

# Uno sguardo al 2022: Rassegna delle novità in materia di insonnia

Supportata da una sovvenzione indipendente concessa da Idorsia



### **Pubblico di destinazione**

Questa attività è rivolta a un pubblico statunitense ed europeo di medici di assistenza primaria, psichiatri, neurologi e infermieri.

### **Obiettivo dichiarato**

L'obiettivo di questa attività è che i partecipanti siano maggiormente in grado di selezionare i trattamenti per i pazienti che soffrono di insonnia sulla base delle ultime evidenze.

### **Obiettivi formativi**

Al termine di questa attività, i partecipanti:

Acquisiranno conoscenze sui seguenti argomenti:

- Riconoscimento dell'insonnia
- I progressi relativi alla gestione dell'insonnia



**David Neubauer, MD**

Professore associato di Psichiatria e Scienze comportamentali  
Direttore associato del Johns Hopkins Sleep Disorders Center  
Johns Hopkins University School of Medicine  
Baltimore, Maryland, Stati Uniti



**Rexford T. Muza, MMED, FRCP**

ESRS Certified Somnologist  
Medico del sonno  
Centro per i disturbi del sonno  
Guy's Hospital  
Londra, Regno Unito



**Liborio Parrino, MD, PhD**

Professore di Neurologia  
Università di Parma  
Parma, Italia

Medscape  
EDUCATION GLOBAL

# Uno sguardo al 2022

## Rassegna delle novità in materia di insonnia

---

**MODERATORE**

**David Neubauer, MD**  
Professore associato di Psichiatria e  
Scienze comportamentali  
Direttore associato del Johns  
Hopkins Sleep Disorders Center  
Johns Hopkins, University School of  
Medicine, Baltimora, USA

**David Neubauer, MD:** Salve, sono David Neubauer, professore associato di psichiatria e scienze comportamentali a Baltimora, nel Maryland.

Medscape  
EDUCATION GLOBAL

**FACULTY**  
Faculty

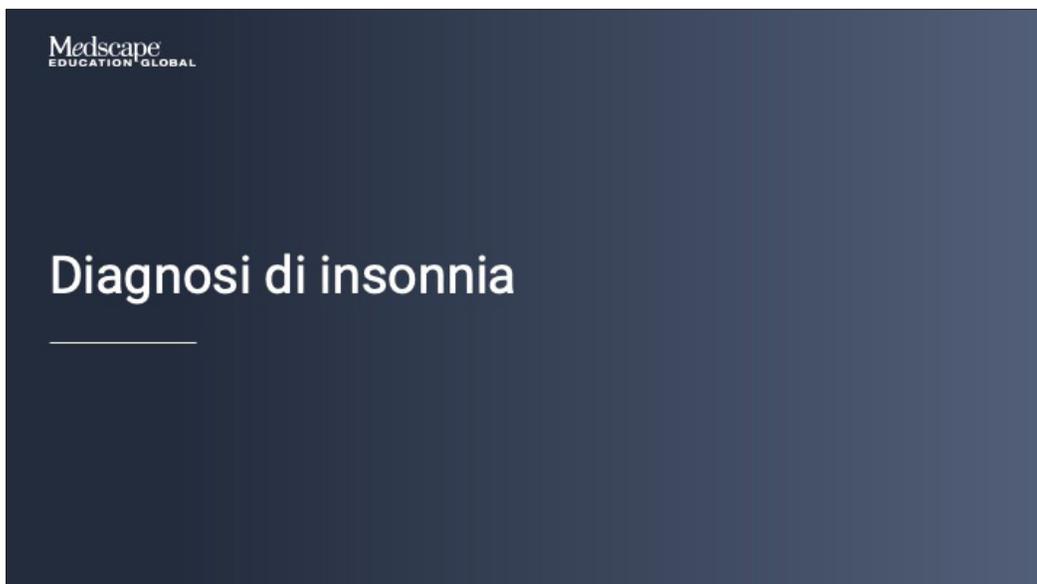
**FACULTY**  
Faculty

---

**Rexford T. Muza, MMED, FRCP**  
ESRS Certified Somnologist  
Medico del sonno  
Centro per i disturbi del sonno  
Guy's Hospital  
Londra, Regno Unito

**Liborio Parrino, MD, PhD**  
Professore di Neurologia  
Università di Parma  
Parma, Italia

Oggi sono qui con Rexford Muza, medico del sonno a Londra, e Liborio Parrino, professore di neurologia in Italia. Benvenuti a questo programma, *“Uno sguardo al 2022; rassegna delle novità sull’insonnia”*.



Liborio, ci sono nuovi dati o cambiamenti nella diagnosi del disturbo dell'insonnia quest'anno?

### Diagnosi del disturbo di insonnia

*DSM 5 (2013)<sup>[a]</sup> e ICSD-3 (2014)<sup>[b]</sup>*

#### Disturbo di insonnia

- Una malattia a sé stante
- «Può essere diagnosticato **indipendentemente** e **in aggiunta a** qualsiasi disturbo psichiatrico o medico coesistente»<sup>[a]</sup>



**Problema frequente e cronico**  
≥3 notti/settimana per ≥3 mesi



**Sintomi notturni**  
Sonno non soddisfacente e difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno



**Sintomi diurni**  
Riduzione della concentrazione, dell'umore, del comportamento, del rendimento lavorativo ecc.

a. Winkelman JW. N Engl J Med 2015;373:1437-1444; b. Sateia MJ. Chest. 2014;146:1387-1394.

**Liborio Parrino, MD, PhD:** Grazie, David. Credo che non ci siano grandi cambiamenti dal 2013, quando il manuale DSM-5 è stato pubblicato. La nuova classificazione ci dice che l'insonnia non è solo un sintomo; è piuttosto una malattia, o una condizione complessa, di cui esistono indicatori notturni, disfunzioni diurne e che implica anche fattori di gravità e di durata della condizione. Quindi, non si tratta solo di dire: "Ho difficoltà ad addormentarmi, a mantenere il sonno, ho un risveglio mattutino precoce", ma è anche una condizione di insoddisfazione della qualità o della quantità del sonno.

## Diagnosi del disturbo di insonnia: svolgere attività diurne

DSM 5 (2013)<sup>[a]</sup> e ICSD-3 (2014)<sup>[b]</sup>

### Compromissione delle capacità funzionali diurne<sup>[a]</sup>

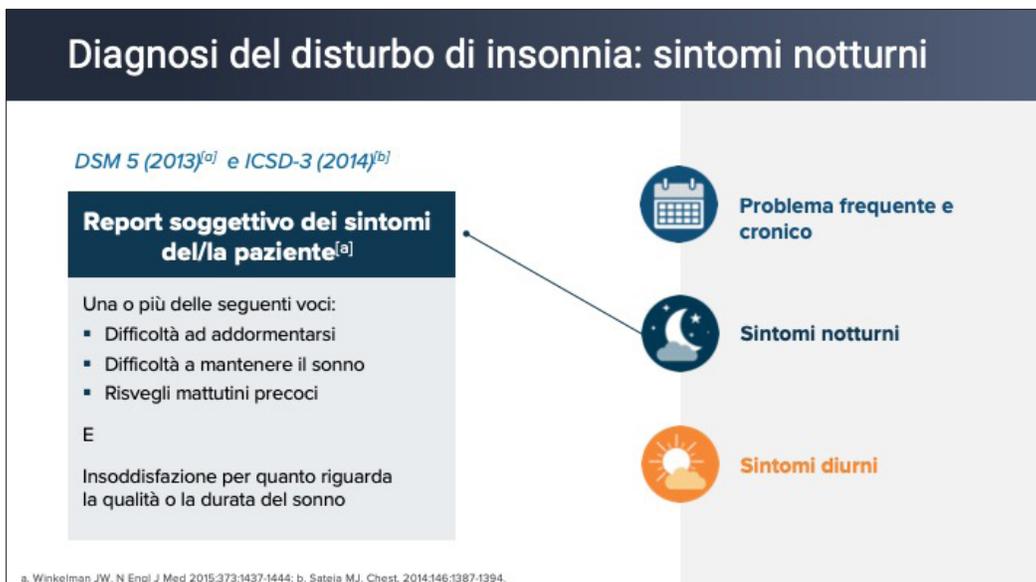
Come dimostrato da una o più delle seguenti voci:

- **Affaticamento** o minore energia
- **Sonnolenza** diurna
- **Disturbi dell'umore**
- **Problemi comportamentali**
- Effetti negativi sulla famiglia/caregiver
- Riduzione dell'attenzione, della **concentrazione** o della **memoria**
- Compromissione della capacità di ricoprire un ruolo professionale o accademico
- Compromissione della capacità di ricoprire un ruolo interpersonale o sociale

-  **Problema frequente e cronico**
-  **Sintomi notturni**
-  **Sintomi diurni**

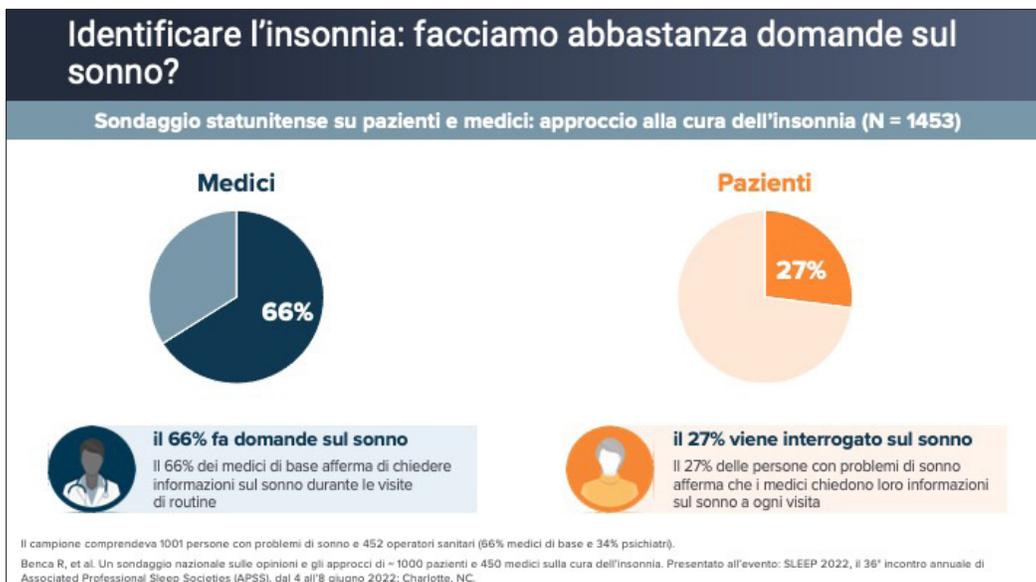
a. Winkelman JW. N Engl J Med 2015;373:1437-1444; b. Sateia MJ. Chest. 2014;146:1387-1394.

E soprattutto c'è questo grande spettro da coprire che è la disfunzione diurna, ovvero l'umore, la vigilanza, la concentrazione, la memoria, le funzioni cognitive, le difficoltà comportamentali. Quindi ci sono molti fattori in questo nuovo approccio. Purtroppo, la diagnosi di insonnia non è supportata da misure oggettive, e questo è un altro tema importante da trattare in futuro e probabilmente può essere integrato, in alcuni casi, in un approccio più oggettivo.

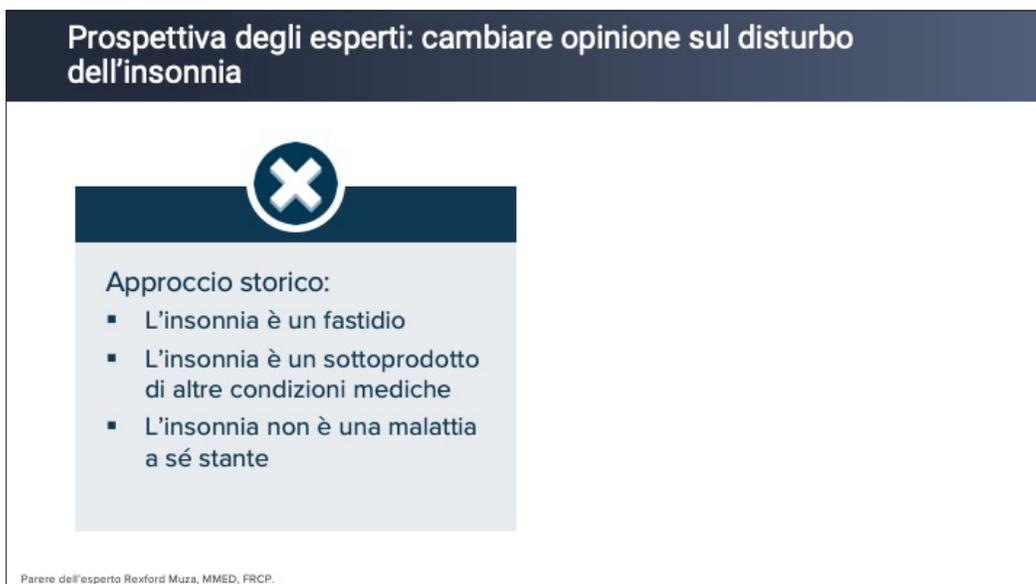


**Dott. Neubauer:** Questo è un punto molto importante, perché, per definizione, l'insonnia è un disturbo soggettivo. È la segnalazione di qualcuno che ha difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno durante la notte. Ed è così positivo che ora abbiamo inserito nei criteri diagnostici questi sintomi diurni, questi disturbi del funzionamento diurno, che sono così critici, perché è proprio questo che porta le persone a chiedere aiuto, credo. I problemi possono essere tollerati durante la notte, ma quando i sintomi si ripercuotono sul benessere e sul funzionamento diurno, è lì che molti decidono di rivolgersi a un operatore sanitario per farsi aiutare.

Tuttavia, se da un lato abbiamo fatto molti progressi in termini di definizione del disturbo dell'insonnia, dall'altro c'è ancora molto spazio per l'identificazione e il trattamento dei pazienti. Rexford, qual è la tua esperienza su questo punto? E puoi darci qualche informazione su alcuni dati per capire la percentuale di persone che si rivolgono ai medici e ad altri operatori per problemi di sonno?



**Rexford Muza, MMED, FRCP:** Grazie, David. Credo che abbiamo ancora una sfida davanti a noi. Ci sono obiettivi che non abbiamo ancora raggiunto. Credo che questo punto sia ben illustrato in un recente studio condotto negli Stati Uniti tra i medici di base e gli specialisti del sonno. Lo studio analizzava se i pazienti venivano ascoltati quando presentavano disturbi di insonnia. Naturalmente, il 66% dei medici di base ha dichiarato di aver chiesto informazioni sul sonno, ma solo il 27% dei pazienti con disturbi del sonno ha dichiarato di aver ricevuto domande pertinenti sul sonno. La verità è una via di mezzo, ma certamente non stiamo facendo abbastanza.



Forse c'è ancora quel pensiero storico di fondo, come diceva Liborio, che l'insonnia non viene presa abbastanza sul serio. Tradizionalmente, i medici vedevano l'insonnia come un fastidio: un sottoprodotto di qualche altra condizione medica, non una malattia a sé stante.

### Prospettiva degli esperti: cambiare opinione sul disturbo dell'insonnia

**Approccio storico:**

- L'insonnia è un fastidio
- L'insonnia è un sottoprodotto di altre condizioni mediche
- L'insonnia non è una malattia a sé stante

**Prendere sul serio l'insonnia**

**L'insonnia è una malattia a sé stante**

**L'insonnia è una malattia diffusa e a lungo termine**

**L'insonnia ha gravi conseguenze per i pazienti:**

- salute fisica e psichiatrica
- lavoro, occupazione e vita domestica

Parere dell'esperto Rexford Muza, MMED, FRCP.

Dovremmo prendere sul serio l'insonnia come una malattia a sé stante, una malattia diffusa, una malattia a lungo termine, una malattia che ha conseguenze a breve e a lungo termine, non solo fisiche come il diabete e l'ipertensione, ma anche comorbidità psichiatriche, e poi sul posto di lavoro, a casa, il presenzialismo, l'assenteismo. Molte conseguenze dell'insonnia e dei sintomi diurni sono già stati menzionati.

### Prospettiva degli esperti: cambiare opinione sul disturbo dell'insonnia

**AZIONE RICHIESTA**

- ✓ **Cogliere la sfida**
- ✓ **Fare regolarmente domande sul sonno ai propri pazienti**

**Prendere sul serio l'insonnia**

**L'insonnia è una malattia a sé stante**

**L'insonnia è una malattia diffusa e a lungo termine**

**L'insonnia ha gravi conseguenze per i pazienti:**

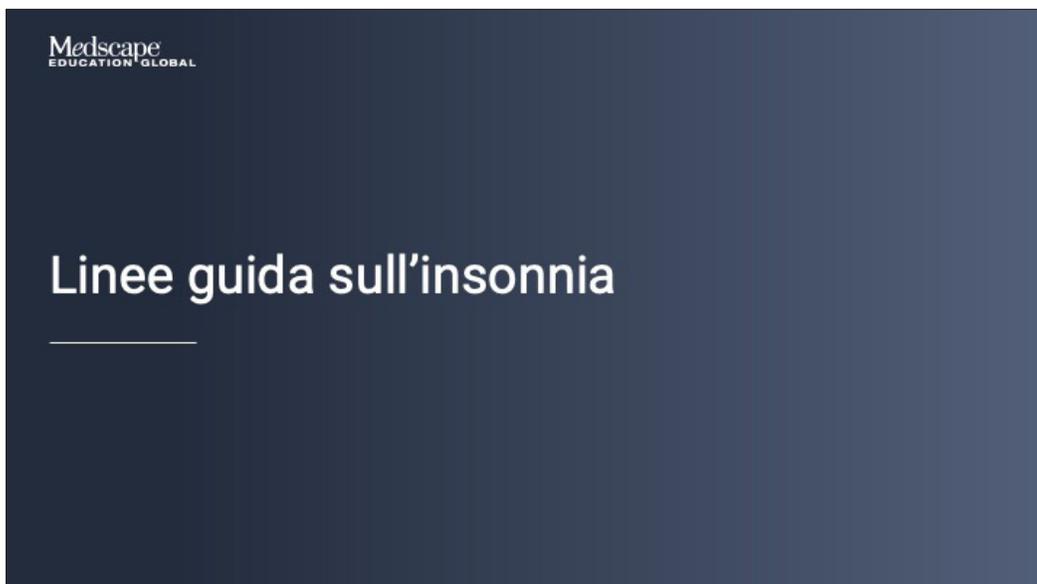
- salute fisica e psichiatrica
- lavoro, occupazione e vita domestica

© WestMD Global, LLC  
Parere dell'esperto Rexford Muza, MMED, FRCP.

Per i medici, l'insonnia è una sfida da superare. È necessario fare più domande sull'insonnia quando i pazienti si presentano per una visita.

**Dott. Neubauer:** Sì, dovrebbe essere una domanda di routine, forse, e far parte di una serie di domande da considerare insieme a tutti gli altri sintomi.

**Dott. Muza:** Esattamente.



**Dott. Neubauer:** Andiamo ora a parlare delle ultime linee guida sul sonno. È particolarmente interessante che



l'American Heart Association abbia aggiunto il sonno di qualità tra i pilastri della salute. L'elenco è composto da 8 elementi che anche noi promuoviamo: l'alimentazione sana, l'esercizio fisico e, naturalmente, il controllo della pressione sanguigna, non fumare. Ed è bello vedere che anche il sonno è stato aggiunto all'elenco.

Liborio, quest'anno sono state pubblicate altre nuove linee guida o raccomandazioni per il trattamento di persone che soffrono di insonnia?

## Linee guida per l'insonnia



**Gestione dell'insonnia**  
Le linee guida sono di diversi anni fa  
AASM: 2018<sup>[a]</sup>; European ESRS: 2017<sup>[b]</sup>;  
UK: 2019<sup>[c]</sup>



**Esposizione alla luce<sup>[d]</sup>**  
Linee guida sull'esposizione alla luce  
durante il giorno, la sera e la notte



AASM, American Academy of Sleep Medicine; ESRS, European Sleep Research Society.  
a. Sateia MJ, et al. J Clin Sleep Med. 2017;13:307-349; b. Riemann D, et al. J Sleep Res. 2017;26:675-700; c. Wilson S, et al. J Psychopharmacol. 2019;33:923-947; d. Brown TM, et al. Plos Biol. 2022;20:e3001571.

**Dott. Parrino:** Le linee guida ci aiutano a capire dove dobbiamo andare e come muoverci. Per quanto riguarda le novità più recenti, è in corso un processo di revisione in Europa e certamente anche negli Stati Uniti. Quindi, è bene aggiornare ogni 5 o 6 anni ciò che è stato scritto in passato, anche perché c'è nuova bibliografia, ci sono nuovi riferimenti, nuove meta-analisi.

Ci sono delle raccomandazioni anche sull'uso corretto dell'esposizione alla luce al mattino e alla sera, perché a volte le persone non si rendono conto che la luce può essere un nemico o un fattore di rischio che deteriora o compromette la qualità del sonno. È quindi importante avere anche dei dati: quantità di esposizione alla luce, tempo di esposizione alla luce.

La luce è quindi un aspetto importante da includere quando si parla di linee guida per comprendere l'insonnia, prevenirla e, infine, trattarla. Non c'è solo un singolo elemento per risolvere la qualità del sonno; è lo stile di vita che è molto importante.

**Dott. Neubauer:** Sono d'accordo, ed è stato molto bello vedere la quantificazione di alcune raccomandazioni.

### Linee guida per l'insonnia: Quantification of Light Exposure

**Esposizione alla luce**  
Raccomandazioni per l'esposizione alla luce durante il giorno, la sera e la notte per supportare al meglio la fisiologia, il sonno e la veglia negli adulti sani

**Giorno**  
≥250 lux di luce diurna  
O illuminazione interna arricchita con lunghezze d'onda corte

**Sera (3 ore prima di andare a letto)**  
Luce soffusa, ≤10 lux

**Durante il sonno**  
Il più buio possibile

Brown TM, et al. Plos Biol. 2022;20(3):e3001571.

Da molto tempo diciamo alle persone di abbassare la luce la sera e di cercare di dormire in una stanza buia e, più recentemente, abbiamo iniziato a esortare le persone a passare più tempo all'aperto e a prendere più luce solare. Esistono però delle linee guida, pubblicate proprio quest'anno, che evidenziano esattamente quale dovrebbe essere la quantità di luce in termini di lux: l'esposizione ideale di giorno, la diminuzione della luce nelle ore prima di coricarsi, che probabilmente è molto inferiore a quella cui sono esposte le persone, e poi quanto dovrebbe essere buio in camera da letto. Sappiamo che molte persone tengono la televisione accesa e gli schermi a letto con loro, e ora ci sono prove evidenti che questi hanno effetti dannosi sul nostro sonno, ma anche sulla nostra salute metabolica.

## Impatto della luce di notte sulla salute cardiometabolica

Analisi del profilo cardiovascolare degli anziani eseguita misurando la luce abituale durante la notte (N = 552)



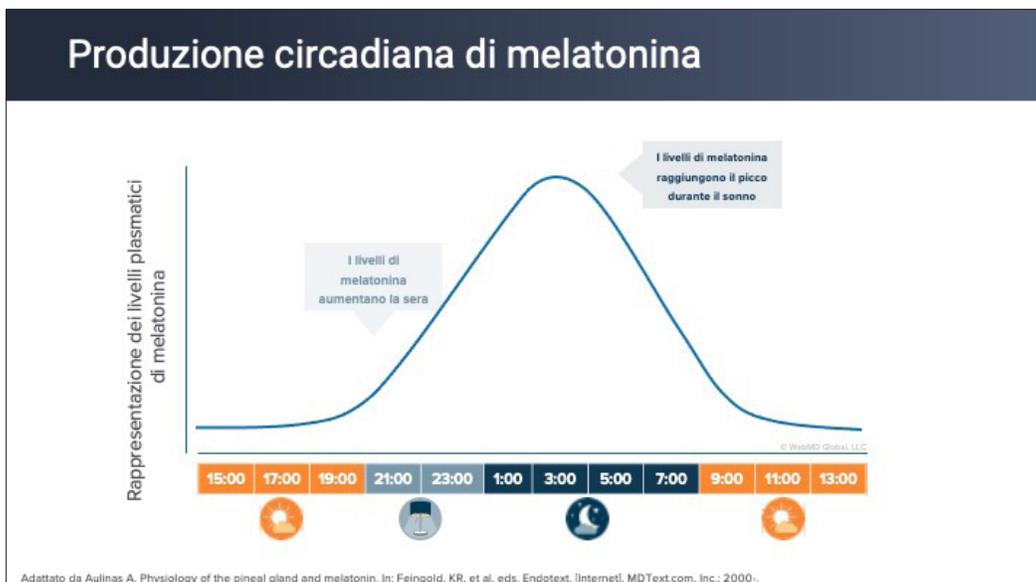
L'esposizione alla luce di notte in camera da letto è stata associata a una maggiore prevalenza di:

- Obesità**  
O 1,82 (1,26, 2,65)
- Diabete**  
O 2,00 (1,19, 3,43)
- Ipertensione**  
O 1,74 (1,21, 2,52)

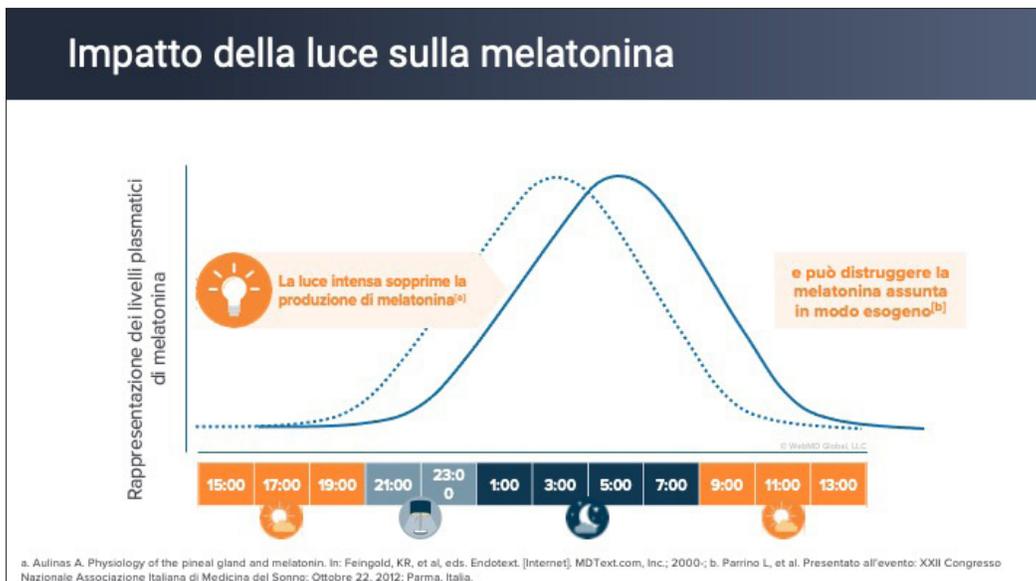
Kim M, et al. Sleep. 2022. doi: 10.1093/sleep/zsac130. [Epub prima della stampa].

L'anno scorso è stato pubblicato uno studio molto interessante. Il gruppo di Phyllis Zee di Chicago ha analizzato gli effetti della luce in camera da letto e ha scoperto che la luce notturna abituale in età avanzata è associata a obesità, diabete e ipertensione. I ricercatori riconoscono che sono necessarie ulteriori ricerche per comprendere gli effetti a lungo termine della luce notturna sugli effetti cardiometabolici, ma è ormai evidente che anche una piccola quantità di luce nelle nostre camere da letto può avere un effetto dannoso.

È chiaro che è necessario trovare un equilibrio con il sentirsi sicuri, e forse, un po' di luce proveniente da una lampada da notte va bene, ma dovrebbe essere assolutamente minima e magari a un livello basso sulla parete, in modo da non influenzarci quando siamo a letto.



Quindi, tutto ciò che possiamo fare per rafforzare la solidità del nostro orologio circadiano in termini di attività diurna e di esposizione alla luce diurna, di buio notturno e di luce soffusa prima di andare a letto, rappresenta la base del ritmo circadiano e influenza profondamente il nostro ciclo sonno-veglia. Sappiamo che esistono trattamenti per il disturbo dell'insonnia basati sull'evidenza, e ne parleremo più avanti, ma la base è davvero fare del proprio meglio per mantenere il nostro sistema circadiano efficiente e regolare.



**Dott. Parrino:** Anche perché, per completare questo punto, forse i medici e i pazienti non sanno che la luce distrugge la melatonina, la melatonina prodotta dalla ghiandola pineale. Inoltre, abbiamo eseguito degli studi a Parma e abbiamo dimostrato che la luce distrugge anche la melatonina assunta per via esogena. Questo significa che dobbiamo stare attenti, come hai sottolineato prima, e che l'esposizione alla luce può avere molte conseguenze. Anche se si è convinti che la melatonina sia coperta dalla somministrazione esogena, non è proprio così e bisogna fare attenzione. Quindi, proteggete i vostri occhi la sera ed esponetevi alle quantità minime di luce soffusa la sera e di luce forte al mattino per regolare il vostro orologio circadiano. Molto importante.

### Prospettive degli esperti: melatonina

“  
Dare alla melatonina la possibilità di lavorare  
”

Parere dell'esperto Liborio Parrino, MD, PhD; Dr. David Neubauer

- Giorno**
  - Luce intensa
  - Estremità blu dello spettro
- Sera**
  - Luce soffusa nell'ambiente
  - Evitare l'estremità blu dello spettro su schermi e nelle illuminazioni

**Dott. Neubauer:** L'intensità della luce è molto importante, ma anche la lunghezza d'onda. Quindi, vogliamo avere la parte più blu dello spettro all'inizio della giornata e cercare di eliminarla il più possibile la sera. A volte i pazienti che hanno problemi a prendere sonno mi chiedono se è il caso di provare la melatonina. La mia risposta è: provate la vostra melatonina. Cercate di diminuire tutta la luce che sopprime la vostra melatonina. Date alla vostra melatonina la possibilità di lavorare evitando gli schermi davanti agli occhi e le luci dell'ambiente di casa o dell'appartamento. Mantenete le luci soffuse e cercate di utilizzare le nuove lampadine LED ad alta tecnologia che possono essere impostate all'estremità rossastra dello spettro.

Medscape  
EDUCATION GLOBAL

## Trattamento dell'insonnia

Molte persone finiscono per usare diversi tipi di farmaci. Da un lato, ci sono delle linee guida. D'altra parte, ci sono cose che le persone possono davvero fare e, in alcuni casi, cose che gli operatori sanitari prescrivono che non hanno necessariamente senso o non sono conformi alle linee guida.

## Uso di farmaci per l'insonnia non basato su evidenza



### Linee guida vs realtà

Tra i primi 300 farmaci da prescrizione negli Stati Uniti<sup>[a]</sup>:

- **Il trazodone è al 21° posto**  
(uso prevalentemente *off-label* per l'insonnia?)
- **Lo zolpidem è al 47° posto**  
(è il primo farmaco della lista approvato dalla FDA per l'insonnia)



### Attenzione

Trazodone non è indicato per il trattamento dell'insonnia<sup>[b,c]</sup>

a. ClinCalc DrugStats. v2022.08. Ultimo accesso il 20 ottobre 2022. <https://clincalc.com/DrugStats/Top300Drugs.aspx>; b. Sateia MJ, et al. J Clin Sleep Med. 2017;13:307-349; c. Riemann D, et al. J Sleep Res. 2017;26:675-700.

Un esempio è l'elenco dei 300 farmaci più venduti negli Stati Uniti. Noi non crediamo che i farmaci per l'insonnia debbano essere in cima alla lista. Non crediamo che sia necessario prescrivere farmaci per l'insonnia a tutti. Tuttavia, la loro posizione nell'elenco ci dà informazioni importanti. E così, tra i primi 300 farmaci (e questo è stato riportato solo qualche settimana fa - i dati più recenti si riferiscono al 2020, ma l'ultima pubblicazione è di adesso), bisogna scorrere la lista per arrivare al 21° posto con il farmaco più prescritto, il trazodone. Il trazodone è un antidepressivo. Non è indicato per il trattamento dell'insonnia, ma sospetto che quasi il 100% delle prescrizioni di trazodone sia destinato a persone che lamentano difficoltà di sonno. Quindi, questa è la prima cosa ed è totalmente fuori delle linee guida. Forse ha un effetto sedativo e alcune persone possono trarne beneficio, ma viene prescritto senza preoccuparsi della sicurezza o dell'efficacia sul paziente, dato che semplicemente non ci sono dati e non disponiamo di buone raccomandazioni per prescriberlo. Quindi, il trazodone è al 21° posto, e bisogna scendere fino al 47° posto per trovare un farmaco negli Stati Uniti che sia effettivamente approvato dalla FDA per il trattamento dell'insonnia, ovvero lo zolpidem, e bisogna scendere ancora per trovare gli altri farmaci approvati.

## Nuove approvazioni



### Prescrizione di farmaci per il sonno

**Daridorexant**

- Ora approvato in Europa<sup>[a]</sup> e negli Stati Uniti<sup>[b]</sup>
- Antagonista del recettore duale dell'orexina (DORA)
- Negli Stati Uniti sono disponibili anche altri due DORA (suvorexant<sup>[c]</sup> lemborexant<sup>[d]</sup>)



### Terapie digitali da prescrizione per la terapia cognitivo-comportamentale per l'insonnia (CBT-I)

Diverse opzioni disponibili, a seconda del luogo<sup>[e,f]</sup>

La politica di Medscape Education prevede di evitare l'uso di marchi nelle attività formative accreditate. L'uso di nomi commerciali non ha lo scopo di promuovere alcun prodotto specifico. a. Daridorexant [PI]. Agenzia europea per i medicinali (EMA). Published May 2022. Aggiornato a settembre 2022. Ultimo accesso Ottobre 2022. [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/quviviq-epar-product-information\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/quviviq-epar-product-information_en.pdf); b. Daridorexant [PI]. Approvato a gennaio 2022; c. Suvorexant [PI]. Approved 2014. Updated 2021; d. Lemborexant [PI]. Approvato 2019. Updated 2022; e. Somnyst Breve istruzioni riassuntive. Revisione giugno 2021. Ultimo accesso Ottobre 2022. <https://2kw3qa2w17x12whqyib6sic-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2022/03/Somnyst-Clinician-Information-Brief-Summary-Instructions.pdf>; f. Sleepio per trattare l'insonnia e i sintomi dell'insonnia. Guida alle tecnologie mediche. NICE. Published May 2022. Ultimo accesso Ottobre 2022. <https://www.nice.org.uk/guidance/mtg70/resources/sleepio-to-treat-insomnia-and-insomnia-symptoms-pdf-64372230458053>

È quindi il momento giusto per parlare delle nuove approvazioni di farmaci da parte di enti regolatori come la FDA e il NICE nel Regno Unito. La più recente è stata l'approvazione di daridorexant in questa nuova categoria di antagonisti del doppio recettore dell'orexina. Negli Stati Uniti ne abbiamo tre, in questa categoria. Prima c'era il suvorexant, poi il lemborexant e ora il daridorexant. Il daridorexant è stato approvato anche nell'UE. Si tratta quindi di una nuova raccomandazione fornita nell'ultimo anno.

L'altro ambito è quello degli approcci cognitivi e comportamentali, per cui sono ora disponibili diverse applicazioni e terapie digitali prescritte, e ci sono ottimi dati a sostegno dell'efficacia di entrambe, in combinazione con la più tradizionale terapia cognitivo-comportamentale. E, Rexford, puoi commentare la tua esperienza e ciò che sta accadendo nel Regno Unito?

## Prescrizione terapia cognitivo-comportamentale digitale



**Prescrizioni terapeutiche digitali per CBT-I**

- Accessibile, comodo**
- Efficace<sup>[a]</sup>**
- Può essere un risparmio sui costi<sup>[b]</sup>**

Può essere utile dove non è possibile accedere alla CBT-I di persona

CBT-I: terapia cognitivo-comportamentale per l'insonnia.  
a. Simon F, et al. Presentato all'evento: World Sleep; 11-16 marzo; Roma, Italia. <https://ws2022.abstractserver.com/program/#/details/presentations/2214>; b. Sampson C, et al. BJP Open. Pubblicato online 2021:BJGPO.2021.0146.

**Dott. Muza:** Sì. Accettiamo, e sono sicuro che anche voi lo fate, che la terapia cognitivo-comportamentale dovrebbe essere parte integrante della gestione dei pazienti con insonnia. La sfida che dobbiamo superare, e che sono sicuro è la sfida che affrontano molte altre persone, è che questa terapia non è così facilmente accessibile. Non abbiamo molti terapeuti formati in grado di fornire una terapia cognitivo-comportamentale significativa.

**Dott. Neubauer:** Quindi, ci sono prove che anche questi tipi di terapia cognitivo-comportamentale digitale possono offrire qualche beneficio, anche se pensiamo che probabilmente l'approccio uno-a-uno o di gruppo lo sia di più.

**Dott. Muza:** Credo che questo sia un punto importante. Dunque, la terapia cognitivo-comportamentale condotta dal terapeuta ha ottenuto i maggiori benefici per il paziente, soprattutto la terapia cognitivo-comportamentale per l'insonnia (CBT-I) individuale condotta dal terapeuta dal vivo. Nel mio reparto cerchiamo di fare terapie di gruppo con il terapeuta che supervisiona una classe di 10 o 15 pazienti, e anche questo funziona. Non è altrettanto valida quanto quella individuale, ma la terapia cognitivo-comportamentale digitale porta risultati. È accessibile, e comoda. Credo che la pandemia ci abbia insegnato una grande lezione: non possiamo sempre vedere i pazienti dal vivo e ora dobbiamo imparare, abbracciare queste nuove tecnologie e usarle a beneficio dei nostri pazienti, e dovremmo fare lo stesso per la medicina del sonno.

## Prescrizione terapia cognitivo-comportamentale digitale



Prescrizioni terapeutiche digitali per CBT-I

- Accessibile, comodo
- Efficace<sup>[a]</sup>
- Può essere un risparmio sui costi<sup>[b]</sup>

Serie temporali interrotte per confrontare l'andamento dei costi delle cure primarie prima e dopo l'implementazione della CBT-I digitale in una regione dell'Inghilterra tra il 2018 e il 2020<sup>[b]</sup>

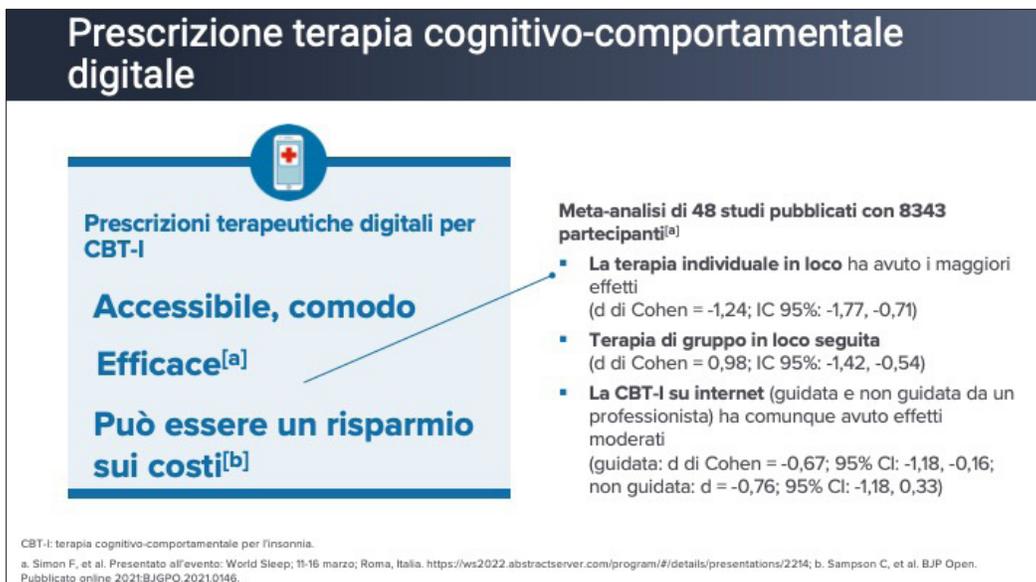
- N = 10.705 pazienti, 65 settimane di follow-up
- Risparmio totale £ 71.027
- Motivato dalla riduzione dei costi di prescrizione

CBT-I: terapia cognitivo-comportamentale per l'insonnia.  
a. Simon F, et al. Presentato all'evento: World Sleep; 11-16 marzo; Roma, Italia. <https://ws2022.abstractserver.com/program/#/details/presentations/2214>; b. Sampson C, et al. B.J.P. Open. Pubblicato online 2021:BJGPO.2021.0146.

**Dott. Neubauer:** Ho visto che proprio quest'anno è stato pubblicato un report che dimostra che in alcune aree del Regno Unito sono stati registrati risparmi complessivi sui costi dell'assistenza sanitaria, probabilmente dovuti a una diminuzione della prescrizione di farmaci in un'area in cui l'applicazione Sleepio era diventata disponibile.

**Dott. Muza:** Assolutamente. L'applicazione Sleepio è stata approvata dal NICE, National Institute for Health and Care Excellence. Esistono altri siti web digitali sull'insonnia, come Sleepstation, Sleepful.Me, che sono piuttosto utili. Quindi, dipende solo da ciò che si ha a disposizione. Quindi, incoraggerei i medici di base a indirizzare i loro pazienti verso la terapia cognitivo-comportamentale basata sul digitale, se non possono accedere alle terapie condotte da un terapeuta.

## Prescrizione terapia cognitivo-comportamentale digitale



**Prescrizioni terapeutiche digitali per CBT-I**

- Accessibile, comodo
- Efficace<sup>[a]</sup>
- Può essere un risparmio sui costi<sup>[b]</sup>

**Meta-analisi di 48 studi pubblicati con 8343 partecipanti<sup>[a]</sup>**

- **La terapia individuale in loco** ha avuto i maggiori effetti (d di Cohen = -1,24; IC 95%: -1,77, -0,71)
- **Terapia di gruppo in loco seguita** (d di Cohen = 0,98; IC 95%: -1,42, -0,54)
- **La CBT-I su internet** (guidata e non guidata da un professionista) ha comunque avuto effetti moderati (guidata: d di Cohen = -0,67; 95% CI: -1,18, -0,16; non guidata: d = -0,76; 95% CI: -1,18, 0,33)

CBT-I: terapia cognitivo-comportamentale per l'insonnia.  
a. Simon F, et al. Presentato all'evento: World Sleep; 11-16 marzo; Roma, Italia. <https://ws2022.abstractserver.com/program/#/details/presentations/2214>; b. Sampson C, et al. BJP Open. Pubblicato online 2021:BJGPO.2021.0146.

**Dott. Neubauer:** Sì. Vedo che proprio quest'anno è stato pubblicato un altro report che è stato in grado di esaminare gli effetti della terapia cognitivo-comportamentale individuale, che ha avuto la migliore efficacia, seguita dal gruppo e poi dal digitale, che hanno comunque avuto effetti significativi.

**Dott. Muza:** Si tratta comunque una terapia con effetti significativi e il vantaggio principale è che è facilmente accessibile. Perciò dovremmo utilizzarla come risorsa.

### Nuovi dati: *studi di fase 3 su daridorexant*

Disegno	Efficacia (sonno notturno)	Efficacia (funzione diurna)
Due studi di fase 3 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ LED multicentrici, randomizzati, controllati con placebo</li> <li>▪ N = 1854 adulti (≥18 anni) con disturbo dell'insonnia</li> <li>▪ Placebo</li> <li>▪ Daridorexant 10 mg</li> <li>▪ Daridorexant 25 mg</li> <li>▪ Daridorexant 50 mg</li> </ul>	Miglioramento significativo con daridorexant 25 mg e 50 mg vs placebo in: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>latenza del sonno (LPS*)</b>, ma solo nello studio 1, non nello studio 2</li> <li>▪ <b>mantenimento del sonno (WASO*)</b></li> <li>▪ <b>tempo totale del sonno†</b></li> </ul>	Riduzione significativa con daridorexant 50 mg vs placebo in: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>sonnolenza diurna</b> (punteggio di dominio della sonnolenza IDSIQ)</li> </ul>

\*Determinato mediante polissonnografia. †Tempo di sonno totale soggettivo dai diari del sonno. LPS, latenza al sonno persistente; WASO, svegliarsi dopo essersi addormentati. Mignot E, et al. Lancet Neurol. 2022;21:125-139.

**Dott. Neubauer:** Sì. Okay. Abbiamo parlato poco fa dell'approvazione di nuovi farmaci e una delle pubblicazioni più importanti in questo ambito, nel 2022, è stata quella di Emmanuel Mignot e colleghi su Lancet Neurology, che ha analizzato due studi pivotali di fase 3 per il daridorexant e ha rilevato un miglioramento significativo rispetto al placebo nella latenza del sonno determinata polissonnograficamente e del risveglio dopo il sonno con la dose di 50 milligrammi, e anche per il WASO [Wakefulness after sleep onset] con la dose di 25 milligrammi.

Inoltre, sono stati registrati miglioramenti nel tempo totale di sonno con entrambe le dosi, e miglioramenti nella funzionalità diurna con la dose da 50 milligrammi, come rappresentato dal punteggio del dominio della sonnolenza.

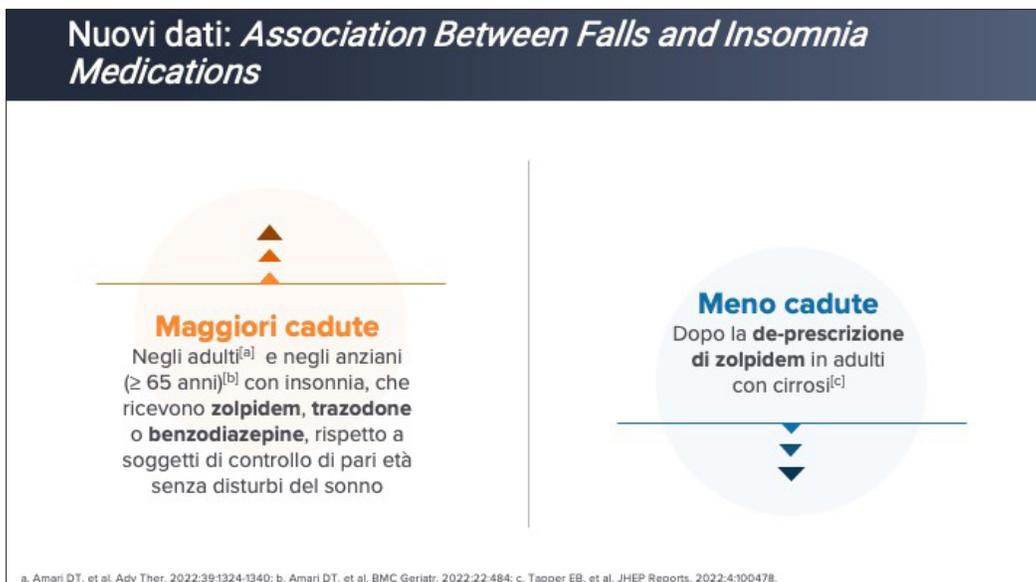
### Nuovi dati: *studi di fase 3 su daridorexant*

**Sicurezza e tollerabilità**

- Gli eventi avversi erano comparabili tra i gruppi placebo e daridorexant
  - Gli eventi avversi verificatisi in >3% e che sono risultati più comuni con daridorexant rispetto al placebo sono la **nasofaringite** e la **cefalea**
- Non è stato riportato alcun effetto residuo alla mattina successiva, come valutato ogni mattina tramite una scala analogica visiva
- Non si sono verificati insonnia di rimbalzo o sintomi di astinenza al momento della sospensione e non sono stati osservati casi di suicidio, ideazione suicidaria o autolesionismo.

Mignot E, et al. Lancet Neurol. 2022;21:125-139.

È interessante notare che le percentuali di effetti avversi erano simili tra i gruppi, cioè tra le dosi di farmaco e il placebo. Gli effetti collaterali più comuni sono stati nasofaringite e mal di testa per tutti i gruppi. Quindi, è stato tollerato abbastanza bene.



Ultimamente sono stati pubblicati anche alcuni report interessanti su possibili effetti avversi di tutta la gamma di farmaci prescritti per il sonno. Quindi, è sempre una preoccupazione la possibilità di avere effetti immediati durante la notte o la mattina successiva. Sono stati condotti studi su adulti e anziani a cui erano stati prescritti zolpidem, trazodone e benzodiazepine, in cui è emerso un rischio maggiore di cadute rispetto a soggetti di controllo senza disturbi del sonno. Quest’anno, inoltre, è stato pubblicato un report su persone affette da cirrosi epatica a cui era stato prescritto zolpidem, e la sospensione del farmaco ha portato a una riduzione delle cadute in queste persone.

Allora, Liborio, qualche idea da parte tua su queste nuove approvazioni, sui nuovi dati e sulle implicazioni per la pratica clinica?

## Prospettive degli esperti: impatto delle nuove approvazioni sulla pratica clinica

**Nuove approvazioni offrono nuovi strumenti per personalizzare il trattamento dell'insonnia**

**Gli antagonisti del recettore dell'orexina come daridorexant sono diversi perché presentano un meccanismo diverso rispetto ai precedenti farmaci per l'insonnia, che agiscono sui recettori GABA**

**La terapia cognitivo-comportamentale rimane un trattamento di prima linea e i pazienti devono essere indirizzati alla CBT-I o alla CBT-I digitale**

**I nuovi farmaci forniscono un'alternativa utile, ma si ricerca ancora la farmacoterapia "perfetta" per l'insonnia**

Parere dell'esperto Liborio Parrino, MD, PhD; Rexford Muza, MMED, FRCP

**Dott. Parrino:** Come clinici del sonno, e come medici in generale, siamo sempre entusiasti quando arrivano nuove opzioni, nuovi farmaci, perché offrono nuovi strumenti per personalizzare e cercare di definire il trattamento corretto per il singolo paziente. Inoltre, il nuovo farmaco in arrivo, il daridorexant, offre un nuovo paradigma perché non agisce sul bersaglio convenzionale, i recettori GABA, ma sul neuropeptide dell'ipotalamo, l'orexina. Quindi, ci offre anche un nuovo modo di aprire la mente e di affrontare nuove sfide per comprendere meglio la fisiopatologia dell'insonnia, nel tentativo di identificare il fenotipo, che è per lo più gestito e migliorato da questo nuovo potenziale trattamento. Siamo quindi molto, molto eccitati e molto curiosi rispetto al futuro.

**Dott. Neubauer:** E, Rexford, qual è il messaggio per i medici di base e gli altri fornitori di cure nella tua zona, in termini di utilizzo degli approcci cognitivo-comportamentali e dei nuovi farmaci in arrivo?

**Dott. Muza:** È un punto molto importante quello che hai sollevato. La terapia cognitivo-comportamentale, come ho detto prima, dovrebbe far parte del trattamento dell'insonnia e ora stiamo incoraggiando i nostri medici di base a indirizzare i pazienti verso questa terapia.

L'aggiunta di nuovi farmaci sul mercato ci offre un'alternativa molto, molto valida. Si è ancora alla ricerca di un farmaco perfetto: un farmaco che agisca immediatamente, un farmaco che agisca per tutta la notte, un farmaco che non dia la nausea mattutina, che non comprometta la memoria, che non influisca sulla guida e sulla concentrazione, che venga eliminato rapidamente dal sistema, che non causi dipendenza e tolleranza e, ovviamente, un farmaco che sia forse sicuro in caso di sovradosaggio. Quindi, stiamo ancora cercando quel farmaco.

**Prospettiva degli esperti:  
personalizzare il trattamento dell'insonnia**

**“**  
In clinica, di fronte  
al proprio paziente,  
è necessario  
**personalizzare  
il trattamento**  
**”**

Parere dell'esperto Rexford Muza, MMED, FRCP.

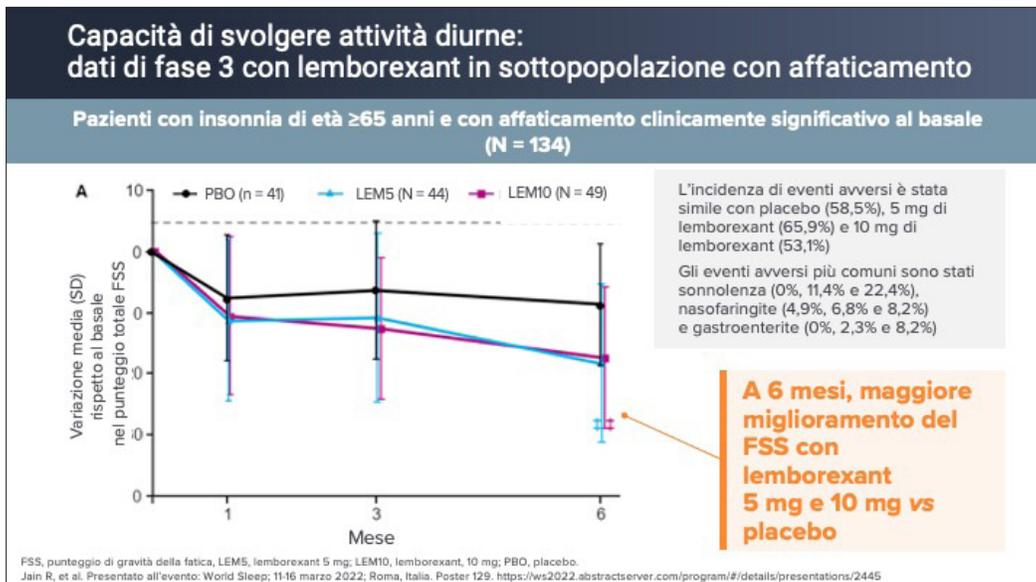
- Apnea nel sonno?**  
Evitare il sedativo ipnotico
- Alcolico?**  
Evitare i farmaci per l'insonnia che portano a dipendenza
- Comorbidità psichiatriche?**  
Scegliere farmaci per l'insonnia compatibili
- Problemi ad addormentarsi o a mantenere il sonno?**  
Selezionare i farmaci per addormentarsi, mantenere il sonno e/o risveglio mattutino precoce

Ma in ambulatorio, con il paziente di fronte a voi, è necessario comunque personalizzare il trattamento: fate domande al vostro paziente e poi scegliete il farmaco migliore per tale paziente. Il paziente soffre di apnea notturna? Allora forse è meglio evitare un sedativo ipnotico. Il paziente è un alcolista? Allora forse è meglio evitare un farmaco che provochi dipendenza. Il paziente presenta comorbidità psichiatriche? Allora è necessario tenerne conto. Il paziente soffre di insonnia da inizio sonno, mantenimento del sonno o risveglio mattutino precoce? È necessario un farmaco che copra queste fasi del sonno. Quindi sì, abbiamo un altro farmaco, un'altra alternativa da utilizzare, ma dobbiamo comunque scegliere i farmaci appropriati per il paziente che abbiamo davanti.

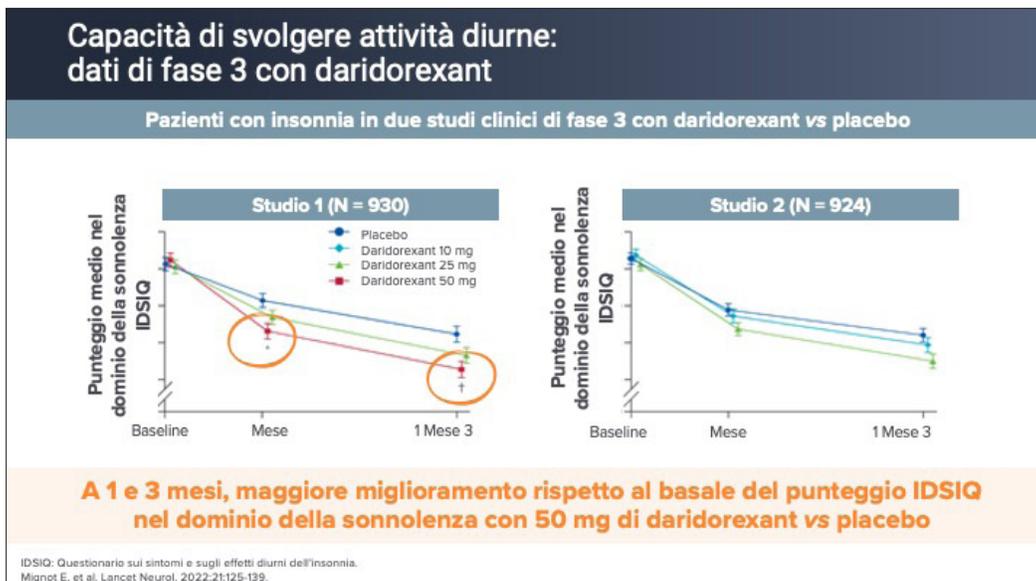
**Medscape**  
EDUCATION GLOBAL

## Capacità di svolgere attività diurne

**Dott. Neubauer:** Molto bene. Guardando gli argomenti pubblicati nell'ultimo anno e anche le presentazioni alle riunioni, c'è stata una forte attenzione sul funzionamento diurno. Abbiamo parlato dell'importanza di questo aspetto dal punto di vista diagnostico e per l'esperienza generale del paziente.



Uno dei report ha esaminato in particolare lemborexant, soprattutto in relazione all'affaticamento negli anziani. È stato preso in esame uno studio di fase 3, concentrandosi in particolare sui soggetti anziani: 134 di loro hanno ottenuto un punteggio elevato in termini di affaticamento al basale. È stato dimostrato che con il trattamento per un periodo di 6 mesi c'è stato un miglioramento significativamente maggiore nel punteggio affaticamento con le dosi di lemborexant rispetto al placebo.



Recentemente sono stati riportati anche dati relativi a daridorexant in relazione ai miglioramenti del funzionamento diurno negli studi di fase 3.

Capacità di svolgere attività diurne: questionario sugli effetti e i sintomi diurni dell'insonnia (IDSIQ)		
<b>Dominio della sonnolenza</b>	<b>Dominio dell'umore</b>	<b>Stato di allerta/cognizione</b>
Energia	Preoccupazione	Lucidità
Stanchezza mentale	Frustrazione	Concentrazione
Stanchezza fisica	Irritabilità	Smemoratezza
Sonnolenza	Stress	Sforzo
		Sentirsi riposati
		Essere svegli
<b>Punteggio totale IDSIQ (massimo 140)</b>		

Mignot E, et al. Lancet Neurol. 2022;21:125-139.

Esistono diversi modi di valutare il funzionamento diurno e finora non esisteva una scala coerente. È stato creato il questionario Insomnia Daytime Symptoms and Impacts, l'IDSIQ, utilizzato recentemente negli studi clinici. Sono stati quindi pubblicati alcuni nuovi report che chiariscono l'importanza di un cambiamento clinicamente significativo, e questo può essere utile in futuro. Anche in questo caso, sappiamo che i pazienti sono in grado di definire i loro problemi di sonno notturno. È stato più difficile ottenere risposte chiare sui domini delle difficoltà diurne.

Liborio, questi dati sul funzionamento diurno sono significativi? Sono quelli che ci si aspetterebbe dal meccanismo di questi farmaci che inibiscono la segnalazione dell'orexina?



**Dott. Parrino:** L'orexina è un neuropeptide molto tipico, legato all'alimentazione e alla veglia. Quindi, se si modulano i recettori di questo neuropeptide, sicuramente si modulano anche la vigilanza e l'alimentazione. Ma togliamo l'alimentazione, e ne parleremo forse più tardi. Quello che ci interessa capire è se la vigilanza può essere conservata durante il giorno e compromessa o rimodulata durante la notte. E sono certo che i dati preliminari siano incoraggianti in questo senso. Sembra che la direzione del daridorexant stia facendo un lavoro corretto, diminuendo l'eccitazione durante la notte e mantenendo una quantità e un livello di eccitazione corretti durante il giorno. Se riusciamo a bilanciare questi due estremi, ci avviciniamo a questo sogno ipnotico ideale che inseguiamo da tanti anni.

**Dott. Neubauer:** E ci dà l'opportunità di personalizzare maggiormente i farmaci. Come ho già detto, negli Stati Uniti abbiamo ora suvorexant, lemborexant, daridorexant... Ce ne sono altri in fase di sviluppo. Si tratta quindi di una nuova ed entusiasmante direzione farmacodinamica che riteniamo faccia una grande differenza in termini di benefici diurni sperimentabili dalle persone. Rexford, qual è il tuo messaggio per i medici di base sul tema del funzionamento diurno?

**Dott. Muza:** Credo che questo sia un aspetto molto importante dell'insonnia.

### Prospettiva degli esperti: l'insonnia è una condizione di 24 ore



**L'insonnia ha impatti drastici sulla notte e sul giorno, ed entrambi gli aspetti devono essere trattati**

**Monitorare i sintomi notturni e diurni**  
La funzione diurna deve essere misurata per monitorare l'impatto e il successo del trattamento

- Quanto è vigile durante il giorno? Si sente riposato?
- Com'è il suo umore? È irritabile?
- Come sono i suoi livelli di energia? È mentalmente stanco? Stanchezza fisica? Sonnolenza?

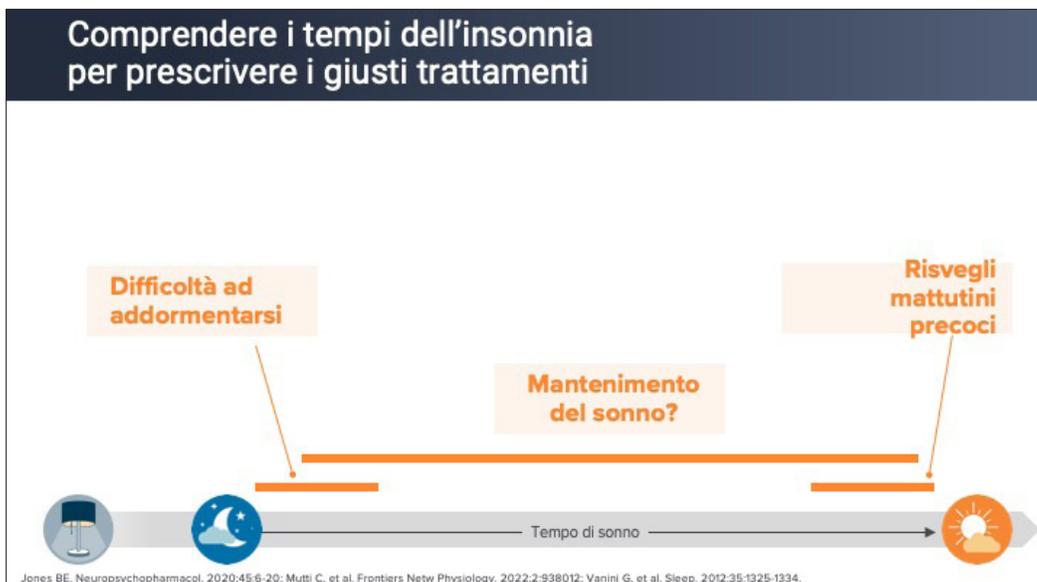
Parere dell'esperto Rexford Muza, MMED, FRCP.

Sappiamo ormai da tempo che l'insonnia è una condizione che dura 24 ore che ha impatti drastici sulla notte e sul giorno, e nel trattamento dell'insonnia vogliamo un farmaco che migliori la notte e migliori anche il giorno. Si deve quindi misurare il miglioramento degli indici notturni e di quelli diurni. Se si somministra un farmaco che stordisce il paziente e questo dorme come un ghio di notte, ma poi di giorno è come uno zombie, non può guidare l'auto, la sua concentrazione è scarsa, la sua memoria è scarsa, non stiamo apportando alcun beneficio al paziente. Quindi, dobbiamo misurare la funzionalità diurna. Dobbiamo sottolineare che questo è un aspetto del trattamento dell'insonnia che dobbiamo considerare dalla diagnosi al trattamento e al monitoraggio dei risultati del trattamento.

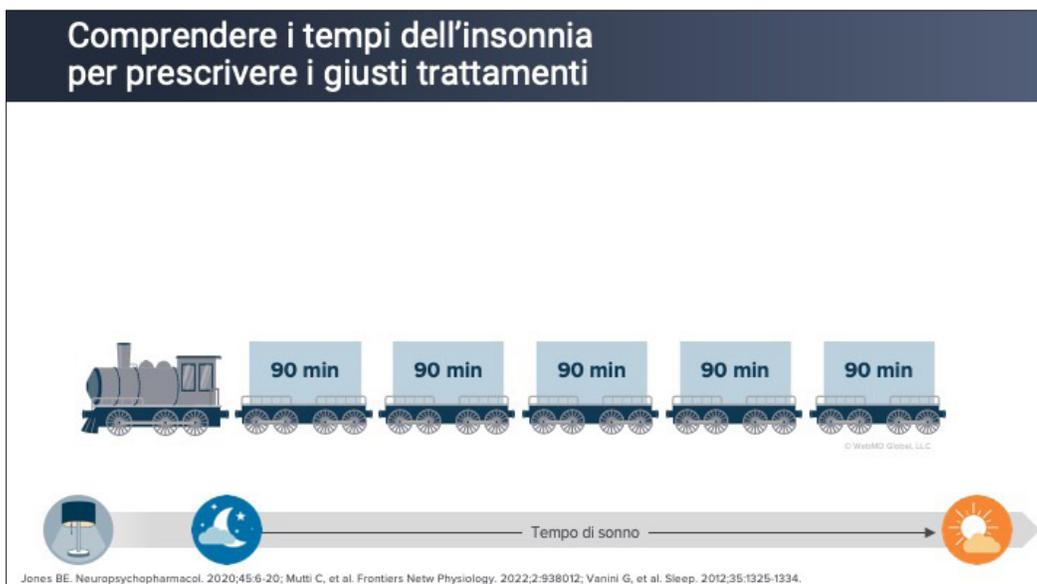
Medscape  
EDUCATION GLOBAL

## Meccanismi di insonnia e farmaci

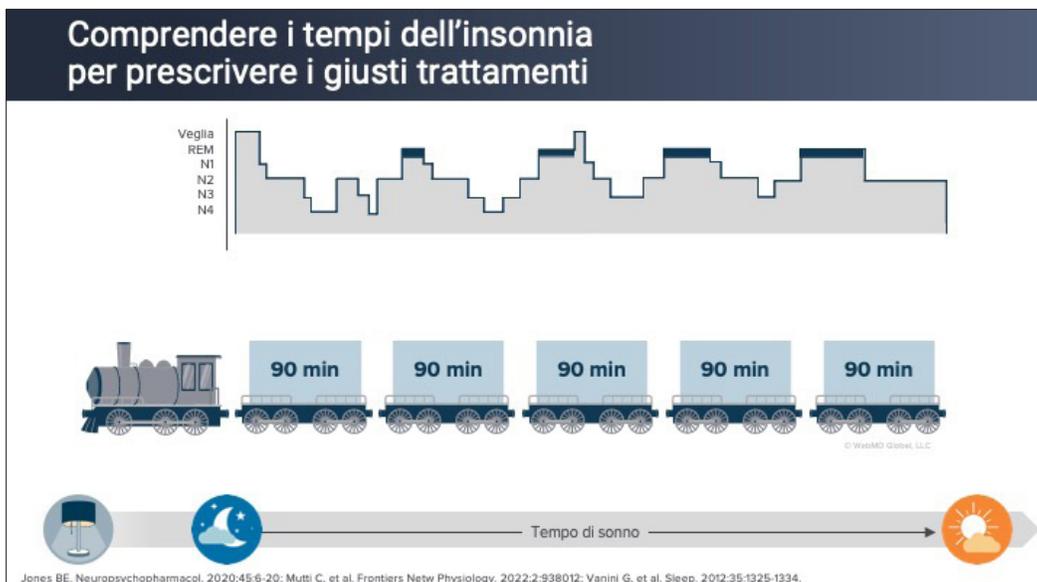
Continuiamo con il tema dei meccanismi e passiamo alla neurobiologia. Liborio, questo è un tuo interesse in termini di meccanismi e farmaci e di abbinamento con i tipi di insonnia per i quali selezionare trattamenti diversi tra i pazienti.



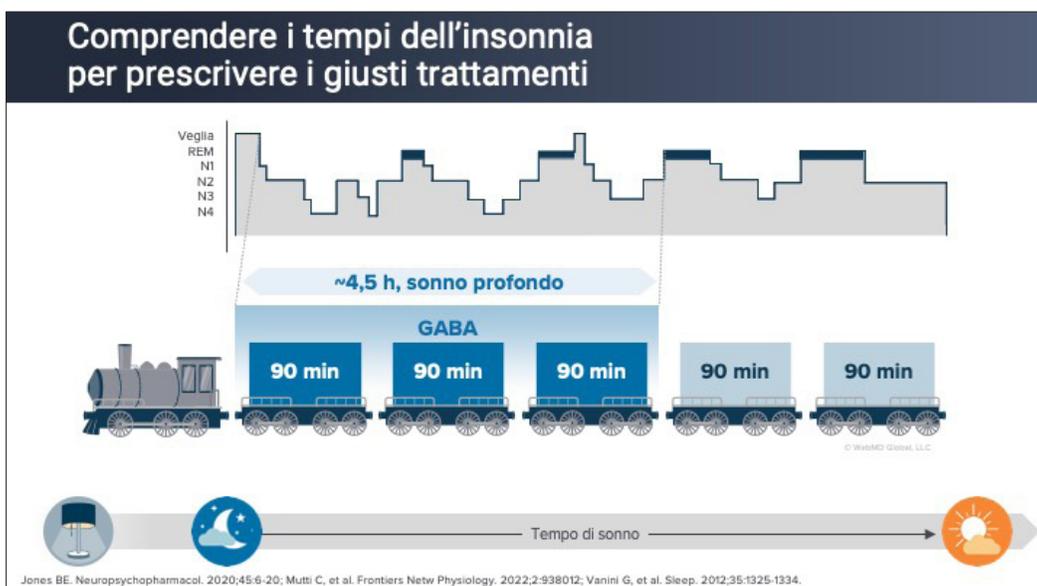
**Dott. Parrino:** Sì. Quando il paziente viene nel nostro studio, cerchiamo di capire di che tipo di insonnia soffre, perché il fenotipo della difficoltà ad addormentarsi o il fenotipo del risveglio mattutino è abbastanza facile da interpretare, ma non è chiaro quando il paziente dice: *"Ho problemi a mantenere il sonno"*, perché il sonno è come un treno con cinque vagoni e ogni



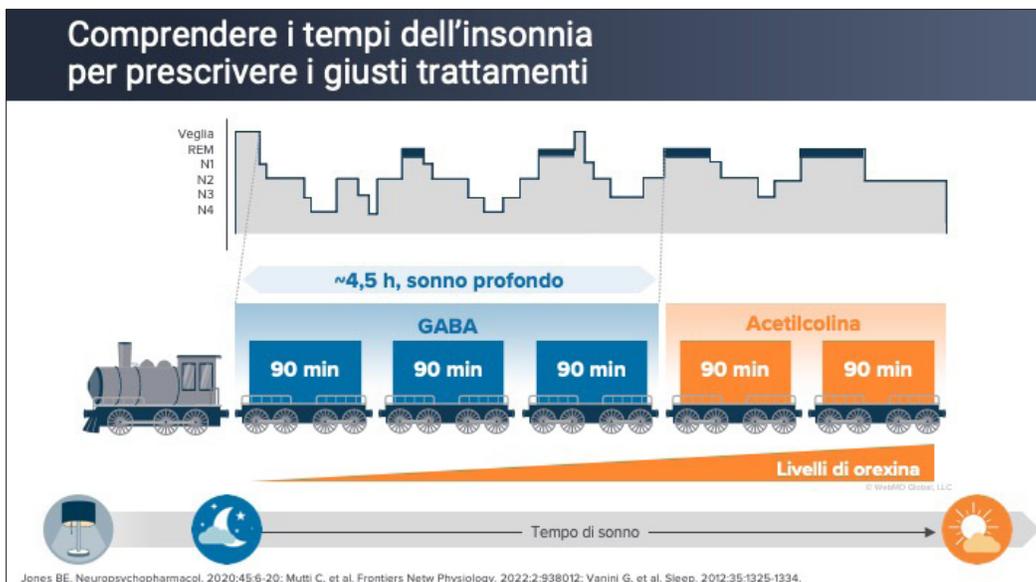
vagone ha una durata di circa 90 minuti,



il che equivale al ciclo del sonno, compreso il sonno non-REM e REM di ogni ciclo.



Ma la prima parte del sonno, in particolare i primi tre vagoni, che coprono approssimativamente le prime 4 ore - 4 ore e mezzo di durata del sonno, sono dominati da un neurotrasmettitore, il GABA, che è diverso dal trasmettitore che modula e prepara la veglia al mattino,



che si trova negli ultimi due vagoni del treno. Quindi, mostriamo l'immagine ai nostri pazienti - e questo può essere fatto anche dai medici di base nella loro attività di routine quotidiana - chiedendo al paziente:



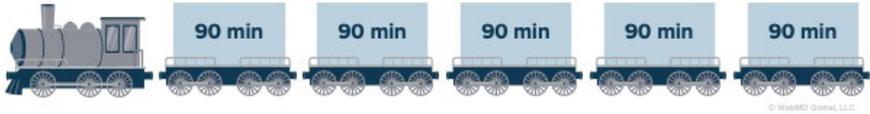
"In questa analogia, se si sveglia di notte, quando e dove si sveglia in questo treno?". È diverso anche in termini di strategie. Infatti, se ci si sveglia nella prima parte, probabilmente è necessario un GABAergico, mentre se ci si sveglia nella seconda parte, non è necessaria la soluzione GABAergica. Forse è meglio usare qualcosa che modula il neurotrasmettitore acetilcolina.

Ora che disponiamo di daridorexant, ovvero di un nuovo bersaglio dei recettori, cercheremo di capire quando e dove utilizzare questo tipo di farmaco. Come diceva prima Rexford, dobbiamo capire che una persona ha strumenti personalizzati per i diversi fenotipi.

## Utilizzo del treno del sonno con i pazienti

### Chiedere ai pazienti: "Dove si sveglia?"

I pazienti possono indicare l'arco di tempo problematico indicando il carrello appropriato  
Aiuta i pazienti a comprendere l'importanza dell'approccio personalizzato e migliora l'interazione tra medico e paziente



© WebMD Global, LLC

Parere dell'esperto Liborio Parrino, MD, PhD.

Ma per la prima volta, il paziente, quando gli viene mostrata l'analogia con il treno, capisce o comprende che c'è un modo per trattare il disturbo, e si rende conto che esiste un approccio personalizzato rispetto a chiedere, in modo generico: "Beh, non dorme bene?". No, c'è una spiegazione certa e chiara, e questo contribuisce anche a creare un'interazione positiva e instaurare feeling tra paziente e medico.

**Dott. Neubauer:** Sì, sono d'accordo e sottolineiamo ancora una volta che la nostra farmacopea è stata ampliata con questi doppi antagonisti dei recettori dell'orexina, che possono offrirci più scelte in termini di disturbi effettivi che le persone hanno di notte o durante il giorno.

Medscape  
EDUCATION GLOBAL

## Ritmo circadiano, sonno, dieta e salute metabolica

Un'altra area molto interessante che è stata riportata di recente è l'interazione tra sonno e cibo e, Liborio, vuoi commentare questi risultati?





**Dott. Muza:** Mi piace quello che hai detto, che è uno stile di vita, e credo che dobbiamo considerarlo tale e cambiare quello che è nelle nostre mani, il che ci porta a quello che dico sempre ai miei pazienti quando si presentano. La prima cosa che cerco di sottolineare è l'igiene del sonno. Ridurre la luce di notte: abbiamo già parlato della luce. Avere un sonno regolare: svegliarsi alla stessa ora. Ridurre il rumore di notte, la camera da letto è solo per il sonno e l'intimità. E il cibo che mangiate prima di andare a letto, mangiatelo al momento giusto e nel modo giusto. Quindi dovrebbe essere tutto parte integrante dello stile di vita quotidiano.

**Dott. Neubauer:** Esatto. Gli studi più recenti suggeriscono che sono principalmente gli alimenti ad alto contenuto di fibre, frutta e verdura a essere associati a una migliore qualità del sonno. Dunque, lo stile di vita è alla base. Non curerà necessariamente il disturbo dell'insonnia, ma è la base del trattamento e, francamente, è utile a tutti noi per migliorare il sonno.

Ci sono state ricerche interessanti che hanno messo insieme tutti questi ritmi: i ritmi circadiani, quando mangiamo, la regolarità del nostro ciclo sonno-veglia. Tutti questi elementi possono avere un forte effetto sul miglioramento della qualità del sonno notturno e del funzionamento diurno.

## Sleep and Food

**Gli orari in cui si assume cibo sono importanti**

L'assunzione di cibo dovrebbe avvenire durante la giornata biologica. Mangiare in tarda serata o durante la notte ha conseguenze metaboliche negative<sup>[a,b]</sup>



a. McHill A, et al. Presentato all'evento: SLEEP 2022, l'incontro annuale di Associated Professional Sleep Societies (APSS); 8 giugno 2022; Estratto 0222; b. Boege HL, et al. Curr Opin Biotech. 2021;70:1-6.

Fisiologicamente siamo progettati per mangiare durante il giorno biologico e digiunare durante la notte biologica. Smettere di mangiare diverse ore prima di andare a letto è, probabilmente, molto vantaggioso in termini di ciclo sonno-veglia e lo è sicuramente in termini di conseguenze metaboliche. Sappiamo che un pasto a tarda sera è molto più deleterio per il nostro metabolismo di quanto non lo sia lo stesso pasto nelle prime ore del giorno.

## Conclusioni



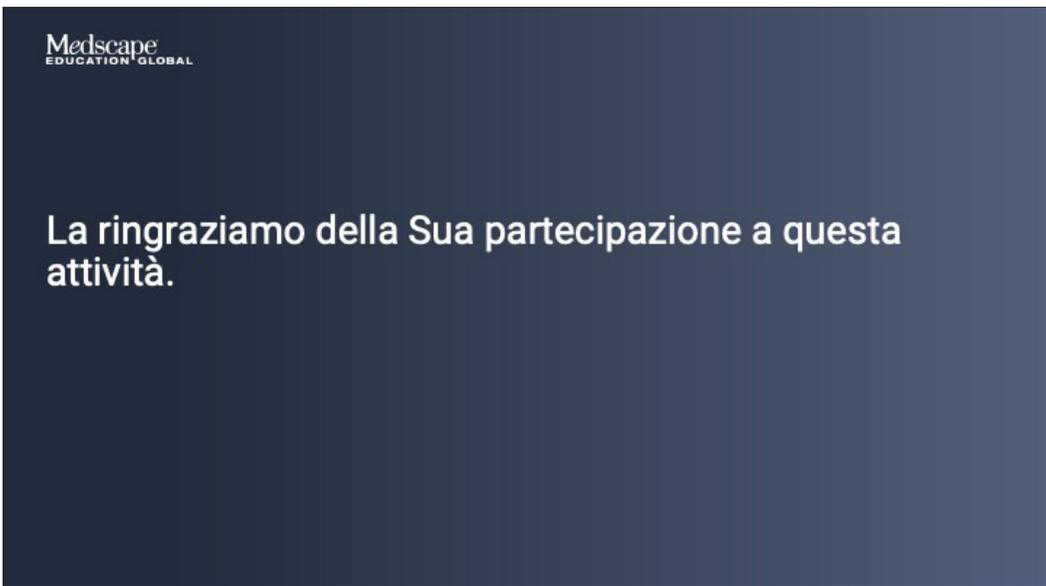
- È necessario fare di più per identificare le persone che soffrono di insonnia**
- Utilizzare trattamenti supportati da evidenze**  
Includere CBT-I, CBT-I digitale e opzioni farmacologiche per fornire cure personalizzate ai pazienti
- L'insonnia dovrebbe essere presa sul serio**  
Affrontare le preoccupazioni dei pazienti, chiedere informazioni sull'insonnia come per qualsiasi altro disturbo e trattare il singolo paziente in modo appropriato

Per concludere, riassumerò il punto di partenza: dobbiamo sforzarci di più per identificare i pazienti che soffrono di insonnia e indirizzarli verso un trattamento efficace. Inoltre, vorrei sottolineare che abbiamo grandi prove dell'efficacia delle strategie di terapia cognitivo-comportamentale, una serie di farmaci che ora sono ben studiati e approvati, e abbiamo l'opportunità di fornire cure più personalizzate ai pazienti. Vuoi aggiungere qualcosa, Rexford? Vuoi dire qualcosa per concludere?

**Dott. Muza:** No, non aggiungerò nulla di nuovo. La mia conclusione principale è che l'insonnia è una condizione molto importante che dovrebbe essere presa sul serio. Cerchiamo di rispondere alle preoccupazioni del paziente quando viene a farsi visitare. Chiediamo informazioni sull'insonnia nello stesso modo in cui faremmo domande a un paziente che arriva con [i postumi di] un ictus o con qualsiasi altra patologia, e impegniamoci a trattare il paziente in modo appropriato.

**Dott. Neubauer:** Molto bene. E Liborio, le ultime parole?

**Dr Parrino:** Dobbiamo rendere il sonno più amichevole, perché il sonno è un nostro amico naturale ed è stato dato a tutti. Non tutti hanno il diabete. Non tutti hanno malattie gravi, ma tutti dormono. Dobbiamo essere orgogliosi di dormire e felici di dormire, perché il sonno è un beneficio naturale.



**Dott. Neubauer:** Non potrei essere più d'accordo. Grazie, Rexford; grazie, Liborio, per questa preziosa discussione e grazie a voi per la vostra attenzione; continuate a rispondere alle domande che seguono e completate la valutazione.

## Docenti e dichiarazioni di conflitto d'interesse

Medscape, LLC richiede a tutti coloro che possono controllare il contenuto formativo di rivelare tutti i rapporti economici con le società non idonee che sono avvenuti negli ultimi 24 mesi. Le società non idonee sono organizzazioni la cui attività principale consiste nel produrre, commercializzare, vendere, rivendere o distribuire prodotti sanitari usati da o sui pazienti.

Tutti i rilevanti rapporti economici per coloro che sono in grado di controllare il contenuto di questa attività formativa sono elencati di seguito e sono stati mitigati in base alle politiche di Medscape. Altre persone coinvolte nella programmazione di questa attività non hanno rilevanti rapporti economici.

### **David Neubauer, MD**

Professore associato di Psichiatria e Scienze comportamentali  
Direttore associato del Johns Hopkins Sleep Disorders Center  
Johns Hopkins University School of Medicine  
Baltimore, Maryland, Stati Uniti

La partecipazione del Dott. Neubauer non costituisce né implica l'approvazione da parte della Johns Hopkins University o del Johns Hopkins Hospital and Health System.

**David Neubauer, MD**, ha rapporti finanziari pertinenti, come di seguito:

- Consulente o collaboratore di: Eisai Inc; Idorsia; Imbrium Therapeutics

### **Rexford T. Muza, MMED, FRCP**

ESRS Certified Somnologist  
Medico del sonno  
Centro per i disturbi del sonno  
Guy's Hospital  
Londra, Regno Unito

**Rexford T. Muza, MMED, FRCP**, non ha alcun rapporto finanziario pertinente.

### **Liborio Parrino, MD, PhD**

Professore di Neurologia  
Università di Parma  
Parma, Italia

**Liborio Parrino, MD, PhD**, ha rapporti finanziari pertinenti, come di seguito:

- Consulente o collaboratore di: Idorsia; Pierpaoli
- Relatore o membro dell'ufficio comunicazioni per: Idorsia
- Finanziamento della ricerca di: Idorsia; Pierpaoli

**MED/SCM/editore/autore delle informazioni e dichiarazioni per la divulgazione**

Katherine Carpenter, PhD ha rapporti finanziari pertinenti, come di seguito:

Direttrice della formazione medica, WebMD Global, LLC

- Consigliere o consulente di: Eisai (ex), GW Pharmaceuticals (ex)

**Ulteriori programmatori/revisori di informazioni e dichiarazioni per la divulgazione**

**Revisore della compliance/programmatrice infermieri**

Lisa Simani, APRN, MS, ACNP

Direttrice associata, accreditamento e compliance, Medscape, LLC

Lisa Simani, APRN, MS, ACNP, non ha alcun rapporto finanziario pertinente.

- **Peer Reviewer:** Questa attività è stata sottoposta a peer reviewer e il revisore non ha rapporti finanziari pertinenti.

## Dichiarazione di non responsabilità

Questo documento è unicamente a scopo didattico. Per la lettura dei contenuti del presente documento non sarà riconosciuto alcun credito di Educazione medica continua (Continuing Medical Education, CME). Per partecipare a questa attività, visitare il sito [www.medscape.org/viewarticle/983286](http://www.medscape.org/viewarticle/983286)

Per domande relative al contenuto di questa attività, contattare il fornitore dell'attività formativa all'indirizzo [CME@medscape.net](mailto:CME@medscape.net).

Per assistenza tecnica, contattare [CME@medscape.net](mailto:CME@medscape.net).

L'attività formativa presentata sopra può comportare scenari simulati basati su casi. I pazienti raffigurati in tali scenari sono fittizi. Non vi è e non va ricercata alcuna associazione intenzionale a pazienti reali.

Il materiale qui presentato non riflette necessariamente le opinioni di Medscape LLC e delle aziende che supportano la programmazione formativa su [medscape.org](http://medscape.org). Questi materiali possono trattare di prodotti terapeutici non approvati dalla Food and Drug Administration statunitense e dell'utilizzo di prodotti fuori etichetta approvati. È necessario consultare un professionista sanitario qualificato prima di utilizzare qualsiasi prodotto terapeutico discusso. I lettori sono tenuti a verificare tutte le informazioni e tutti i dati prima di trattare i pazienti o utilizzare le terapie descritte in questa attività formativa.

Medscape Education © 2022 Medscape, LLC