



Dormire con il proprio bambino

Guest editor: Helen Ball¹

Chi dorme con il proprio bambino, e perché?

I bambini dormono nel letto dei genitori più frequentemente nelle prime settimane di vita che a qualsiasi altra età. Di notte tra il 20 e il 25% dei bambini di età inferiore ai tre mesi condivide il letto con un genitore. Dai tre mesi in su fino al 70% dei piccoli che vivono in famiglie europee e americane dorme nel lettone in una o più occasioni^{2,3,4}.

Le ragioni elencate dai genitori intervistati sul sonno condiviso con i figli sono svariate^{5,6,7}. Le loro risposte sono espressione di principi culturali e religiosi profondamente radicati, così come di particolari filosofie educative; esse richiamano i legami fisiologici tra allattamento notturno e allattamento al seno, e rimandano alla spinta biologica all'origine del legame di attaccamento e del bisogno di contatto. A livello pratico gli stessi genitori aggiungono che dormire con il bambino facilita l'accudimento notturno, contribuisce a sorvegliare il bebè, è comodo, e agevola il sonno. Altri dichiarano di non disporre di luoghi alternativi dove far dormire il bambino di notte, o che si addormentano con lui senza volerlo. Per le mamme che allattano si tratta di motivi tutti molto validi, quindi non sorprende che, nel mondo, il maggior numero di condivisioni del letto si registri tra le madri che nutrono i propri piccoli al seno.

Malgrado sia un dato di fatto che la maggior parte delle madri che allattano dorma con i propri figli, la frequenza e le modalità con cui tale pratica si esplica sono estremamente variabili.

Alcune lo fanno ogni notte per tutta la notte, altre solo alcune ore, altre ancora soltanto occasionalmente, infine ci sono madri che si addormentano per caso durante la poppata senza accorgersene. Sebbene molte mamme che allattano confessino di essersi sentite dire che condividere il sonno è sbagliato⁸, a quasi tutte accade di addormentarsi con il proprio bambino, a letto o su una sedia o su un divano, si considerino esse o no mamme "pro-condivisione".

È quindi fondamentale che i professionisti a sostegno delle madri che allattano al seno ricevano la giusta formazione sulle tematiche legate alla condivisione del sonno, e illustrino alle neomamme quanto le evidenze scientifiche supportino la loro scelta.

¹ Professore di Antropologia e Direttore degli studi post lauream, Direttore dello Sleep Lab, Durham University, Dawson Building, South Road, Durham, DH1 3LE, UK. E-mail: h.l.ball@durham.ac.uk

² Blair PS, Ball HL. The prevalence and characteristics associated with parent-infant bed-sharing in England. Arch Dis Child 2004;89:1106-10

³ McCoy RC, Hunt CE, Lesko SM et al. Frequency of bed sharing and its relationship to breastfeeding. J Dev Behav Pediatr 2004;25:141-9

⁴ Ball H. Airway covering during bed-sharing. Child Care Health Dev 2009;35:728-3

⁵ Ball HL. Breastfeeding, bed-sharing, and infant sleep. Birth 2003;30:181-8

⁶ Culver ED. Exploring bed-sharing mothers' motives and decision-making for getting through the night intact: a grounded theory. Journal of Midwifery and Women's Health. American College of Nurse-Midwives, Silver Spring MD, 2009

⁷ Ateah CA, Hamelin KJ. Maternal bedsharing practices, experiences, and awareness of risks. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2008;37:274-81

⁸ La scorrettezza del condividere il letto può riferirsi alla possibilità che sia pericoloso, il che implica che sia irresponsabile, o che sia sbagliato, cioè moralmente o culturalmente inappropriato secondo un certo giudizio di valore. In qualunque modo sia espresso o interpretato, l'etichettare la condivisione del letto come scorretta porta ad evocare paura o senso di colpa nei genitori.

Domande, domande, domande...

È ovvio che i dubbi sollevati della condivisione del sonno (sia essa nel letto degli adulti o su altre superfici) siano numerosi. Tale pratica può provocare la SIDS (sindrome della morte improvvisa del lattante)? Può prevenirla? C'è il rischio che i bambini soffochino o restino schiacciati? Le madri dormono di più o di meno? Dormire con il bambino è pericoloso se non lo si allatta? E nel caso di neonati molto piccoli o prematuri? Che cosa succede se i genitori fumano o bevono? Dormire assieme aiuta le madri ad allattare al seno? L'allattamento protegge i bambini dai rischi del sonno condiviso? Dove si dovrebbe allattare di notte? La notte è meglio allattare seduti o sdraiati? Come condividere il letto? Come renderlo più sicuro?

Le domande riguardo condivisione del letto non sono semplici, quindi molte di esse non ricevono risposte semplici. Le evidenze scientifiche sono contraddittorie, così come le linee guida pubblicate da varie associazioni.

Gran parte dei quesiti sono, inoltre, difficili da sondare, tanto tale pratica risulta strettamente legata a molti altri aspetti della genitorialità, con risvolti diversi. In più sono rare le ricerche in cui i bambini allattati al seno e quelli non allattati al seno vengono presi in esame separatamente.

Le nostre conoscenze sono, quindi, incomplete e le linee guida in circolazione riflettono le competenze o le priorità dell'organizzazione che le ha commissionate⁹.

I genitori devono fare perciò appello al proprio giudizio per determinare che cosa funzioni, sia meglio o sicuro, per sé e per il proprio bambino – e per farlo necessitano di informazioni.

Lo scorso anno io e la collega dottoressa Charlotte Russell abbiamo lavorato, in collaborazione con diverse organizzazioni del Regno Unito (La Leche League, National Childbirth Trust, l'Iniziativa UNICEF Ospedali Amici dei Bambini), alla realizzazione di un sito informativo sul sonno del neonato (ISIS), con l'obiettivo di informare genitori e operatori sanitari delle ricerche e delle evidenze scientifiche disponibili riguardo dove e come dormono i bambini (www.isisonline.org.uk). Questo editoriale riassumerà alcuni dei temi affrontati sul sito e prenderà in esame le modalità con cui le ricerche più recenti forniscono informazioni utili a genitori e professionisti della salute.

Perché la condivisione del letto è considerata pericolosa?

Il dibattito intorno al sonno infantile e alla sua sicurezza ha una storia molto lunga, che affonda le radici nella nostra stessa evoluzione. Durante le conferenze da me tenute spesso spiego al pubblico le caratteristiche evolutive dei cuccioli d'uomo e perché madri e neonati richiedano, nei primi mesi di vita, contatto fisico reciproco: dal momento che, alla nascita, i piccoli d'uomo non sono completamente sviluppati, essi necessitano di protezione costante per diverse settimane, di essere nutriti di frequente, anche di notte.

Il mio intento è quello di spiegare perché spesso le madri avvertano il bisogno di dormire con i loro bambini e perché i bambini rispondano positivamente al contatto.

Benché il contatto durante il sonno faccia parte della nostra evoluzione biologica, questo non significa che sia privo di rischi. A volte vedo come si ricorra ad argomentazioni biologiche per confutare obiezioni pertinenti la sicurezza (ad esempio, "altri mammiferi dormono con i loro cuccioli senza far loro del male"). È vero che è assolutamente la norma, tra i mammiferi, che madri ed figli dormano in stretto contatto, ma dovremmo ricordare che in natura è altresì frequente che un mammifero muoia durante l'infanzia.

Allo stesso modo nella storia dell'uomo si sono registrati tassi elevati di mortalità infantile e diversi

⁹ Ball HL, Volpe LE. Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) risk reduction and infant sleep location-Moving the discussion forward. Soc Sci Med 2012; doi:10.1016/j.socscimed.2012.03.025

bambini sono morti mentre dormivano con la madre, per ragioni forse accidentali, forse intenzionali, o non riconducibili a dove dormisse la vittima. Uno dei primi aspetti della mortalità infantile su cui si è indagato è la morte per schiacciamento, che nell'Europa medievale veniva definita "infanticidio occulto"¹⁰, mentre nella Scozia del Diciannovesimo secolo veniva ricondotta all'abuso materno di alcol¹¹. Per prevenire le morti da schiacciamento, intenzionali o accidentali, e proteggere i bambini che dormivano con la madre, in Italia fu inventato l'Arcuccio¹² (Figura 1).

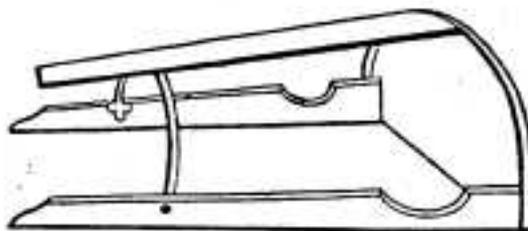


Figura 1: L'Arcuccio: strumento per la prevenzione dello schiacciamento dei bambini. *British Medical Journal*, 10 agosto 1895

In altri Paesi, complice un maggior benessere, abitazioni più spaziose e la moda delle camere da letto personali, diversi strumenti già da lungo tempo utilizzati per il trasporto e il sonno diurno dei neonati (vedi culle e cestini) furono riconvertiti a superfici per il sonno notturno. Influenze queste che hanno dato vita, in molti Paesi post-industriali, a pratiche di sonno infantile culturalmente indotte, non più in linea con l'evoluzione biologica della coppia madre-figlio. La discordanza tra la recente storia culturale dell'accudimento infantile e la sua lunga storia evolutiva risulta alla base del dibattito sulla condivisione del letto.

Con il miglioramento, tra il XIX e XX secolo, delle condizioni igieniche e di vita dei Paesi più ricchi il tasso di mortalità infantile si ridusse fino a toccare livelli che oggi risultano i più bassi mai raggiunti. In quei Paesi uno degli obiettivi della medicina occidentale – scongiurare qualsiasi forma di morte infantile evitabile – fu perseguito con grande successo. In virtù dell'evoluzione delle conoscenze mediche i dottori riuscivano a tenere in vita bambini senza madre ricorrendo a incubatrici e latti artificiali. Alla fine le madri divennero superflue per la sopravvivenza dei loro figli.

Alla metà del XX secolo, i bambini occidentali dormivano prevalentemente nella loro stanza, in camere appositamente arredate, nutriti con formule a base di latte vaccino chimicamente modificato.

Ma sebbene il presunto rischio legato al corpo addormentato della madre fosse ormai scongiurato, non si spiegava perché i bambini continuassero a morire nelle loro culle, fenomeno divenuto noto nel gergo comune come morte in culla. Oggi in molti Paesi i Child Death Review Panels (gruppi di revisione sulla mortalità infantile), le schede di mortalità infantile e i comitati di tutela dei bambini rivestono un ruolo decisivo nell'indagine scrupolosa di ogni caso di morte infantile, volta alla futura prevenzione.

La SIDS...

A partire dal 1965 la morte improvvisa di un bambino della quale non fosse stato possibile individuare la causa fu classificata come Sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS), e comportò l'inserimento di nuovo codice nella Classificazione Internazionale delle Malattie.

¹⁰ Spinelli MG. Infanticide: psychosocial and legal perspectives on mothers who kill. American Psychiatric Publishing, Arlington VA, 2003

¹¹ Russell-Jones DL. Sudden infant death in history and literature. *Arch Dis Child* 1985;60:278-81

¹² <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2508215/pdf/brmedj08781-0040.pdf>

La SIDS, quindi, non è una vera e propria causa di morte nei bambini, ma una categoria alla quale assegnare decessi privi di causa apparente.

La ricerca dei meccanismi alla base di queste morti finora non ha avuto successo: non è ancora noto perché i bambini muoiano improvvisamente nel sonno. Tuttavia, sono stati riconosciuti alcuni elementi riconducibili alla SIDS, come la posizione prona nel sonno, l'esposizione al fumo, e il mancato allattamento al seno. Queste circostanze sono comunemente note come fattori di rischio. Se un bambino risulta esposto a più fattori di rischio, il pericolo aumenta in maniera netta.

Alcuni di questi fattori, come parto prematuro, basso peso alla nascita, o esposizione al fumo prenatale, sono associati alla vulnerabilità intrinseca del bambino. Dopo la nascita essi non sono modificabili.

Tuttavia, si ritiene che ulteriori fattori, legati al contesto in cui ci si prende cura del bambino, siano in grado di produrre uno stress che un essere vulnerabile sottoposto a un periodo critico di sviluppo non è in grado di superare; si tratta del cosiddetto modello del triplo rischio di SIDS (Figura 2)¹³.

Gli aspetti legati all'accudimento del bambino appena illustrati sono generalmente considerati rischi modificabili (ad esempio, posizione nel sonno, pesantezza delle coperte, utilizzo di un berrettino, alimentazione, uso del ciuccio, genitori fumatori), e costituiscono la base di molte campagne nazionali di prevenzione contro la SIDS. Alcune semplici campagne (come "Back to Sleep" [per la promozione del sonno in posizione supina, N.d.T.]) hanno registrato un notevole successo, ma si tratta di fuochi di paglia che rischiano di intralciare ulteriori azioni volte a ridurre la SIDS¹⁴.



Figura 2: Modello del triplo rischio di SIDS.

... e la condivisione del letto

Nel 1986 l'antropologo James McKenna ipotizzò che una spiegazione per la SIDS potesse risiedere nella separazione tra madre e bambino durante la notte, modalità storicamente e culturalmente unica, diffusa in alcuni Paesi occidentali¹⁵. Gli studi allora condotti sulla sindrome si concentravano sui mancati risvegli del bambino con conseguente arresto della respirazione (apnea centrale), visti come potenziali precursori della morte infantile inattesa. McKenna suggerì che dormire in un

¹³ Filiano JJ, Kinney HC. A perspective on neuropathologic findings in victims of the sudden infant death syndrome: the triple-risk model. *Biol Neonate* 1994;65:194-7

¹⁴ Ball HL, Volpe LE. Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) risk reduction and infant sleep location-Moving the discussion forward. *Soc Sci Med* 2012; doi:10.1016/j.socscimed.2012.03.025

¹⁵ McKenna JJ. An anthropological perspective on the sudden infant death syndrome (SIDS): the role of parental breathing cues and speech breathing adaptations. *Med Anthropol* 1986;10:9-92

ambiente arricchito a livello sensoriale dallo stretto contatto prevenisse l'apnea del bambino grazie ai suoni prodotti dalla madre, i suoi movimenti e la respirazione¹⁶. Un'ipotesi popolare abbracciata da numerosi genitori, in particolare quelli che già apprezzavano il contatto notturno con i bambini per le ragioni filosofiche o pratiche descritte in precedenza.

Sebbene lo studio di McKenna dimostrasse l'esistenza di un elevato grado di sincronia fisiologica durante il sonno tra madri e neonati¹⁷, le ricerche sugli ambienti in cui veniva condiviso il sonno evidenziavano che la condivisione del letto era un ulteriore fattore associabile all'aumento della SIDS, specie se praticata con un genitore fumatore^{18,19}. Negli ultimi 20 anni si sono susseguiti studi e dibattiti sui rischi reali e presunti della condivisione del letto e sugli eventuali vantaggi.

Non esistono studi epidemiologici che forniscano la prova certa di come la condivisione del letto riduca il rischio di SIDS, malgrado vi siano evidenze nette secondo cui il sonno condiviso (in camera con i genitori) risulti protettivo.

Inoltre oggi appare chiaro che certi comportamenti e ambienti contribuiscano a rendere alcune forme di sonno condiviso tra adulti e bambini particolarmente pericolose.

Quali sono i rischi?

Gli studi sul rapporto tra condivisione del letto e SIDS sono contraddittori, con qualche evidenza di un maggior rischio di SIDS solo nei bambini che condividono il letto con genitori fumatori, e altre che riscontrano lo stesso rapporto anche per i non fumatori. Ciò ha portato, in alcuni Paesi e da parte di organizzazioni di consulenza ai genitori, a sconsigliare sempre il sonno condiviso nello stesso letto o a evitarlo in determinate circostanze. I risultati delle ricerche svolte sono stati analizzati da una recente meta-analisi sui dati provenienti da 11 studi caso-controllo nazionali riguardo la correlazione tra SIDS e ambiente del sonno, condotti tra il 1987 e il 2006²⁰. Tre studi provenivano dagli Stati Uniti, quattro dal Regno Unito, e i restanti rispettivamente da Germania, Irlanda, Nuova Zelanda e Norvegia. La revisione prendeva in considerazione un'ampia definizione di condivisione del letto comprensiva di qualsiasi superficie condivisa tra adulti e bambini.

In generale il rischio di SIDS aumentava di quasi 3 volte nella condivisione del letto su qualsiasi superficie. I dati relativi al fumo materno erano disponibili solo in 4 studi e dimostravano un rischio 6 volte maggiore in caso di fumo materno e condivisione del letto (su qualsiasi superficie), mentre questo aumentava di 1,66 volte nelle madri non fumatrici, dato che indica un rischio significativamente più alto solo nei fumatori.

I dati relativi a età infantile e condivisione del letto (su qualsiasi superficie) erano disponibili solo in 3 studi e furono esaminati per tutti i casi, indipendentemente dall'abitudine al fumo.

Il rischio per i bambini di età inferiore alle 12 settimane era di circa 10 volte superiore a quello dei bambini di 12 settimane e oltre.

Tuttavia, in assenza di dati più analitici sull'abitudine al fumo, e di informazioni sul tipo di superficie del sonno (ad esempio divano o letto), è difficile contestualizzare l'apparente maggior rischio nei bambini più piccoli. Va inoltre ricordato che le 12 settimane di età sono un limite arbitrario e che la definizione bambino più piccolo varia da studio a studio.

In 2 studi sulla condivisione del letto di routine (su qualsiasi superficie di sonno) non risultò alcuna associazione con la SIDS, ma 5 rivelarono un aumento di SIDS più che raddoppiato laddove il sonno

¹⁶ McKenna JJ, Mosko S, Dungy C, McAninch J. Sleep and arousal patterns of co-sleeping human mother/infant pairs: a preliminary physiological study with implications for the study of sudden infant death syndrome (SIDS). *Am J Phys Anthropol* 1990;83:331-47

¹⁷ McKenna JJ, Ball HL, Gettler LT. Mother-infant cosleeping, breastfeeding and sudden infant death syndrome: what biological anthropology has discovered about normal infant sleep and pediatric sleep medicine. *Am J Phys Anthropol* 2007;Suppl 45:133-61

¹⁸ Mitchell EA, Scragg R. Are infants sharing a bed with another person at increased risk of sudden infant death syndrome? *Sleep* 1993;16:387-9

¹⁹ Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ et al. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. CESDI SUDI research group. *BMJ* 1999;319:1457-61

²⁰ Vennemann MM, Hense HW, Bajanowski T et al. Bed sharing and the risk of sudden infant death syndrome: can we resolve the debate? *J Pediatr* 2012;160:44-8

condiviso non era una pratica di routine.

Benché descritto come meta-analisi di 11 studi, solo il rischio globale di SIDS in relazione alla condivisione del letto include effettivamente i dati complessivi di tutti gli studi esaminati.

Nel caso di analisi condotte su sottogruppi venivano messi a confronto dati provenienti da meno della metà degli studi – quando andava bene – e le variabili venivano esaminate isolatamente l'una dall'altra. È frustrante non disporre di informazioni chiare su come il fumo o la saltuaria condivisione del sonno possano costituire un rischio sproporzionatamente maggiore per i bambini più piccoli, o sul contributo del sonno condiviso sul divano o del consumo di alcol in questa fascia di età apparentemente vulnerabile.

Se questa recente meta-analisi recensiva prevalentemente dati ora piuttosto vecchi (tra cui quelli raccolti prima e durante la campagna Back to Sleep e sul calo drastico delle morti per SIDS degli anni Novanta), gli studi più recenti permettono di effettuare ulteriori approfondimenti. Da quando la guida alla prevenzione della SIDS consiglia di far dormire il bambino supino in una culla o lettino, senza berretti e senza essere troppo coperto, togliendo piumoni, peluche e paracolpi, il tasso di morti infantili improvvise si è ridotto. Oggi i ricercatori stanno iniziando ad applicare gli stessi principi per individuare i fattori coinvolti nella condivisione del letto. In Inghilterra lo SWISS (South West Infant Sleep Study)²¹ – studio di popolazione caso-controllo – ha messo a confronto per 4 anni 80 morti infantili che soddisfacevano i criteri per la SIDS con i dati provenienti da due gruppi di controllo di pari età. Il termine 'co-sleeping' è stato usato per definire il sonno condiviso tra adulto e bambino su un letto o un divano. Tra le vittime della SIDS, il 54% è morto mentre condivideva il sonno contro il 20% dei bambini di entrambi i gruppi di controllo. E' stata rilevata un'interazione significativa tra bambini che condividono il sonno con genitori che consumano alcool o droghe (31% vs 3%) e su un divano (17% vs 1%). Gli autori hanno concluso che molti dei bambini morti di SIDS avevano dormito con un adulto in un ambiente pericoloso.

Le influenze principali sul rischio, al di là dai marcatori di povertà socio-economica, erano l'uso di alcool o droghe prima di condividere il letto, e dormire sul divano. Sebbene i dati relativi al 'tentato allattamento' da parte delle madri siano stati confrontati per i casi e controlli, non è stata rilevata alcuna relazione con la SIDS. Tuttavia non sono stati forniti dati più specifici sul tipo di alimentazione del neonato al momento della morte. Ora è chiaro quali siano le caratteristiche dell'ambiente adibito al sonno condiviso che contribuiscono ad aumentare il rischio di SIDS, spesso in combinazione tra loro: fumo, alcol e droga, dormire con il bambino sul divano.

Uno studio sul sonno condiviso condotto in Alaska, per esempio²², rilevò che, nel 99% dei casi, era presente almeno un fattore di rischio (ad esempio, il fumo materno, il sonno condiviso con un individuo facente uso di sostanze che compromettessero lucidità e risveglio), concludendo che di per sé la condivisione del letto non aumenterebbe il rischio di mortalità infantile.

Le morti infantili accidentali: soffocamento e schiacciamento

Oltre agli episodi di SIDS verificabili durante la condivisione del letto, esiste una letteratura sempre più ampia su ambienti del sonno infantile e morte improvvisa accidentale nell'infanzia (SUDI). Distinguere tra SIDS e SUDI accidentale è sempre stato difficile a causa della mancanza di chiari criteri diagnostici che distinguessero la SIDS dal leggero soffocamento. Se le prove per soffocamento potenziale sono circostanziali (es. presenza di un'altra persona durante il sonno) il medico legale può classificare una morte infantile come decesso per cause imprecisate.

²¹ Blair PS, Sidebotham P, Evason-Coombe C, Edmonds M, Heckstall-Smith EM, Fleming P. Hazardous cosleeping environments and risk factors amenable to change: case-control study of SIDS in south west England. *BMJ* 2009;339:b3666

²² Blabey MH, Gessner BD. Infant bed-sharing practices and associated risk factors among births and infant deaths in Alaska. *Public Health Rep* 2009; 124:527-34

Recentemente, nel Regno Unito e negli Stati Uniti^{23,24}, gli ambienti di sonno condiviso sono stati messi in relazione con la mortalità infantile per soffocamento. Pertanto, oltre al problema di stabilire se, in un determinato contesto, la condivisione del letto comporti un maggior rischio di SIDS, tutti i genitori sono richiamati a prestare attenzione all'eventualità di morte infantile accidentale durante la condivisione del sonno. La responsabilità genitoriale è un tema importante sia per la SIDS che per la SUDI accidentale. Se i genitori prendono in considerazione i problemi di sicurezza legati alla condivisione del letto prima di coricarsi con il proprio bambino per la prima volta, il rischio di addormentarsi accidentalmente con il bambino in un ambiente pericoloso risulterà contenuto. Ciò è particolarmente importante quando l'alcol e/o altre droghe alterano temporaneamente la capacità di giudizio dei genitori. Dovrebbe essere un adulto sobrio, infatti, a prendere decisioni inerenti la sicurezza di un bambino.

Allattamento al seno e condivisione del letto: cosa sappiamo?

La ricerca conferma ciò che le madri che allattano spesso riferiscono: la condivisione del letto facilita l'allattamento al seno notturno frequente. Diversi studi hanno rilevato che, sebbene la condivisione del letto con madri che allattano comporti risvegli più frequenti per la poppata, esse rimangono sveglie per periodi più brevi, riaddormentandosi più in fretta²⁵ e più a lungo²⁶ rispetto alle madri che non condividono il letto. Un recente studio svedese ha messo in relazione condivisione del letto e tre o più risvegli notturni, interpretando questo dato come sintomo di problemi del sonno piuttosto che come necessità del bambino di essere nutrito spesso al seno anche di notte²⁷. Sebbene gli stessi autori abbiano registrato, in Svezia, una relazione tra condivisione del letto ed essere genitore single, nel Regno Unito, al contrario, abbiamo rilevato che il numero di madri sole che condividano il letto con il proprio bambino è inferiore a quello delle madri conviventi²⁸. Altri studi hanno confermato che l'allattamento al seno è ricollegabile ad una durata del sonno maggiore o equivalente a quella generalmente riscontrata nell'alimentazione artificiale, senza tuttavia prendere in esame l'ambiente del sonno^{29,30}.

Oggi la stretta interazione tra allattamento al seno e condivisione del letto è documentata da oltre 20 studi. Di particolare interesse la relazione tra condivisione del letto e una maggiore durata dell'allattamento al seno. In Brasile, per esempio, i ricercatori hanno valutato l'allattamento al seno a 12 mesi intervistando 4.231 madri di neonati alla nascita, a 3 e a 12 mesi su allattamento al seno e condivisione del letto. La condivisione del letto fu definita come abitudine comune tra madre e figlio per tutta la notte o parte di essa. La prevalenza dell'allattamento al seno a 12 mesi era del 59% tra coloro che avevano condiviso il letto nei primi 3 mesi e del 44% tra coloro che non avevano dormito con la mamma nei primi 3 mesi. Tra i neonati allattati esclusivamente al seno fino a 3 mesi, il 75% di quelli che avevano condiviso il letto risultava ancora allattato al seno a 12 mesi, contro il 52% di quelli che non avevano condiviso il letto³¹. Gli autori hanno accettato questi risultati come prova che la condivisione del letto previene lo svezzamento precoce, ma questa

²³ Weber MA, Risdon RA, Ashworth MT, Malone M, Sebire NJ. Autopsy findings of co-sleeping-associated sudden unexpected deaths in infancy: relationship between pathological features and asphyxial mode of death. *J Paediatr Child Health* 2012;48:335-41

²⁴ Schnitzer PG, Covington TM, Dykstra HK. Sudden unexpected infant deaths: sleep environment and circumstances. *Am J Public Health* 2012; 102:1204-12

²⁵ Mosko S, Richard C, McKenna J. Maternal sleep and arousals during bedsharing with infants. *Sleep* 1997;20:142-50

²⁶ Quillin SI, Glenn LL. Interaction between feeding method and co-sleeping on maternal-newborn sleep. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004; 33:580-8

²⁷ Mollborg P, Wennergren G, Norvenius SG, Alm B. Bed-sharing among six-month-old infants in western Sweden. *Acta Paediatr* 2011;100:226-30

²⁸ Ball HL, Moya E, Fairley L, Westman J, Oddie S, Wright J. Bed-and sofa-sharing practices in a UK biethnic population. *Pediatrics* 2012;129:e673-e681

²⁹ Doan T, Gardiner A, Gay CL, Lee KA. Breast-feeding increases sleep duration of new parents. *J Perinat Neonatal Nurs* 2007;21:200-6

³⁰ Montgomery-Downs HE, Clawges HM, Santy EE. Infant feeding methods and maternal sleep and daytime functioning. *Pediatrics* 2010;126:e1562-e1568

³¹ Santos IS, Mota DM, Matijasevich A, Barros AJ, Barros FC. Bed-sharing at 3 months and breast-feeding at 1 year in southern Brazil. *J Pediatr* 2009; 155:505-9

relazione non ci dice nulla sul nesso di causalità. Il risultato può essere semplicemente dovuto al fatto che le madri inclini ad allattare più a lungo sono anche più propense a condividere il letto.

Diversi anni fa conducemmo uno studio randomizzato sulle prime due notti dopo la nascita in una unità ospedaliera post-partum, dal quale furono rilevate differenze significative nella frequenza di allattamento e nell'ambiente adibito al sonno infantile³². I bambini che avevano condiviso il letto con la madre, o dormito in una culla attaccata al letto materno, erano allattati il doppio più spesso dei bambini che avevano dormivano in un lettino standard accanto al letto della mamma. Le riprese video indicano che quando i bambini si svegliavano durante la notte e cercano il seno, le madri che dormivano in stretta prossimità erano ricettive ai segnali per la poppata, rispondendo prontamente, mentre le madri i cui bambini giacevano in una culla al loro fianco non ne avvertivano i movimenti e non rispondevano ai loro segnali. Questi bambini persero quindi molte occasioni di avviare e praticare l'attacco e la suzione al seno, mentre le madri restarono prive della stimolazione del capezzolo e dei frequenti picchi di prolattina che danno il via a una pronta e abbondante produzione di latte.

In uno studio successivo³³, abbiamo ipotizzato che, avendo scoperto come il contatto durante il sonno tra la madre e il bambino aumenti la frequenza di allattamento al seno, e dal momento che è noto come il frequente allattamento al seno agevoli la giusta lattazione, nelle madri e nei bambini incoraggiati a dormire a stretto contatto dopo il parto si registri un allattamento più duraturo di quello tra madri e figli che dormono separati benché nella stessa stanza. In questo studio madri e neonati in degenza ospedaliera post-partum furono randomizzati in due differenti condizioni di sonno. In un grande ospedale del Regno Unito furono reclutate 1.204 donne gravide intenzionate ad allattare al seno. La metà fu randomizzata per il rooming-in (culla accanto al letto), l'altra metà destinata allo stretto contatto (culla fissata al letto della madre). Dopo la dimissione le madri riferivano settimanalmente sull'andamento dell'allattamento al seno e su dove dormisse il bambino: 870 madri fornirono tali informazioni fino al sesto mese. Classificando i dati per età materna, istruzione, tipo di parto e precedenti allattamenti, non trovammo differenze sostanziali nella durata dell'allattamento, esclusivo o di altra natura, tra i gruppi. Sebbene non ci risultò che il sonno in stretta vicinanza dopo il parto, in un ospedale specialistico e affollato, avesse effetti di lungo termine sull'allattamento al seno, il follow-up dei dati confermò i risultati di studi precedenti. Condividere il letto a casa era abitudine diffusa (nel 67% delle donne del gruppo con culla sidecar vs il 64% di quelle in rooming-in durante la degenza postnatale), e le madri che avevano condiviso il letto nelle prime 13 settimane avevano il 50% di possibilità in più di allattare al seno per 6 mesi rispetto a quelle che non avevano condiviso il letto (dati non pubblicati).

I brevi ricoveri post-partum in Gran Bretagna fanno sì che il rapporto tra sonno condiviso e durata dell'allattamento vada studiato in ambiente domestico, ma la randomizzazione di madri e bambini nelle diverse modalità di sonno condiviso (garantendo il rispetto della procedura) presenta un problema di metodo ancora da risolvere!

Nel complesso, ad oggi, sappiamo che le madri che allattano e praticano il sonno condiviso sono più consapevoli e sensibili ai segnali di richiesta di alimentazione dei loro bambini, cosa che favorisce l'inizio dell'allattamento al seno. Nelle settimane e nei mesi successivi alla nascita le madri prendono l'abitudine di allattare nel proprio letto per semplificare la gestione delle poppate notturne, e chi pratica la condivisione del letto dorme di più e allatta più a lungo di chi dorme su superfici separate.

Questo può costituire un utile suggerimento per le madri che lavorano, che continuano ad allattare una volta rientrate al lavoro o che decidono di interrompere l'allattamento al seno perché presto torneranno al lavoro. Sebbene di notte si sveglino più frequentemente ad allattare al seno il loro

³² Ball HL, Ward-Platt MP, Heslop E, Leech SJ, Brown KA. Randomised trial of infant sleep location on the postnatal ward. Arch Dis Child 2006;91:1005-10

³³ Ball HL, Ward-Platt MP, Howel D, Russell C. Randomised trial of sidecar crib use on breastfeeding duration (NECOT). Arch Dis Child 2011;96:630-4

bambino, esse in genere dormono lo stesso numero di ore – o più – delle mamme che non condividono il letto (a tutto vantaggio personale), proseguendo l'allattamento per un periodo complessivamente più lungo (a tutto vantaggio del bambino). Ora c'è da considerare in quale misura i vantaggi per madre e bambino garantiti dalla condivisione del letto vengano annullati da eventuali rischi, reali o presunti.

I rischi dell'allattamento al seno e della condivisione del letto

A volte i bambini allattati al seno sono vittime della SIDS, anche se la morte improvvisa del lattante colpisce meno di frequente questi piccoli rispetto a quelli non allattati al seno. Una meta-analisi su allattamento al seno e SIDS diede conferma che il rischio di SIDS nei bambini allattati al seno era inferiore di oltre il 50% al rischio corso dai bambini non allattati al seno, e che l'effetto era maggiore con un allattamento al seno esclusivo³⁴. Tuttavia nessuno studio caso-controllo ha mai determinato il rischio di SIDS nel caso di condivisione del sonno nel letto di un adulto in assenza dei rischi già accertati (fumo, consumo di alcol e droghe), ad eccezione di un'indagine condotta in Olanda i cui risultati non vennero ritenuti significativi a causa del campione ridotto, della mancata suddivisione per tipo di allattamento e dell'assenza di dati sui fattori di rischio³⁵. Per tutte queste ragioni lo studio fu escluso dalla precedente meta-analisi.

Altri ricercatori produssero ulteriori stime nel tentativo di comprendere il problema. Carpenter, sulla base di dati provenienti da 20 regioni europee, stimò che il tasso di SIDS dei bambini allattati al seno che condividessero il letto era doppio rispetto a quello dei piccoli allattati al seno ma che non dividevano il letto, con un aumento dell'1-2 per 10.000 del numero complessivo di vittime stimato a 6 mesi di vita³⁶. Le stesse valutazioni su neonati non allattati al seno indicarono tassi del 4 per 10.000 e dell'11 per 10.000 nei piccoli condivisori e non condivisori del letto, rispettivamente. Rispetto al dato ufficiale britannico di 1 su 2000, entrambi i tassi di SIDS rilevati nei neonati allattati al seno in ambiente deputato al sonno condiviso o non condiviso risultano quindi piuttosto bassi. In più si rileva un ulteriore rischio nei bambini non allattati al seno che condividano il letto.

In un'analisi dei modelli di condivisione del letto e di allattamento al seno in un periodo compreso tra la nascita e i 45 mesi adottati nelle 14.000 famiglie dello studio di coorte ALSPAC (Avon Longitudinal Study su genitori e bambini nati nel 1991 e 1992), si ricorse a un'analisi di classe latente (metodo di statistica multivariata che identifica i sottogruppi non osservabili all'interno di una popolazione) per distinguere i gruppi di famiglie secondo le caratteristiche di condivisione del letto. Gli autori conclusero che le famiglie con maggiori probabilità di condividere il letto nei mesi successivi alla nascita erano anche quelle con maggiori probabilità di allattare, e che le caratteristiche di queste famiglie le ponevano a rischio molto basso di SIDS. In questo gruppo i vantaggi derivanti dalla prevenzione della condivisione del letto risulterebbero, quindi, esigui. Seguire tale raccomandazione rischierebbe, tra l'altro, di compromettere l'allattamento³⁷. Gli autori raccomandano che i messaggi sulla prevenzione della SIDS si rivolgano nello specifico alle pratiche di accudimento *rischiose*: in questo modo la prevenzione della mortalità infantile non comprometterebbe la riuscita dell'allattamento nei bambini già a basso rischio di morte improvvisa.

³⁴ Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics* 2011;128:103-10

³⁵ Ruys JH, de Jonge GA, Brand R, Engelberts AC, Semmekrot BA. Bed-sharing in the first four months of life: a risk factor for sudden infant death. *Acta Paediatr* 2007;96:1399-403

³⁶ Carpenter R G, Irgens LM, Blair PS et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet* 2004;363:185-91

³⁷ Blair PS, Heron J, Fleming PJ. Relationship between bed sharing and breastfeeding: longitudinal, population-based analysis. *Pediatrics* 2010;126:e1119-e1126

Informazioni più equilibrate

Lo sforzo di trovare un equilibrio tra i vantaggi sanitari dell'allattamento al seno esclusivo fino ai 6 mesi di vita e gli obblighi di salute e tutela dell'infanzia, che richiedono la prevenzione di qualsiasi forma di mortalità infantile, necessita di soluzioni creative. L'allattamento al seno non è in grado di proteggere un bambino dai rischi prodotti dal comportamento a rischio dei genitori. Allo stesso modo l'indicazione secondo cui i bambini dormirebbero più al sicuro in una culla accanto al letto dei genitori è perorabile in qualità di linea generale di salute pubblica, ma tale indicazione deve anche riconoscere che non tutte le forme di condivisione del letto tra genitore e bambino sono intrinsecamente pericolose e che le madri e bambini allattati al seno che condividano il letto rappresentano un gruppo a rischio particolarmente basso. Non è quindi giustificabile suggerire o ventilare che la condivisione del letto sia letale, da non praticare in nessuna circostanza e per di più alienante. Dati recenti provenienti dagli Stati Uniti, dove nelle campagne contro la condivisione del letto sono stati utilizzati toni terroristici, mostrano come messaggi semplicistici elaborati allo scopo di demonizzare la condivisione del letto vengano rifiutati dai genitori a cui sono rivolti³⁸. A Milwaukee, le famigerate immagini di mannaie e lapidi esposte sui cartelloni pubblicitari non hanno saputo produrre alcuna sostanziale riduzione della mortalità infantile nei gruppi più a rischio³⁹ (Figura 3). Modalità di accudimento appartenenti alla cultura tradizionale e principi genitoriali personali che vedono nella condivisione del letto una componente preziosa dell'essere genitori non vengono scalfiti da campagne in cui il contatto durante il sonno è ridotto a fattore di rischio modificabile o a mera prassi di accudimento (così come la posizione nel sonno). In una recente pubblicazione sostengo che fino a oggi gran parte della ricerca intorno alla condivisione del letto non è riuscita a riconoscere l'importanza del luogo deputato al sonno infantile dal punto di vista dell'identità etnica e sub-culturale⁴⁰.

Facciamo riferimento a quelle madri che costituiscono gruppi subculturali avversi a molte delle ideologie dominanti in materia di cura del neonato, specie la separazione madre-bambino, e caldeggiamo informazioni più sensibili e mirate oltre alla promozione di ricerche approfondite che contribuiscano all'elaborazione di indicazioni più equilibrate sulla condivisione del letto. È questo il genere di informazioni che desideriamo divulgare sul sito ISIS. Se volete darci qualche suggerimento seguitemi su www.isisonline.org.uk.

³⁸ Ball HL, Volpe LE. Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) risk reduction and infant sleep location-Moving the discussion forward. Soc Sci Med 2012; doi:10.1016/j.socscimed.2012.03.025

³⁹ <http://www.jsonline.com/news/milwaukee/milwaukee-infant-mortality-rate-drops-overall-but-disparity-worsens-sp54t7f-148680905.html>

⁴⁰ Ball HL, Volpe LE. Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) risk reduction and infant sleep location-Moving the discussion forward. Soc Sci Med 2012; doi:10.1016/j.socscimed.2012.03.025

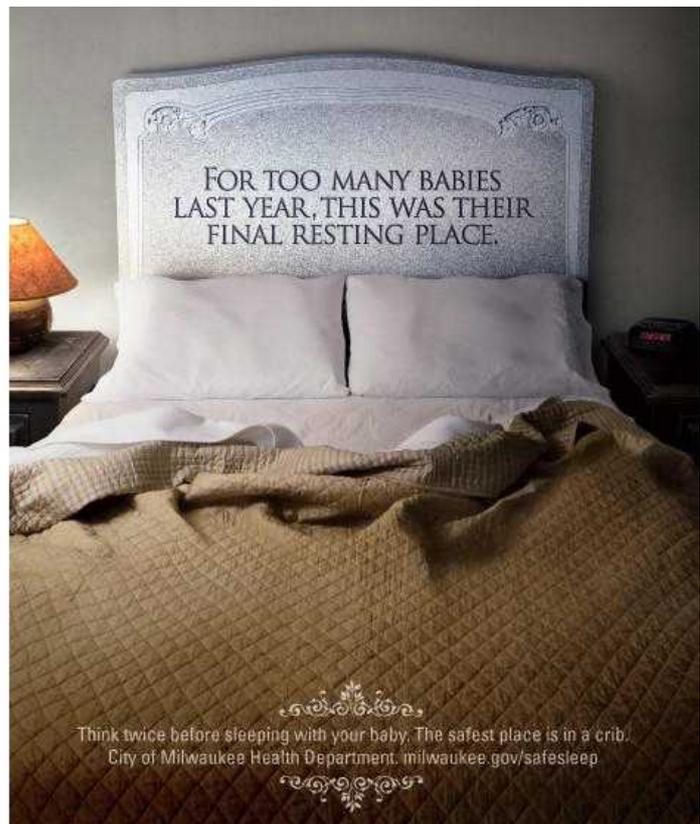


Figura 3: Immagini tratte dalla campagna anti-SIDS diffusa a Milwaukee.

Abstract

Condivisione del letto, allattamento al seno e morte improvvisa del lattante

Blair PS, Heron J, Fleming PJ. Relazione tra la condivisione del letto e l'allattamento: longitudinale, basato sulla popolazione analisi. Pediatrics 2010; 126: e1119-e1126

Si tratta di uno studio prospettico di popolazione che utilizzò i dati dello studio Avon Longitudinal su genitori e figli nel Regno Unito per studiare la condivisione notturna del letto a 0-2, 6-8, 17-20, 30-33 e 42-45 mesi, e il suo rapporto con l'allattamento. Su 14.062 nati vivi registrati tra l'aprile del 1991 e il dicembre del 1992, 7.447 (53%) disponevano di dati raccolti per ogni fascia d'età. L'analisi di classe latente, un metodo di statistica multivariata che identifica i sottogruppi non osservabili all'interno di una popolazione, identificò 4 gruppi che si escludono reciprocamente: non condivisori (66%), condivisori precoci (13%), condivisori fin oltre il primo anno (15%), e condivisori costanti (lungo tutti i quattro anni) (6%). A grado di

istruzione e livello sociale materni più elevati corrispondevano condivisione del letto precoce, scarsa condivisione del letto oltre il primo anno e nessuna condivisione costante. I condivisori oltre il primo anno avevano una probabilità del 72% più alta di allattare al seno a 12 mesi, quella dei condivisori precoci era di quasi 2,5 volte maggiore, e nei condivisori costanti 5,3 volte superiore a quella dei non condivisori. La percentuale di allattamento al seno risultava nettamente superiore nei gruppi che condividevano il letto in modo costante o nel corso dei primi 15 mesi dopo il parto. Gli autori concludono che i pareri sfavorevoli alla condivisione del letto dovrebbero tener conto del rapporto significativo con l'allattamento al seno.

Trachtenberg FL, Haas EA, Kinney HC, Stanley C, Krous HF. Fattore di rischio per i cambiamenti Sudden Infant Death Syndrome

**dopo l'inizio della campagna "Back to sleep".
Pediatrics 2012; 129; 630-8**

Questo studio utilizzò i dati relativi a 568 morti per SIDS registrate a San Diego, Stati Uniti d'America, dal 1991 al 2008 per verificare l'ipotesi secondo cui età, prevalenza e fattori di rischio erano mutati dopo l'avvio, nel 1994, della campagna Back-to Sleep-(BTS). I rischi furono distinti in intrinseci (ad esempio sesso maschile, prematurità, esposizione prenatale al fumo di sigaretta o all'alcol) ed estrinseci (ad esempio sonno in posizione prona, condivisione del letto, sovrabbondanza di coperte, biancheria da letto troppo soffice). Tra il 1991-1993 e il 1996-2008, la percentuale di decessi per SIDS tra i bambini che dormivano prona era scesa dall'84 al 49%, la condivisione del letto era passata dal 19 al 38%, soprattutto tra i bambini con meno di 2 mesi (29% vs 64%), la prematurità era salita dal 20 al 29%, mentre i sintomi di infezione alle alte vie respiratorie erano scesi dal 47 al 25%. Il 99% delle vittime di SIDS presentava almeno un fattore di rischio, il 57% almeno due fattori estrinseci e uno intrinseco, e solo il 5% non presentava alcun rischio estrinseco.

Il rischio medio di SIDS non era variato dopo l'avvio della campagna di BTS.

Le vittime della SIDS dell'era BTS mostrano una maggiore variabilità dei fattori di rischio, con una prevalenza sensibilmente alta e costante sia dei rischi intrinseci che di quelli estrinseci, soprattutto prima e durante la campagna BTS. In vista della prevenzione della SIDS anche tra i soggetti già vulnerabili sono fondamentali campagne volte alla riduzione dei rischi multipli e simultanei.

Ball HL, Moya E, Fairley L, Westman J, Oddie S, Wright J. Infant care practices related to sudden infant death syndrome in South Asian and White British families in the UK. *Pediatr Perinat Epidemiol* 2012;26:3-12

Nel Regno Unito i figli dei sudasiatici presentano un tasso di SIDS inferiore a quello dei bambini bianchi britannici. Infatti gli stili di vita e di accudimento sono fortemente

correlati al rischio di SIDS. Questo articolo descrive e analizza le differenze di accudimento infantile tra bianchi inglesi e famiglie dell'Asia meridionale (per di più provenienti da Bangladesh, India o Pakistan) residenti a Bradford, e identifica le aree interessate dagli interventi anti-SIDS. Fu condotto un studio longitudinale che prevedeva interviste telefoniche a un campione di 2.560 nuclei familiari con figli unici di età compresa tra i 2 e i 4 mesi.

Le misure di esito utilizzate erano la prevalenza di pratiche auto-riferite relative all'ambiente del sonno del bambino, la condivisione della superficie adibita al sonno, l'allattamento al seno, l'uso del ciuccio e gli stili di vita.

Si constatò che, rispetto ai bambini bianchi britannici, i bambini pakistani avevano una probabilità 8,5 volte maggiore di dormire in un letto per adulti, 4,4 volte maggiore di dormire su un fianco, 10 volte maggiore di dormire con un cuscino, 3,2 volte maggiore di dormire sotto un piumino, 1,5 maggiore di dormire avvolti nelle coperte (1,5), 2 volte maggiore di non aver mai condiviso il letto, 3,5 volte maggiore di dividerlo regolarmente, 2 volte maggiore di non essere mai stati allattati al seno, 1,6 volte maggiore di essere stati allattati al seno dalle 8 settimane in su. In più i bambini pakistani mostravano il 95% di probabilità in meno di dormire in una stanza da soli, il 65% di probabilità in meno di dormire in fondo al letto, il 48% di probabilità in meno di dormire con un peluche, l'80% di probabilità in meno di dormire in un apposito sacco per la nanna, il 78% di probabilità in meno di aver mai condiviso il divano, il 78% di probabilità in meno di essere nutriti con cibi solidi, e il 60% di probabilità in meno di usare il ciuccio durante la notte.

Infine i bambini pakistani mostravano il 93% di probabilità in meno di essere esposti al fumo materno e al consumo di alcol da parte di entrambi i genitori. Non furono rilevate differenze nella prevalenza di sonno in posizione prona. L'accudimento notturno, quindi, differiva in modo significativo tra

famiglie sudasiatiche e britanniche di pelle bianca: le prime erano più propense a proteggere i bambini dai maggiori rischi di SIDS, come il fumo, il consumo di alcol, il sonno condiviso sul divano e il sonno in solitudine. Queste differenze sono in grado di spiegare il minor tasso di SIDS all'interno di questa popolazione.

Ball HL, Moya E, Fairley L, Westman J, Oddie S, Wright J. Bed- and sofa-sharing practices in a UK biethnic population. *Pediatrics* 2012;129:e673-e681

Nel Regno Unito, come negli Stati Uniti e Nuova Zelanda, la condivisione del letto è una pratica culturale tra particolari gruppi etnici minoritari. Gli autori condussero uno studio di coorte tra la popolazione pakistana e britannica di razza bianca del Regno Unito volto a descrivere le differenze culturali nella condivisione del letto e del divano, ricollegabili a pratiche di allattamento al seno. Vennero intervistate 3082 primipare quando i loro bambini avevano un'età compresa tra i 2 a i 4 mesi, e da ciò risultò il 15,5% delle famiglie non aveva mai condiviso il letto, il 7,2% delle famiglie condivideva regolarmente il letto, il 9,4% non aveva mai condiviso il divano, e l'1,4% aveva dato entrambe le risposte. Furono verificati i potenziali fattori di rischio e venne eseguita l'analisi statistica: i risultati mostrarono un'associazione tra condivisione del letto (specie se regolare) e allattamento al seno, suggerendo che la condivisione del letto è più diffusa tra le britanniche di razza bianca che tra le madri pakistane che allattino oltre le otto settimane. Gli autori concludono con la necessità di una maggior cautela nelle raccomandazioni contro la condivisione del letto, che non pare comportare lo stesso rischio per tutte le famiglie, mentre rischia di spingere all'adozione di strategie più rischiose, come la condivisione del sonno sul divano, e di ridurre l'allattamento al seno.

Gettler LT, McKenna JJ. Evolutionary perspectives on mother-infant sleep proximity and breastfeeding in a laboratory setting. *American Journal of Physical Anthropology* 2011;144:454-62

Gli autori di questo studio ben definito e selettivo osservarono i filmati relativi a 36 coppie madre-bambino per un periodo di 3 notti in un laboratorio californiano. I membri del gruppo "condivisori" (20 partecipanti) dormivano sulla stessa superficie (come d'abitudine a casa propria), mentre quelli del gruppo "non divisori" (16 partecipanti) dormivano in stanze separate (anche a casa). Tutti i bambini venivano allattati al seno a richiesta. Madri e neonati erano stati selezionati attraverso un processo approfondito che prendeva in considerazione numerosi parametri sia per le madri (latine, di età inferiore ai 38 anni, senza precedenti di consumo di alcool, droghe o tabacco, cure prenatali ...) che per i neonati (7-18 settimane di vita, buona salute, sviluppo nella norma, età gestazionale nella norma, punteggio AGPAR tra 8 a 10). Nel corso della prima notte, come ipotizzato dagli autori, i membri del gruppo dei divisori popparono più spesso e ad intervalli più brevi tra una poppata e l'altra rispetto a quelli del gruppo dei non divisori (rispettivamente 4,5 e 2,6 volte per notte, a intervalli di 116,2 e di 161,9 minuti). Non furono rilevate differenze evidenti tra bambini di sesso maschile e femminile. Particolarità dello studio furono le riprese dei partecipanti, che consentirono una maggiore obiettività. I video mostravano come la stretta vicinanza fisica agevolasse il risveglio e quindi le poppate.

Il dibattito che gli autori sviluppano nel presente articolo è di particolare interesse, poiché illustra il contesto antropologico della condivisione del letto: tutte le madri di mammifero dormono con la prole; alla nascita l'uomo è meno sviluppato degli altri mammiferi e necessita di protezione costante, vicinanza e nutrimento; alla nascita il cervello del bambino equivale solamente al 25% di quello dell'adulto e si sviluppa attraverso

l'alimentazione regolare; i neonati umani soddisfano oltre il 50% del proprio fabbisogno nutrizionale con le poppate notturne; il latte umano è a basso contenuto di grassi e proteine e ciò spiega la necessità di nutrirsi spesso. In più, gli autori introducono una prospettiva storico-culturale: la volontà sistematica di dividere madri e figli durante la notte è un fenomeno recente, rilevabile soprattutto nel mondo occidentale. Nel Regno Unito oltre il 65% delle madri che allattano condivide il letto per un certo periodo durante le prime settimane di vita del bambino, nonostante gli sforzi volti a contrastare tale pratica. Le conclusioni a cui giungono gli autori sono importanti per chi sostiene l'allattamento: 1) la ricerca sull'avvio e la durata dell'allattamento al seno dovrebbe prendere in esame i dati relativi alle pratiche del sonno, dal momento che la vicinanza madre-bambino, anche durante la notte pare, di fatto, influenzare direttamente la durata e l'esclusività dell'allattamento al seno; 2) il sonno solitario, fenomeno di natura culturale, non è una pratica neutra ma influisce sulla salute e lo sviluppo infantili; 3) in contesti in cui madri e figli si vedono separati per lunghi periodi di tempo durante il giorno (nel caso, ad esempio, delle madri lavoratrici), risulterà di particolare importanza lasciar dormire il bambino accanto alla madre, per agevolare l'allattamento a richiesta e garantire così i benefici nutrizionali, energetici ed immunologici del latte materno di cui il piccolo necessita.

Baddock SA, Galland BC, Bolton DPG, Williams SM, Taylor BJ. Hypoxic and hypercapnic events in young infants during bed-sharing. *Pediatrics* 2012;130:237-44

Obiettivo di questo studio era identificare eventi di de-saturazione (saturazione arteriosa di ossigeno [SaO₂] inferiore al 90%) e di rirespirazione (biossido di carbonio (CO₂) inspirato superiore al 3%), rilevabili durante la condivisione del letto (BS) e nel sonno su una superficie accanto al letto della madre (CS). A

Dunedin (Nuova Zelanda) furono reclutati quaranta bambini sani, nati a termine, di età compresa tra 0 a 6 mesi che condividevano regolarmente il letto con almeno un genitore per oltre 5 ore a notte, e 40 piccoli di pari età che dormivano su una superficie posta accanto al letto materno. Per due notti consecutive (per mezzo di riprese a infrarossi) venne osservato il comportamento notturno, nelle proprie case, di genitori e figli, l'SaO₂, la CO₂ intorno al viso dei bambini, la temperatura corporea. Gli eventi di desaturazione erano due volte più frequenti nei bambini BS, in parte riconducibili al microclima più caldo del letto condiviso.

Oltre il 70% delle desaturazioni rilevate in entrambi i gruppi era stato preceduto da apnee centrali di durata compresa tra i 5 e i 10 secondi senza bradicardia di accompagnamento, in genere durante il sonno attivo. Rare le apnee di durata superiore ai 15 secondi (bambini BS: 3 eventi; neonati CS: 6 eventi), così come le desaturazioni a meno dell'80% di SaO₂ (bambini BS: 3 eventi; neonati CS: 4 eventi). Furono rilevati ottanta episodi di rirespirazione in 22 bambini BS e 1 neonato CS, quasi tutti preceduti da copertura del capo. Durante la respirazione, l'SaO₂ si era mantenuta al 97,6%. Tutti i bambini BS e CS risultarono a basso rischio di SIDS, mantenendo un'ossigenazione nella norma. Si necessita di ulteriori ricerche sugli effetti dell'esposizione ripetuta a desaturazione di ossigeno nei bambini vulnerabili e sulla loro capacità di rispondere efficacemente alle rirespirazione prodotta dalla copertura del capo.

Morgan BE, Horn AR, Bergman NJ. Should neonates sleep alone? *Biol Psychiatry* 2011;70:817-25

Questo studio era volto a valutare l'impatto della separazione materno-neonatale (MNS) sulla variabilità della frequenza cardiaca (HRV), indice dell'attività del sistema nervoso involontario in risposta allo stress. Gli autori misurarono l'HRV di 16 bambini a 2 giorni di

vita, nati a termine, che dormivano pelle a pelle (SSC) con la madre e che dormivano da soli. La rilevazione, della durata di un'ora in entrambi i gruppi, era avvenuta prima della dimissione dall'ospedale, presso l'Università di Città del Capo, Sud Africa. I ricercatori misurarono la frequenza cardiaca e l'elettrocardiogramma continuo utilizzando due dispositivi indipendenti. Inoltre monitorarono e annotarono in modo costante il comportamento dei neonati utilizzando una scala validata. I risultati rivelarono un aumento del 176% dell'attività del sistema nervoso involontario e una diminuzione dell'86% della durata del sonno tranquillo durante l'MNS rispetto all'SSC. Nei mammiferi l'MNS è un modello per studiare gli effetti dello stress sullo sviluppo e la funzionalità dei sistemi fisiologici. Nell'uomo, invece, l'MNS è una norma occidentale e, spesso, una pratica medica standard dall'impatto fisiologico ignoto. Questo studio dimostra che l'MNS è ricollegabile a un drastico aumento dell'HRV, probabile indice di risvegli ansiosi e involontari. L'MNS aveva anche effetti molto negativi sulla durata del sonno tranquillo. Esso può costituire un fattore di stress nel neonato umano non sufficientemente maturo per affrontarlo, con il rischio che non risulti benigno.

Tollenaar MS, Beijers R, Jansen J, Riksen-Walraven JMA, de Weerth C. Solitary sleeping in young infants is associated with heightened cortisol reactivity to a bathing session but not to a vaccination. *Psychoneuroendocrinology* 2012;37:167-77

Gli autori di questa ricerca seguirono 163 coppie madre-bambino nei Paesi Bassi per valutare se posizioni di sonno differenti modificassero il livello di stress nei soggetti di età inferiore ai 2 mesi in due diverse situazioni di stress: bagnetto a 5 settimane e vaccinazione a 8 settimane.

I livelli di stress furono misurati secondo il livello di cortisolo nella saliva dei neonati: maggiori erano le quantità di cortisolo,

maggiore risultava lo stress. Furono effettuate tre misurazioni per entrambe le situazioni: prima del bagnetto e della vaccinazione, dopo 25 minuti e dopo 40 minuti. Le modalità di sonno prese in esame erano tre: sonno condiviso (per oltre il 90% del tempo, sia nella forma di condivisione del letto che /o in quella di condivisione della camera dei genitori); sonno solitario (per oltre il 90% del tempo), e sonno condiviso parziale (dall'11 al 90% del tempo). Vennero presi in considerazione rilevanti fattori di confondimento, tra cui la qualità dell'accudimento materno, l'allattamento al seno, il numero di risvegli notturni del bambino e la durata totale del sonno.

Fu tenuto conto di ulteriori variabili materno-infantili, come sesso, peso alla nascita, età della madre, fumo. Alle madri fu chiesto di tenere un diario dove annotare abitudini del sonno e modalità di alimentazione. Entrambe le attività fonte di stress furono videoregistrate.

Per quanto riguarda il bagnetto, dopo 40 minuti il gruppo del sonno solitario rivelò una produzione di cortisolo maggiore rispetto agli altri due gruppi, l'allattamento al seno non mostrò effetti significativi sull'intero periodo. Nel caso della vaccinazione, rispetto ai bambini che dormivano da soli, tutti i condivisori del sonno rivelarono maggiori livelli di cortisolo sia prima, sia molto dopo la conclusione dell'evento stressante. Tuttavia, rispetto ai piccoli nutriti con il biberon, i neonati allattati al seno mostravano livelli di cortisolo più elevati prima della vaccinazione, ma inferiori 40 minuti dopo.

Furono raccolti ulteriori risultati indiretti: i bambini che condividevano il sonno venivano allattati al seno più spesso rispetto a quelli che dormivano da soli, e sebbene si svegliassero più di frequente, la quantità totale di sonno notturno era pari a quella degli altri bambini. Gli autori giunsero, inoltre, alla conclusione che, per ridurre i livelli di stress nel neonato, sarebbe stato sufficiente non tanto farlo dormire con i genitori, ma vicino a loro.

**A cura della Geneva Infant Feeding Association (GIFA),
affiliata dell'International Action Network Baby Food (IBFAN).**

Guest Editor: Helen Ball.

Redazione: Adriano Cattaneo, Lida Lhotska, Robert Peck, Elaine Petitat-Côté e Marina Rea.

Publicazione a cura di Lena Nyffenegger.

Per richiedere copia dei numeri da 1 a 43 di *Breastfeeding Briefs* rivolgersi a GIFA, 11 Ave de la Paix, 1202 Ginevra, Svizzera, Fax: +41-22-798 44 43, e-mail info@gifa.org. I numeri dal 44 in poi sono disponibili all'indirizzo www.ibfan.org.

Disponibile anche in lingua araba, francese, portoghese e spagnola.