone di addormentarsi. (2,4,10) Sessioni di allenamento di 10 minuti al giorno (come camminare, nuotare o andare in bicicletta) possono già migliorare i risultati del sonno. (10) Inoltre l'attività fisica favorisce una maggiore partecipazione sociale e si è visto che promuove un sonno migliore, livelli più bassi di tempo di veglia dopo l'inizio del sonno, meno periodi di veglia e una ridotta frammentazione del sonno. (2,10)

L'agopuntura è una tecnica tradizionale cinese in cui vengono stimolati punti specifici del corpo di solito inserendo aghi sottili attraverso la pelle. Si è dimostrato efficace nel migliorare i sintomi dell'insonnia negli anziani. (1)

Un altro intervento potrebbe essere la somministrazione di musica sedativa che fornisce profondo rilassamento e calma del corpo, oltre a migliorare la qualità del sonno. La musicoterapia è una strategia efficace, poco costosa, sicura e facilmente autosomministrabile e inoltre riduce la necessità o la dipendenza da sedativi o sonniferi negli anziani con disturbi del sonno. (18)

È stato scoperto inoltre che un massaggio con un bagno caldo alle mani ha degli effetti positivi sul sonno, sull'attività nervosa autonoma e sul rilassamento soggettivo. Questo intervento serale migliora l'efficienza del sonno, la qualità soggettiva del sonno e il rilassamento nelle donne anziane con disturbi del sonno. (17)

Mentre in un altro studio è stato dimostrato che l'uso dell'estratto di camomilla può migliorare significativamente la qualità del sonno tra le persone anziane. Data l'elevata prevalenza di disturbi del sonno tra gli anziani e gli effetti negativi dei farmaci ipnotici, l'estratto di camomilla può essere utilizzato come modalità sicura per favorire il sonno degli anziani. (19)

CAPITOLO 4 - MATERIALI E METODI

4.1 Quesito di ricerca

L'uso cronico di farmaci benzodiazepinici per trattare l'insonnia può provocare molti rischi soprattutto nelle persone anziane. Il quesito alla quale cerca di rispondere questa revisione della letteratura è: "Quali possono essere i possibili trattamenti non farmacologici per ridurre l'uso e la somministrazione di benzodiazepine negli anziani che soffrono di disturbi del sonno?"

Successivamente è stato formulato il seguente PICO:

- P (paziente/popolazione): anziani con disturbi del sonno residenti nelle case di cura (> 65 anni)
- I (interventi): trattamento farmacologico con benzodiazepine
- C (comparazione): trattamenti non farmacologici
- O: (outcome): riduzione dell'uso di benzodiazepine

4.2 Parole chiave

Le parole chiave utilizzate per rispondere al quesito sono:

- anziani
- disturbi del sonno
- insonnia
- sonno
- benzodiazepine
- terapie complementari
- trattamento alternativo

Key words: elderly, sleep disorders, dyssomnias, sleep, benzodiazepines, complementary therapies, alternative treatment.

4.3 Fonti dei dati

La seguente tesi è stata effettuata utilizzando Google come motore di ricerca. Sono state consultate le banche dati internazionali Pubmed e Cinahl attraverso la stringa di ricerca con parole libere e termini Mesh. Le parole chiave sono state combinate attraverso gli operatori booleani AND e OR.

4.4 Criteri di selezione del materiale

Criteri di inclusione:

- articoli pubblicati negli ultimi 10 anni (2011-2021)
- popolazione anziana con età > 65 anni
- articoli in lingua inglese o italiana
- articoli full text
- articoli disponibili gratuitamente dal servizio Proxy Docile
- ad ogni modo sono stati inclusi quattro articoli che includono una popolazione con età >60 anni perché ritenuti importanti dopo un'analisi critica

Criteri di esclusione:

- articoli pubblicati negli anni precedenti al 2011
- popolazione con età < 65 anni
- articoli non consultabili in full text
- articoli non pertinenti all'argomento trattato

CAPITOLO 5 - RISULTATI DELLA RICERCA

5.1 Risultati degli studi selezionati

Per la stesura di questa tesi sono stati inclusi 19 articoli, tra cui due studi di coorte (15,16), uno studio comparativo longitudinale (11), sette revisioni della letteratura (1–4,6,8,13), una prova incrociata (17), due studi trasversali (7,12), un case reports (14), uno studio randomizzato controllato (19), una linea guida (9) e tre revisioni sistematiche e meta-analisi (5,10,18).

Tutti gli studi sono stati condotti su popolazione anziana residente in case di cura con più di 65 anni di età.

Dagli studi selezionati è risultato che spesso le benzodiazepine vengono somministrate per un periodo a lungo termine anche se sono indicate per periodi brevi. Questi farmaci dovrebbero essere evitati soprattutto negli anziani in quanto possono causare dipendenza, sindromi di astinenza e molti altri rischi. Per ridurre la somministrazione di benzodiazepine nei disturbi del sonno negli anziani sarebbe efficace in primo luogo parlare con il paziente sui rischi che può provocare il farmaco e inoltre sarebbe utile iniziare un trattamento non farmacologico. Tra i più comuni ed efficaci abbiamo la terapia cognitivo-comportamentale, l'educazione all'igiene del sonno, la terapia di restrizione del sonno, la terapia del controllo dello stimolo e molte altre strategie che possono ridurre la somministrazione di benzodiazepine oltre a migliorare la qualità e quantità del sonno.

L'accoglienza di un anziano in casa di riposo è una fase di fondamentale importanza. Rappresenta l'incontro e la conoscenza tra la struttura e l'anziano con la sua famiglia e risulta essere un cambiamento estremamente delicato, che rivoluziona la loro quotidianità dal punto di vista sia organizzativo che psicologico-relazionale. Per l'anziano stesso, l'istituzionalizzazione, significa lasciare la propria famiglia, i propri affetti, le proprie abitudini e rappresenta un cambiamento radicale della propria esistenza. Tutta l'equipe deve essere pronta e preparata ad accogliere l'anziano nel modo più confortevole possibile.

Nonostante tutto le RSA si sforzano per far accordare i tempi ed i ritmi della persona\ospite con i tempi ed i ritmi imposti dalle esigenze organizzative, ovvero cercano di coniugare la complessità dell'organizzazione con la personalizzazione degli interventi rivolti ad ogni anziano.

Uno di rischi maggiori per l'insorgenza dei disturbi del sonno è sicuramente l'inserimento dell'anziano in una struttura residenziale sanitaria. I ritmi e tempi si trasformano, l'ambiente e la camera da letto cambiano, nuovi compagni di stanza, rumori e luci più intense possono disturbare il normale ciclo del sonno sfociando poi in un vero e proprio disturbo che peggiora la qualità di vita della persona che ne soffre.

Dopo l'accoglienza dell'ospite in struttura è utile raccogliere ed organizzare le informazioni sulle abitudini che aveva a domicilio. Per valutare lo stato di salute e le consuetudini della persona, l'infermiere si avvale degli 11 modelli funzionali di Gordon che vanno ad analizzare il modello di percezione e gestione della salute, il modello nutrizionale-metabolico, il modello di eliminazione, il modello di attività-esercizio fisico, il modello sonno-riposo, il modello cognitivo-percettivo, il modello di percezione e concetto di sé, il modello di coping-tolleranza allo stress, il modello di sessualità-riproduzione, il modello ruolo e relazioni e infine il modello valori e convinzioni.

Per quanto riguarda il modello sonno-riposo, l'infermiere raccoglierà dati e informazioni attraverso l'osservazione, la somministrazione della scala di autovalutazione del sonno PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index) oppure ISI (Insomnia Severity Index) e attraverso l'intervista ponendo domande generali sulla qualità e quantità del sonno (es. Quante ore dorme a notte? Ha l'abitudine di fare un sonnellino nel pomeriggio? Ha difficoltà ad addormentarsi? Si sente riposato al risveglio? Ha risvegli frequenti durante la notte? Ha risvegli precoci il mattino? Utilizza farmaci o altri prodotti/tecniche per favorire il sonno? Come si sente durante il giorno: riposato e pieno di energia o stanco? Ha difficoltà a rimanere concentrato? Ha degli orari tipici per andare a dormire?) e di approfondimento sui comportamenti per gestire il sonno, sull'uso di sostanze o farmaci e sullo stile di vita (es. Com'era l'ambiente in cui dormiva prima? Quali attività svolgeva prima di andare a dormire? Assumeva alcol, caffeina,

tabacco o altri tipi di sostanze eccitanti che possono influenzare il sonno? Ha altri disturbi medici?). per avere un quadro generale completo sul sonno sarebbe utile richiedere al paziente di rilevare personalmente ogni giorno per almeno due settimane i dati sul proprio ciclo sonno-veglia attraverso la compilazione del diario del sonno. Questo strumento sarà utile non solo per l'infermiere, ma anche per tutta l'equipe sanitaria.

Dopo un'attenta valutazione e analisi critica dei dati raccolti l'infermiere formula una diagnosi infermieristica. Attraverso la classificazione NANDA, l'infermiere può fare diagnosi di "insonnia" definita come un'interruzione della quantità e qualità del sonno che compromette il funzionamento. Le diagnosi infermieristiche forniscono la base per la selezione degli interventi il cui esito è responsabilità dell'infermiere. Nel caso in cui i dati riportati nel diario del sonno risultino poco esaustivi e poco convincenti, è possibile provvedere all'aggiunta di una valutazione strumentale obiettiva del sonno svolta dal medico tramite l'attigrafia o la polisonnografia.

Dopo l'analisi complessiva dei dati raccolti e la formulazione della diagnosi di insonnia, l'infermiere pianifica un piano di intervento per evitare la somministrazione di benzodiazepine:

- fornire i trattamenti necessari prima delle 22 e dopo le 6, quando possibile;
- chiudere la porta della stanza;
- tirare le tende e/o abbassare le tapparelle;
- spegnere o ridurre la luminosità delle luci in corridoio dopo le 22 e fino alle 6;
- evitare di lasciare la suoneria ai telefonini dei pazienti durante la notte;
- evitare l'assunzione di diuretici la sera;
- evitare cene abbondanti;
- limitare i liquidi serali/notturni;
- mantenere un programma giornaliero regolare di attività (routine);
- svolgere attività fisica, ma non a tarda sera o prima di coricarsi;
- cominciare a rilassarsi un'ora prima di andare a dormire;
- favorire il comfort (luci basse in stanza, evitare rumori bruschi per quanto possibile, mantenere una temperatura dell'ambiente confortevole);
- alzarsi ogni mattina alla stessa ora;

- fornire luci notturne in stanza;
- evitare di guardare schermi e tv prima di coricarsi;
- evitare procedure non necessarie durante il periodo di sonno;
- svolgere un programma di attività diurno in collaborazione con gli altri professionisti sanitari (fisioterapista, educatore, psicologo);
- evitare sonnellini pomeridiani troppo lunghi (non più di 90 minuti);
- favorire durante il giorno la comunicazione e socializzazione con gli altri ospiti;
- utilizzare erbe (es. camomilla) per favorire il sonno se non controindicato;
- evitare alcol, caffeina, tabacco e altre sostanze eccitanti almeno 4 ore prima di andare a dormire;
- ascoltare musica rilassante/sedativa;
- spiegare all'ospite i rischi legati all'uso di farmaci sedativo-ipnotici (es. benzodiazepine);
- richiedere all'ospite di compilare il diario del sonno per almeno un mese.

Inoltre lo psicologo può integrare gli interventi di igiene del sonno con la terapia cognitivo-comportamentale.

In ogni caso gli interventi vanno adeguati in base alle caratteristiche ed esigenze di ogni persona oltre ai fattori legati ai ritmi e tempi della struttura residenziale.

Il raggiungimento dei risultati sarà da valutare diversamente per ogni individuo, ma per vedere i primi miglioramenti saranno necessarie strategie assistenziali a medio-lungo termine e dopo almeno un mese si potrà notare un miglioramento della qualità del sonno fino a trovare un equilibrio ottimale tra riposo e veglia.

CAPITOLO 6 - DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

6.1 Discussione e conclusione

Il seguente studio ha evidenziato l'importanza che il sonno può avere negli anziani nella vita di tutti i giorni. I disturbi del sonno sono molto frequenti negli anziani e possono causare stanchezza, cambiamenti di umore, sonnolenza diurna, una qualità di vita peggiore, rischio di sviluppare malattia mentale, depressione, ansia, tendenze suicide, ipertensione, infarto del miocardio, obesità, osteoporosi, artrite, malattie respiratorie, diabete, cancro, deterioramento cognitivo e così via. Spesso i medici prescrivono benzodiazepine per il trattamento dell'insonnia, ma questi farmaci hanno moltissimi effetti avversi e dalle recenti linee guida si evince che sono indicate per il solo trattamento a breve termine dei disturbi del sonno, in quanto se utilizzate a lungo termine possono provocare dipendenza e aumentare i rischi ad esse correlate.

Il trattamento non farmacologico dovrebbe essere il trattamento di prima scelta per i disturbi del sonno. Prima di prescrivere farmaci benzodiazepinici dovrebbe essere stabilita la causa dell'insonnia e i fattori sottostanti dovrebbero essere trattati.

Stabilire una buona igiene del sonno e/o attuare la terapia cognitivo-comportamentale sono la prima scelta nel trattamento dei disturbi del sonno. Nel caso in cui i soli trattamenti non farmacologici non abbiano effetto, è possibile implementare la terapia farmacologica. I medici che prescrivono benzodiazepine dovrebbero iniziare il trattamento coinvolgendo fin da subito i pazienti sulla breve durata della terapia e sui rischi ad essa connessa. Spesso però i medici evitano i trattamenti non farmacologici perché richiedono un maggior dispendio di tempo rispetto alla semplice prescrizione di un farmaco. In aggiunta sarebbe utile migliorare l'accesso e l'istruzione di tutta l'equipe sanitaria ai vari trattamenti non farmacologici per avere terapie alternative da offrire.

È noto che gli anziani necessitano di una riduzione della dose di benzodiazepine, ma è difficile trovare informazioni specifiche su tale diminuzione in quanto le fonti spesso sono vaghe.

BIBLIOGRAFIA

1. Brewster GS, Riegel B, Gehrman PR. Insomnia in the Older Adult. *Sleep Med Clin.* marzo 2018;13(1):13–9.
2. Varrasse M, Li J, Gooneratne N. Exercise and Sleep in Community-Dwelling Older Adults. *Curr Sleep Med Rep.* 2015;1(4):232–40.
3. Patel D, Steinberg J, Patel P. Insomnia in the Elderly: A Review. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med.* 15 giugno 2018;14(6):1017–24.
4. Maness DL, Khan M. Nonpharmacologic Management of Chronic Insomnia. *Am Fam Physician.* 15 dicembre 2015;92(12):1058–64.
5. Samara MT, Huhn M, Chiocchia V, Schneider-Thoma J, Wiegand M, Salanti G, et al. Efficacy, acceptability, and tolerability of all available treatments for insomnia in the elderly: a systematic review and network meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* luglio 2020;142(1):6–17.
6. Suzuki K, Miyamoto M, Hirata K. Sleep disorders in the elderly: Diagnosis and management. *J Gen Fam Med.* aprile 2017;18(2):61–71.
7. Chen L, Bell JS, Visvanathan R, Hilmer SN, Emery T, Robson L, et al. The association between benzodiazepine use and sleep quality in residential aged care facilities: a cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 26 novembre 2016;16(1):196.
8. Reynolds AC, Adams RJ. Treatment of sleep disturbance in older adults. *J Pharm Pract Res.* giugno 2019;49(3):296–304.
9. Praharaj SK, Gupta R, Gaur N. Clinical Practice Guideline on Management of Sleep Disorders in the Elderly. *Indian J Psychiatry.* febbraio 2018;60(Suppl 3):S383–96.
10. Vanderlinden J, Boen F, van Uffelen JGZ. Effects of physical activity programs on sleep outcomes in older adults: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 5 febbraio 2020;17(1):11.
11. Bourgeois J, Elseviers MM, Van Bortel L, Petrovic M, Vander Stichele RH. Sleep quality of benzodiazepine users in nursing homes: a comparative study with nonusers. *Sleep Med.* luglio 2013;14(7):614–21.
12. Bourgeois J, Elseviers MM, Azermai M, Van Bortel L, Petrovic M, Vander Stichele RR. Benzodiazepine use in Belgian nursing homes: a closer look into indications and dosages. *Eur J Clin Pharmacol.* maggio 2012;68(5):833–44.

13. Markota M, Rummans TA, Bostwick JM, Lapid MI. Benzodiazepine Use in Older Adults: Dangers, Management, and Alternative Therapies. *Mayo Clin Proc.* novembre 2016;91(11):1632–9.
14. Tannenbaum C. Inappropriate benzodiazepine use in elderly patients and its reduction. *J Psychiatry Neurosci JPN.* maggio 2015;40(3):E27-28.
15. Jiang Y, Xia Q, Wang J, Zhou P, Jiang S, Diwan VK, et al. Insomnia, Benzodiazepine Use, and Falls among Residents in Long-term Care Facilities. *Int J Environ Res Public Health.* 21 novembre 2019;16(23):E4623.
16. Gerlach LB, Maust DT, Leong SH, Mavandadi S, Oslin DW. Factors Associated With Long-term Benzodiazepine Use Among Older Adults. *JAMA Intern Med.* 1 novembre 2018;178(11):1560–2.
17. Kudo Y, Sasaki M. Effect of a hand massage with a warm hand bath on sleep and relaxation in elderly women with disturbance of sleep: A crossover trial. *Jpn J Nurs Sci JJNS.* luglio 2020;17(3):e12327.
18. Chen C-T, Tung H-H, Fang C-J, Wang J-L, Ko N-Y, Chang Y-J, et al. Effect of music therapy on improving sleep quality in older adults: A systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc.* luglio 2021;69(7):1925–32.
19. Adib-Hajbaghery M, Mousavi SN. The effects of chamomile extract on sleep quality among elderly people: A clinical trial. *Complement Ther Med.* dicembre 2017;35:109–14.

ALLEGATI

SCALA DI PITTSBURGH PER LA VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DEL SONNO

COGNOME _____ NOME _____ DATA _____

Le seguenti domande si riferiscono alle abitudini di sonno della persona durante l'ultimo mese . Si dovrà indicare la risposta che si riferisce alla maggior parte dei giorni delle notti dell'ultimo mese.				
Durante l'ultimo mese				
1 – A che ora è andato a letto ?				
2 – Quanto tempo (espresso in minuti) ha impiegato ad addormentarsi ogni notte ?				
3 – A che ora si è risvegliato la mattina ?				
4 – Quante ore ha dormito realmente la notte (possono essere differenti dal numero di ore passate a letto)?				
5 – durante l'ultimo mese, quanto spesso ha avuto problemi a dormire? Perché?	Mai durante l'ultimo mese	Meno di 1 volta alla settimana	1 o 2 volte alla settimana	3 o più alla settimana
	0	1	2	3
a) Non riusciva ad addormentarsi entro 30 minuti da quando era andato a letto?				
b) Si svegliava nel mezzo della notte nel mezzo della notte o presto la mattina				
c) Doveva alzarsi per andare in bagno				
d) Non riusciva a respirare bene				
e) Tossiva o russava rumorosamente				
f) Sentiva caldo				
g) Sentiva freddo				
h) Faceva brutti sogni				
i) Aveva dolore				
j) Per un'altra o più ragioni. Può descriverle, indicando anche quanto spesso ha avuto problemi, a dormire per questa ragione?				
6 – Durante l'ultimo mese, quanto spesso ha assunto farmaci (prescritti o di sua iniziativa) per dormire?				
7 – Durante l'ultimo mese, quanto spesso ha avuto problemi a stare sveglio, mentre, per esempio, guidava, mangiava o era impiegato in qualche altra attività?				

8 – Durante l'ultimo mese, quanto problematico è stato per lei mantenere l'entusiasmo per le cose che faceva?				
9 – Durante l'ultimo mese, come valuterebbe la sua qualità del sonno seconda la scala utilizzata a fianco?	Molto buona 0	Abbastanz a buona 1	Abbastanz a cattiva 2	Molto cattiva 3

VALUTAZIONE	PUNTEGGIO
C1 – Valutazione soggettiva del sonno Punteggio domanda 9	
– Latenza del sonno (tempo impiegato per C2 addormentarsi) Punteggio domanda 2 (< 15 minuti = 0; 16-30 minuti =1; 31-60 minuti = 2; > 61 minuti =3) + punteggio domanda 5a Se la somma è uguale a 0=0; 1-2=1; 3-4=2; 5-6=3	
C3 – Durata del sonno punteggio domanda 4 (>7=0; 6-7=1; 5-6=2; < 5=3)	
C4 – Abituale efficacia del sonno (totale n ore dormite/n ore a letto) x 100 (> 85%= 0; 75-84% = 1; 65-74% = 2; < 65%=3)	
C5 – Disturbi del sonno Somma punteggi da domanda 5b a 5j (0 = 0; 1-9 = 1; 10-18 = 2; 19-27= 3)	
C6 – Uso di farmaci per favorire il sonno Punteggio domanda 6	
C7 – disfunzioni durante il giorno punteggio domanda 7 + punteggio domanda 8 (0=0; 1-2=1; 3-4= 2; 5-6=3)	
Punteggio > 5 = sonno cattivo Punteggio < 5 = sonno buono	

The Insomnia Severity Index

Nome: _____ Data: _____

1. Valuti la gravità attuale (ultime 2 settimane) dei suoi problemi d'insonnia

	No	Lieve	Media	Grave	Molto grave
a) Difficoltà ad addormentarsi	0	1	2	3	4
b) Difficoltà a restare addormentato	0	1	2	3	4
c) Risveglio troppo precoce	0	1	2	3	4

2. Quanto si sente soddisfatto/insoddisfatto del suo attuale sonno?

Molto soddisfatto	Soddisfatto	Neutro	Non molto soddisfatto	Molto insoddisfatto
0	1	2	3	4

3. In quale misura ritiene che il problema di sonno interferisca con la sua efficienza diurna (per es., affaticamento diurno, capacità di svolgere lavoro/faccende di casa, concentrazione, memoria, umore ecc.)?

Per nulla	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
0	1	2	3	4

4. Quanto pensa che il suo problema di sonno sia evidente agli altri, in termini di peggioramento della qualità della sua vita?

Per nulla	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
0	1	2	3	4

5. Quanto si sente preoccupato/stressato a causa del suo attuale problema di sonno?

Per nulla	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
0	1	2	3	4

Linee guida per il calcolo del punteggio e l'interpretazione

Sommate i punteggi di tutti e sette i punti (1a + 1b + 1c + 2 + 3 + 4 + 5) = Il punteggio totale va da 0 a 28; valutare come segue:

- 0-7 = assenza d'insonnia clinicamente significativa
- 8-14 = insonnia al di sotto della soglia clinica
- 15-21 = insonnia clinica (media gravità)
- 22-28 = insonnia clinica (grave)

	Autore/Titolo/ Anno/Rivista	Tipo di studio	Obiettivo	Campione	Interventi oggetto dello studio	Risultati principali
1	Brewster GS, Riegel B, Gehrman PR. Insomnia in the Older Adult. 2018 Mar 13 Sleep Med Clin.	Revisione della letteratura	Mostrare i criteri diagnostici dell'insonnia, i fattori di rischio, le opzioni di trattamento non farmacologico e farmacologico e individuare i trattamenti di prima linea per l'insonnia.	Anziani		La terapia cognitivo-comportamentale è il trattamento di prima linea raccomandato per l'insonnia ed è più efficace dei farmaci per la gestione a lungo termine dell'insonnia. Le benzodiazepine dovrebbero essere evitate per il trattamento

						dell'insonnia nell'anziano.
2	Varrasse M, Li J, Gooneratne N. Exercise and Sleep in Community-Dwelling Older Adults. Curr Sleep Med Rep. 2015	Revisione della letteratura	Descrivere la prevalenza dell'insonnia, i cambiamenti legati all'età nell'architettura del sonno, le conseguenze dell'insonnia non trattata, i trattamenti non farmacologici e i meccanismi per i quali l'esercizio può migliorare il sonno	Anziani con età > 65 anni che vivono in comunità		L'esercizio fisico è un potenziale modo sicuro ed efficace per gestire i sintomi dell'insonnia negli anziani che vivono in comunità, ma sono necessarie ulteriori ricerche

			negli anziani.			
3	Patel D, Steinberg J, Patel P. Insomnia in the Elderly: A Review. J Clin Sleep Med. 2018 Jun 15	Revisione della letteratura	Esaminare e l'epidemiologia, la definizione e i cambiamenti legati all'età nel sonno, i fattori che contribuiscono all'insonnia, le scale di valutazione, le linee guida diagnostiche più recenti e le strategie sia non farmacologiche che farmacologiche per	Anziani		Le terapie comportamentali e cognitivo-comportamentali offrono un trattamento molto efficace e duraturo nel tempo e sono raccomandate come opzioni di trattamento di prima linea per l'insonnia rispetto ai farmaci negli anziani

			la gestione dell'insonnia nella popolazione anziana			
4	<p>Maness DL, Khan M.</p> <p>Nonpharmacologic Management of Chronic Insomnia.</p> <p>Am Fam Physician.</p> <p>2015 Dec 15</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>Descrivere i diversi tipi di trattamenti non farmacologici per la gestione dell'insonnia cronica negli anziani</p>	Anziani		<p>L'insonnia cronica può essere trattata con terapie non farmacologiche che comprendono l'igiene del sonno, la terapia cognitivo-comportamentale, la terapia di rilassamento, la terapia multicomponente, l'intenzione paradossale</p>

						e, oltre ad un sano e corretto stile di vita.
5	Samara MT, Huhn M, Chiocchia V, Schneider-Thoma J, Wiegand M, Salanti G, Leucht S. Efficacy, acceptability, and tolerability of all available treatments for insomnia in the elderly: a systematic review and network meta-analysis.	Revisione sistematica e meta-analisi di rete	Valutare l'efficacia e la sicurezza degli interventi farmacologici e non nella gestione dell'insonnia negli anziani	Anziani con età > 65 anni		Non esistono prove sufficienti per indicare quale sia l'intervento più efficace per i pazienti anziani che soffrono di insonnia

	Acta Psychiatr Scand.					
	2020 Jun 30					
6	Suzuki K, Miyamoto M, Hirata K. Sleep disorders in the elderly: Diagnosis and manageme nt. J Gen Fam Med. 2017 Mar 30	Revisio ne della letteratu ra	Descriver e i disturbi del sonno comunem ente osservati negli anziani, le loro cause, la diagnosi ed il trattamen to	Anziani		Nei soggetti anziani è bene tenere in consideraz ione le condizioni mediche concomita nti, l'uso di farmaci e i cambiame nti fisiologici. Una valutazion e e gestione complete dell'insonn ia possono migliorare la qualità del sonno

						e della vita diurna
7	Chen L, Bell JS, Visvanathan R, Hilmer SN, Emery T, Robson L, Hughes JM, Tan EC. The association between benzodiazepine use and sleep quality in residential aged care facilities: a cross- sectional study. 2016 Nov 26 BMC Geriatr.	Studio trasversale	Indagare l'associazione tra l'uso di benzodiazepine e la qualità del sonno nei residenti nelle strutture residenziali per anziani (RACF) australiani	Lo studio ha coinvolto 383 partecipanti (età media 87,5 anni) in sei strutture residenziali australiane.	Sono state somministrate delle scale di autovalutazione per i residenti autonomi , mentre per i residenti non autonomi sono state somministrate scale di osservazione complete dal personale. Il questionario è stato	Le benzodiazepine prescritte al bisogno a breve durata d'azione erano associate a una qualità del sonno notturno inferiore e a sonnellini diurni più lunghi rispetto alle benzodiazepine regolari a lunga durata d'azione.

					<p>somministrato ai residenti che assumevano e non assumevano benzodiazepine e comprendeva la qualità del sonno notturno, la sonnolenza diurna e il comportamento durante il sonno diurno.</p>	
8	<p>Reynolds AC, Adams RJ.</p> <p>Treatment of sleep disturbances</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>Descrivere i cambiamenti nell'architettura del sonno</p>	<p>Anziani con età > 65 anni</p>		<p>I disturbi del sonno possono provocare negli anziani confusione</p>

	<p>e in older adults.</p> <p>Journal of Pharmacy Practice & Research</p> <p>2019 Jun</p>		<p>negli anziani, valutare la gestione farmacologica del sonno e i suoi effetti collaterali , considerazioni aggiuntive e oltre il trattamento farmacologico</p>		<p>, problemi di memoria, aumento delle cadute e delle fratture. Il primo trattamento o da mettere in atto dovrebbe essere non farmacologico. È utile fare attenzione al comportamento, all'ambiente, al controllo degli stimoli, ad una corretta igiene del sonno. La terapia</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

						cognitivo-comportamentale produce risultati simili all'uso di benzodiazepine. Se sono necessari farmaci, è indicato un approccio limitato nel tempo.
9	Praharaj SK, Gupta R, Gaur N. Clinical Practice Guideline on Management of Sleep Disorders in the Elderly. Indian J Psychiatry.	Linee guida per la pratica clinica	Descrivere i diversi disturbi del sonno, i criteri diagnostici, la gestione farmacologica e non farmacologica.	Anziani		È importante identificare le cause dei disturbi del sonno negli anziani e iniziare il trattamento al più presto. Vengono utilizzate tecniche non

	2018 Feb					farmacologiche e comportamentali insieme a farmaci se necessario .
10	<p>Vanderlinden J, Boen F, van Uffelen JGZ.</p> <p>Effects of physical activity programs on sleep outcomes in older adults: a systematic review.</p> <p>Int J Behav Nutr Phys Act.</p> <p>2020 Feb 5</p>	Revisione sistematica	Rivedere gli effetti dei programmi di attività fisica sul sonno negli anziani generalmente sani	Anziani generalmente sani con età > 60 anni		<p>Gli esercizi di intensità moderata mostrano dei miglioramenti significativi nei risultati del sonno negli anziani come anche esercizi singoli di Baduanjin, Tai chi e Silver Yoga.</p>

1 1	Bourgeois J, Elseviers MM, Van Bortel L, Petrovic M, Vander Stichele RH. Sleep quality of benzodiazepine users in nursing homes: a comparative study with nonusers. 2013 Jul Sleep Med.	Studio comparativo longitudinale	Confrontare la qualità del sonno tra gli utenti utilizzatori di benzodiazepine a lungo termine e i non utilizzatori nelle case di cura belghe.	Hanno partecipato allo studio 300 utenti mentalmente competenti di 10 case di cura belghe: 178 erano utilizzatori di benzodiazepine e 122 non utilizzatori. L'età media era di 85,5 anni.	E' stato somministrato il PSQI, un questionario autovalutativo che indaga la qualità globale del sonno e i disturbi del sonno.	Gli utenti utilizzatori di benzodiazepine a lungo termine hanno dormito peggio rispetto agli utenti non utilizzatori.
1 2	Bourgeois J, Elseviers MM, Azermai M, Van Bortel L, Petrovic	Studio trasversale	Descrivere la prevalenza dell'uso di benzodiazepine	Hanno partecipato allo studio 1730 residenti	Sono state raccolte ed analizzate le	I dosaggi giornalieri di benzodiazepine superano il

	<p>M, Vander Stichele RR.</p> <p>Benzodiazepine use in Belgian nursing homes: a closer look into indications and dosages.</p> <p>Eur J Clin Pharmacol.</p> <p>2012 May</p>		<p>zepine, confronto tra dosaggi effettivi e dosaggi raccomandati, possibili rischi per l'uso cronico di benzodiazepine</p>	<p>di 76 case di cura in Belgio. L'età media era di 85 anni (range 60-104)</p>	<p>cartelle dei farmaci di tutti i pazienti ed è stato estratto per ogni farmaco una dose giornaliera raccomandata e di non superarla</p>	<p>limite. Stabilire una buona igiene del sonno è la prima scelta in caso di insonnia, ma è difficile da implementare nelle case di riposo. Le benzodiazepine dovrebbero essere utilizzate solo per un periodo a breve termine.</p>
<p>1 3</p>	<p>Markota M, Rummans TA, Bostwick JM, Lapid MI.</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>Esaminare i rischi della prescrizione di benzodiazepine negli</p>	<p>Anziani con età >65 anni</p>		<p>Per interrompere l'uso di benzodiazepine i medici dovrebbero educare i</p>

	<p>Benzodiazepine Use in Older Adults: Dangers, Management, and Alternative Therapies.</p> <p>Mayo Clin Proc.</p> <p>2016 Nov</p>		<p>anziani, i problemi associati all'uso delle benzodiazepine, i modi per ridurre l'uso e le alternative alle benzodiazepine per l'insonnia</p>		<p>pazienti sui rischi del loro uso e offrire protocolli di riduzione graduale. Se gradualmente ridotte, l'interruzione è sicura e confortevole e si può raggiungere l'astinenza completa da benzodiazepine. Sono disponibili diverse opzioni farmacologiche e non farmacologiche</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

						giche alternative per il trattamento o dell'insonnia negli anziani
14	Tannenbaum C. Inappropriate benzodiazepine use in elderly patients and its reduction. J Psychiatry Neurosci. 2015 May	Case reports	Riduzione graduale dell'uso di benzodiazepine senza sintomi di astinenza o ricadute	Donna di 72 anni con depressione e insonnia	Informare i pazienti sui rischi dell'uso cronico di benzodiazepine ed educarli nella riduzione graduale all'uso di questi farmaci	Per il trattamento o dell'insonnia cronica e per facilitare la riduzione graduale di benzodiazepine negli anziani risultano efficaci la terapia cognitivo-comportamentale, mantenere una buona igiene del sonno e utilizzare

						un diario del sonno
1 5	Jiang Y, Xia Q, Wang J, Zhou P, Jiang S, Diwan VK, Xu B. Insomnia, Benzodiazepine Use, and Falls among Residents in Long-term Care Facilities. Int J Environ Res Public Health. 2019 Nov 21	Studio di coorte prospettico	Analizzare l'effetto e l'associazione dell'insonnia e dell'uso di ipnotici sulle cadute e sulle cadute dannose nei residenti istituzionalizzati	Hanno partecipato allo studio 605 residenti di 25 strutture di assistenza a lungo termine (LTCF) del centro di Shanghai con età superiore a 80 anni		Sia l'insonnia che l'uso di benzodiazepine sono associate ad un aumentato rischio di cadute e lesioni
1 6	Gerlach LB, Maust DT, Leong SH, Mavandadi	Studio di coorte	Valutare i fattori associati alla transizione	Hanno partecipato allo studio 576	Prescrizione di una benzodiazepina da	Una scarsa qualità del sonno è associata

	<p>S, Oslin DW.</p> <p>Factors Associated With Long-term Benzodiazepine Use Among Older Adults.</p> <p>2018 Nov 1</p> <p>JAMA Intern Med.</p>		<p>e all'uso a lungo termine di benzodiazepine tra gli anziani a cui è stato appena prescritto questo farmaco da un medico non psichiatrico</p>	<p>anziani a basso reddito della Pennsylvania (età media 78,4 anni)</p>	<p>un medico non psichiatrico per un periodo di quasi 8 mesi.</p>	<p>ad una probabilità di un uso continuato di benzodiazepine. I medici dovrebbero prescrivere questi farmaci per un periodo a breve termine, soprattutto se indicati per l'insonnia.</p>
<p>17</p>	<p>Kudo Y, Sasaki M.</p> <p>Effect of a hand massage with a warm hand bath on sleep and relaxation</p>	<p>Prova incrociata</p>	<p>Valutare gli effetti che un massaggio alle mani con un bagno caldo può avere sul sonno, sull'attività</p>	<p>Hanno partecipato allo studio 28 donne anziane con età pari o maggiore di 65 anni che</p>	<p>È stato fatto un bagno caldo (temperatura dell'acqua: 39-40°C) alle mani per 5</p>	<p>Un massaggio e un bagno caldo alle mani la sera hanno migliorato l'efficienza del sonno e la</p>

	in elderly women with disturbances of sleep: A crossover trial. Jpn J Nurs Sci. 2020 Feb 3		à nervosa autonomica, sulla qualità soggettiva del sonno e sul rilassamento nelle donne anziane con disturbi del sonno	soffrono di disturbi del sonno	minuti e poi hanno ricevuto un massaggio o alle mani per 20 minuti.	latenza del sonno nelle donne anziane con disturbi del sonno e inoltre possono migliorare la qualità soggettiva del sonno e il rilassamento.
18	Chen CT, Tung HH, Fang CJ, Wang JL, Ko NY, Chang YJ, Chen YC. Effect of music therapy on improving sleep quality in older	Revisione sistematica e meta-analisi	Valutare l'effetto dell'ascolto di musica sulla qualità del sonno degli anziani	Per lo studio sono stati analizzati 5 articoli RCT. Inoltre hanno partecipato 288 persone (anziani di età pari o superiore	Ascoltare musica sedativa per più di 4 settimane. La durata dell'ascolto variava da 30 minuti a un'ora. La qualità del sonno	La musicoterapia è facile e sicura da somministrare e può migliorare efficacemente la qualità del sonno degli anziani, in particolare quelli che

	adults: A systematic review and meta-analysis. J Am Geriatr Soc. 2021 Apr 20			a 60 anni) di cui 142 facevano parte del gruppo di musicoterapia e gli altri 146 facevano parte del gruppo di controllo.	è stata misurata tramite l'indice di qualità del sonno di Pittsburgh (PSQI). Ascoltare musica incentrata sul ritmo (strumenti a tamburo o percussioni)	ascoltano musica sedativa per più di 4 settimane.
19	Adib-Hajbaghery M, Mousavi SN. The effects of chamomile extract on sleep quality among	Studio randomizzato controllato in singolo cieco	Valutare gli effetti dell'estratto di camomilla sulla qualità del sonno tra le persone anziane.	Lo studio comprendeva 195 persone anziane di età pari o superiore a 60 anni che vivevano nella	Il medico ha prescritto ai partecipanti al gruppo di trattamento capsule di camomilla	L'uso dell'estratto di camomilla può migliorare significativamente la qualità del sonno nelle persone

	elderly people: A clinical trial. Complement Ther Med. 2017 Oct 13			casa di cura di Kahrizak, Karaj, Iran.	a (200 mg) e ha chiesto loro di assumere due capsule ogni 24 ore per 28 giorni. Mentre i partecipanti al gruppo di controllo sono stati trattati in modo simile, ma con capsule di farina di frumento (200 mg).	anziane. L'estratto di camomilla può essere utilizzato come modalità sicura per favorire il sonno negli anziani.
--	----------------------------------------------------------------------------------	--	--	----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SCALADIPITTSBURGHPERLAVALUTAZIONEDELLAQUALITA'DELSONNO

COGNOME _____ NOME _____ DATA _____