

# Prevenzione della SIDS: occorre riformulare alcuni messaggi

ALBERTO DONZELLI

Direttore del Dipartimento Servizi Sanitari di Base, ASL, Milano

Faticosamente e con ritardo le campagne regionali "Back to sleep" hanno guadagnato l'attenzione dei pediatri e delle famiglie italiane, con risultati reali ancora non misurabili, anche per la mancanza di sicuri dati epidemiologici precedenti. Un'incredibile sacca di inerzia è identificabile negli ospedali, dove la pratica del bambino a pancia in giù è ancora non di rado tollerata o addirittura suggerita; mal comune mezzo gaudio, questo succede però anche negli Stati Uniti. È importante che i messaggi siano semplici, condivisi, precisi, e rispondenti ai dati forti della letteratura.

La Regione Lombardia ha recentemente promosso un'importante Campagna informativa per la prevenzione della SIDS. Tra l'altro l'iniziativa ha previsto la diffusione di 19 mila copie di un manifesto e di 265 mila copie dell'opuscolo «Per il tuo bambino la nanna è più tranquilla se...», proposto dall'Associazione "Semi per la SIDS - onlus" e approvato da una Commissione di Studio regionale, con l'approvazione inoltre delle Società Italiane di Pediatria, di Neonatologia e di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica.

L'opuscolo, di grafica gradevole e con uno stile comunicativo efficace, sostiene che l'incidenza stimata della SIDS in Italia sarebbe di 1:1000 nati vivi, e trasmette tre messaggi fondamentali (riportati anche sul manifesto):

1. Mettete il bambino a dormire sulla schiena;
2. Non fumate;
3. Non fatelo dormire in un ambiente troppo caldo.

Inoltre trasmette cinque messaggi complementari:

4. Il bambino dorma su materasso rigido e senza cuscino;
5. Il lettino deve essere senza spazi vuoti tra materasso e sponde, senza ingombri, e deve rispondere alle norme

## SIDS PREVENTION: NEED FOR EVIDENCE-BASED INFORMATION (Medico e Bambino 2002;21:589-594)

### Key words

SIDS, Health promotion, Evidence based prevention, Co-sleeping

### Summary

The Author analyses, on the basis of available scientific evidence, the messages conveyed to parents by a SIDS prevention campaign carried out by the Regional Health Authority in the Lombardia Region, Italy. Although the main risk factors for SIDS are correctly addressed in the information material, a few messages should be revised. Avoidance of co-sleeping, in particular, does not seem to be based on evidence. Discouraging mothers who smoke from breastfeeding is an inappropriate extension of the correct message that mothers should breastfeed and avoid smoking. The Author also questions the priority given, within the same campaign, to ECG screening, since this may divert attention from public health measures which, if effectively implemented at population level, can decrease the current SIDS incidence (current estimates for Italy are about 0.5-0.6 per thousand) as much as 90%.

(distanza tra barre non > 6 cm);

6. Il bambino non deve dormire nello stesso letto dei genitori;

7. Può dormire, nei primi mesi di vita, nella stessa stanza dei genitori, purché aerata;

8. Sia allattato al seno, purché la mamma non fumi.

Mentre i primi 5 messaggi sono evidence-based, gli ultimi 3 non rispondono nella formulazione alle prove scientifiche disponibili.

Per migliorare il prodotto e diffondere informazioni basate sui dati e sul-

le prove di efficacia, mi soffermerò sugli aspetti per cui propongo una riformulazione (vedi nota1), commentando le conseguenze possibili del messaggio attuale e argomentando le proposte correttive.

«È consigliabile che... venga allattato al seno, purché la mamma non fumi»

È un messaggio fuorviante, perché fa pensare che una mamma che non riesce a rinunciare al fumo (oltre il 20% delle donne con bambini piccoli, e an-

cor di più in Lombardia) dovrebbe rinunciare ad allattare al seno (altrimenti aumenterebbe il rischio di SIDS ?!).

Si ricorda che l'Indagine Multiscopo ISTAT 1999 ha rilevato che quasi il 26% delle intervistate fuma prima della gravidanza; dopo il concepimento il 62% smette (ma solo il 49% in Lombardia) e il 30% riduce il fumo. Dalla stessa indagine risulta che i bambini di 0-5 anni che vivono in famiglia con fumatori sono il 49,3% (di cui il 26% ha solo il padre fumatore; il 9,3% solo la madre; il 12,4% entrambi i genitori: se ne deduce che in Italia il 21,7% delle madri dei bambini da 0 a 5 anni è fumatrice, e in Lombardia tale proporzione potrebbe essere maggiore).

Come si è detto, rinunciare all'allattamento materno per chi non riesce a smettere di fumare sarebbe un errore, perché il 20% almeno delle famiglie perderebbe tutti i grandi benefici sanitari e sociali dell'allattamento al seno per il bambino, la mamma e l'intera famiglia senza ottenere verosimilmente alcun effetto preventivo sulla SIDS, per i motivi di seguito riportati:

- la maggior parte del rischio sembra associato al fumo durante la gravidanza (WHO, 1999), pur essendovi un rischio legato anche all'esposizione dopo la nascita;
- non vi sono dati per pensare che il fumo respirato o ingerito nell'ambiente domestico sia meno importante rispetto ai componenti del fumo che passano nel latte;
- la mamma che non riesce a smettere espone il bambino al fumo, anche se gli dà il biberon;
- l'allattamento artificiale, oltre a essere associato a un maggior rischio per numerose malattie, è complessivamente associato anche con la SIDS, non con una sua protezione.

È bensì vero che un piccolo studio (Klonoff - Cohen, 1995) mostra una protezione significativa dal rischio di SIDS per le mamme che allattano solo se queste non fumano, ma questo dato negativo va inteso nel senso di una protezione insufficientemente dimostrata, non certo di una impensabile dannosità.

Ovviamente le mamme fumatrici dovranno:

- fare tutto il possibile per smettere (i Consulteri Pediatrici e gran parte dei Medici di famiglia le possono aiutare efficacemente);
- evitare comunque di fumare in presenza del bambino;
- non fargli condividere il letto dei genitori...
- tenerlo a dormire nella stessa stanza, purché non vi si fumi e sia tenuta ben aerata.

Lo sforzo deve comunque essere quello di portare la totalità (o quasi) delle donne ad allattare al seno, visto che in studi prospettici in Paesi sviluppati le informazioni basate sui dati mostrano che la percentuale delle madri che realmente non possono allattare per ragioni fisiche o mediche non è superiore all'1%, mentre osservazioni in società tradizionali suggeriscono cifre più vicine allo zero (WHO, *Bulletin*, 1989).

In conclusione, il consiglio dell'opuscolo potrebbe essere così riformulato: «... venga allattato al seno da tutte le mamme, per quanto possibile in maniera esclusiva per i primi sei mesi, proseguendo poi fino all'anno di vita (e anche oltre, se desiderato dalla mamma e dal bambino). Naturalmente le mamme fumatrici dovranno fare tutto il possibile per smettere, e comunque non dovranno fumare in presenza del bambino».

«Inoltre è consigliabile che... non dorma nello stesso letto dei genitori ma dorma nei primi mesi... nella stessa stanza dei genitori, purché aerata»

Questo messaggio va modificato. Infatti molti lettori ne ricevono l'impressione che:

- la condivisione del letto dei genitori sia sempre da evitare;
- nei primi mesi sia meglio condividere la stanza, purché "ben aerata" (ma non è chiaro per allontanare cosa: il fumo? Ma allora il messaggio varrebbe solo per fumatori. Deodoranti chimici o altri inquinanti indoor? Ma allora dovrebbe valere anche per qualsiasi stanza dove dorme il bambino. L'odore dei genitori?! Sarebbe sorprendente alla luce della storia evolutiva della specie umana, dei mammiferi, e non solo...);
- dopo i primi mesi (quanti ?) possa essere meglio che il bambino dorma in una stanza diversa.

Questa lettura non corrisponde propriamente alle prove scientifiche disponibili.

In una recente revisione italiana (Mastroiacovo et al., 2000), i 4 studi caso-controllo reperiti dall'autore, svolti in Nuova Zelanda<sup>2</sup>, Inghilterra e California, non suggeriscono che la condivisione del letto con la madre rappresenti un fattore di rischio di per sé; anzi, in uno studio in Nuova Zelanda vi è una tendenza verso un effetto protettivo.

La condivisione del letto interagisce però con il fumo materno, raddoppiando o triplicando il rischio.

Altre argomentazioni suggeriscono un effetto protettivo, tra cui l'osservazione che in Giappone, Hong Kong e altri Paesi asiatici (Mitchell, 1995), dove i bambini usualmente dormono con la madre, la SIDS è poco frequente. Inoltre, uno studio randomizzato mostra

MORTI PER SIDS CON CONDIVISIONE DEL LETTO  
E FUMO DEI GENITORI

Almeno uno dei genitori fuma	Bambino trovato nel letto dei genitori	OR univariata (95% IC)
No	No	1,00
No	Sì	1,08 (0,45 - 2,58) (ns)
Sì	No	5,34 (3,61 - 7,90)
Sì	Sì	12,35 (7,41 - 20,59)

Tabella 1

ANALISI MULTIVARIATA CON CONTROLLO PER CONDIZIONI AVVERSE DI CONDIVISIONE DEL LETTO

Indicatori di rischio x bambino	OR multivariata	p
In stanza da solo	1,96	0,001
Con condivisione del letto, poi riposto in culla	0,60 cioè tendenza verso protezione	0,09 (ns)
Con condivisione del letto fino alla fine	1,35 (*)	0,23 (ns)
Condivisione di sofà	25,86	< 0,0001
Consumo materno di alcol	3,40	< 0,0001
Affollamento di appartamento	18,49	0,0005

(\*) Il rischio era significativo (OR 4,65) per i bambini con meno di 100 giorni; non si è trovato aumento di rischio per bambini con più di 100 giorni che condividevano il letto dei genitori, nonché in figli di genitori non fumatori (Blair et al, *BMJ*, 1999).

Tabella II

INTERAZIONE TRA CONDIVISIONE DEL LETTO E FUMO MATERNO SULL'OR DI SIDS PER BAMBINI IN NUOVA ZELANDA

Fumo della madre	Condivisione letto in ultima notte	OR
<b>Di origine Europea</b>	Non fumatrice Sì	0,6 (ns) (trend protettivo)
	Non fumatrice No	1
<b>Maori</b>	Non fumatrice Sì	0,8 (ns) (trend protettivo)
	Non fumatrice No	1

Tabella III

che la condivisione del letto con la madre favorisce l'allattamento materno.

Può essere utile riportare, nelle *Tabella I e II*, i dettagli dello studio inglese (Blair et al., 1999) e, nella *Tabella III*, quelli della ricerca neozelandese (Mitchell et al., 1994), che mostrano come nella condivisione del letto il rischio aumenta fortemente in presenza di fumo dei genitori, mentre in assenza può addirittura aversi un trend protettivo (Mitchell, '94; Mitchell e Thompson, 1995; ma anche Lee et al., 1989), quanto meno se il bambino viene poi riposto nel suo lettino durante la notte (Blair et al., 1999). Si evidenzia invece un aumento significativo di rischio per i bambini che dormono in una stanza da soli (Blair et al., 1999 (vedi nota 2); Scragg et al., 1995; anche se un terzo studio caso-controllo - Brooke et al., 1997 - non ha rilevato tale differenza).

Lo studio di Chicago (Hauck, '99), a differenza degli studi inglese e neozelandese, ha dimostrato un rischio si-

gnificativo associato con la condivisione del letto, anche dopo aggiustamento per fumo. Però il rischio era significativo solo quando il bimbo dormiva con uno o più compagni di letto in aggiunta alla madre, o con qualcun altro rispetto alla madre (Hauck, 1999). Tuttavia l'analisi non ha distinto tra chi condivide un letto e madri e figli che dormono insieme su un sofà.

In effetti fattori socio-demografici associati possono spiegare il maggior rischio legato alla condivisione del letto (Mc Kenna, '98): nello studio neozelandese di Tuohy la condivisione del letto è risultata più comune con madri più giovani, di minor livello di istruzione, con maggior numero di figli o non sposate, o con padri disoccupati e di livello socioeconomico inferiore. Inoltre lo studio di Blair dimostra che le forti fumatrici sono più comuni tra le madri che condividono il letto (McKenna, 1998).

In un recente studio retrospettivo in

Alaska, su 115 morti per SIDS 40 dormivano con un genitore. Di questi, però, solo uno dormiva supino, con un genitore che non usava droghe, su un materasso non ad acqua.

Sulla base di propri dati, perciò, lo Stato dell'Alaska non consiglia ai genitori di evitare la condivisione del letto, e utilizza invece questo semplice messaggio pubblico: «I lattanti dovrebbero dormire supini e nel loro lettino, oppure con un adulto che non usi droghe o fumo, su un letto per adulti non ad acqua» (Bradford, 2001).

In effetti, oltre al fumo di tabacco, anche l'uso di droga è risultato associato a un maggior rischio di SIDS. L'associazione è molto forte e consistente con gli oppiacei, seguiti dalla cocaina, ma è presente anche con l'uso di marijuana. In particolare è risultato associato con la SIDS il consumo di marijuana paterno, prima del concepimento e dopo il parto, mentre l'associazione con l'uso materno mostra un trend (OR 2, 95% C.I. 0,6-6,5) che però non raggiunge la significatività statistica (Klonoff - Cohen et al., 2001).

Si potrebbe concludere (McKenna, 1998) che la variabile "condivisione del letto" sia un descrittore troppo grossolano, non corrispondente a una categoria binaria equivalente a quella di "prono" e "supino", benché sia stata trattata epidemiologicamente come tale.

È verosimile che nella "condivisione del letto" coesistono numerosi fattori di rischio, in diversi casi accertati, in altri probabili:

- fumo di almeno un genitore;
- uso di droga da parte di almeno un genitore;
- consumo di alcol o farmaci a effetto sedativo;
- cuscini soffici, piumoni, trapunte, materassi soffici per adulti;
- divani, letti stretti, ad acqua;
- rischio di schiacciamento o asfissia, più evidente con madri di peso elevato;
- bambini con meno di 100 giorni;
- condivisione con altri bambini, con gemelli;
- associazione della condivisione del letto con fattori socio-demografici, a loro volta correlati a un maggior rischio di SIDS, come madri più giovani, meno

istruite, con più figli, non sposate, di livello socio-economico inferiore, più spesso fumatrici.

Alla "condivisione del letto" sarebbero però associati anche numerosi fattori di protezione:

- maggiore frequenza di ispezioni materne al bambino;
- sonno meno profondo del bambino (vi sono prove di riduzione significativa degli stadi di sonno 3 e 4 e di incremento di quelli 1 e 2), condizione probabilmente più fisiologica e protettiva nell'età di maggior rischio di SIDS (Mastroiacovo et al., 1996);
- più risvegli, protettivi nei confronti della SIDS;
- maggiori stimolazioni sensoriali, che sono state messe in rapporto con una stabilizzazione della respirazione;
- maggiore successo nell'allattamento al seno;
- minor numero di infezioni (e dunque possibile minor rischio di surriscaldamento) come conseguenza del maggiore allattamento materno;
- condizione più "normale" dal punto di vista dell'evoluzione della specie umana (Lozoff e Brittenham, 1979) e tuttora la più praticata dalla maggior parte del mondo (in una rassegna di 127 culture - Barry e Paxson, 1971 - nel 79% dei casi i bambini dormivano nella stanza dei genitori, e in quasi nella metà ciò implicava la condivisione del letto o della superficie su cui dormire).

In effetti, pur non essendovi prove epidemiologiche che la condivisione del letto dei genitori riduca il rischio di SIDS (AAP, 2000), questo potrebbe però essere suggerito da studi ecologici, e dall'osservazione dei bassi tassi di SIDS presso popolazioni dove questa pratica è comune (ad esempio in Giappone, Hong Kong, isole del Pacifico, comunità di immigranti del Bangladesh nel Regno Unito: Davies, 1985; Takeda, 1987; Tuohy, 1993; Gantley, 1993; Mckenna, 1996 e '97).

Perché dunque non proseguire nella ricerca, in modo da meglio enucleare i fattori di rischio causalmente associati alla condivisione del letto, eliminandoli dovunque possibile, e accertare i fattori protettivi, per diffonderli e valorizzarli in maniera indipendente dai primi?

In ogni caso non sembra accettabile diffondere il messaggio sintetico «*Il bambino non dorma nello stesso letto dei genitori*». Un'informazione più precisa e articolata potrebbe essere:

- *Non dorma nello stesso letto di genitori fumatori, e non condivida letti stretti (divani) o ad acqua;*
- *nei primi 3-4 mesi non dorma comunque nello stesso letto dei genitori, se non per farlo addormentare (poi riparlo nel suo lettino "a norma", nella stessa stanza);*
- *in seguito, i genitori che non fumano potranno regolarsi secondo le preferenze proprie e del bambino (Ball et al., 1995). Se la scelta fosse di tenerlo nel letto dei genitori (non con altri bambini), è comunque bene che la madre non consumi alcol, non usi cuscini soffici e piumoni pesanti e non lo copra molto;*
- *in ogni caso per il primo anno di vita è bene che il bambino non dorma in una stanza separata (vedi nota 3).*

In caso contrario, potrebbe esservi il rischio che ad aderire maggiormente alla raccomandazione categorica di "non condividere il letto" siano proprio quei genitori più attenti alla salute del bambino che, se correttamente informati, non avrebbero problemi a condividere il letto in condizioni di sicurezza.

**«In Italia si stima che l'incidenza della SIDS sia di circa 1 su 1000 nati vivi»**

In realtà alcune indagini svolte nel nostro Paese fanno ipotizzare, seppure con molta prudenza, che l'incidenza in Italia possa essere stimata, all'inizio degli anni Novanta, intorno allo 0,5‰ nati vivi (Tabella IV; Mastroiacovo et al., 2000; Buzzetti e Ronfani, 2000).

Dato che le informazioni sulla prevenzione primaria della SIDS hanno iniziato a circolare negli ultimi anni anche in Italia e che il numero complessivo di fumatori è in lieve flessione (anche se quello delle giovani fumatrici tende ad aumentare), sembra improbabile che nei primi anni Duemila l'incidenza sia aumentata rispetto ai primi anni Novanta.

**«Campagne nazionali di informazione in altri Paesi hanno dimostrato che i suggerimenti descritti**

**sono associati a una riduzione del rischio di SIDS di circa 50%»**

Questa percentuale minimizza i risultati complessivi. Infatti è vera solo se si mescolano i risultati, più modesti, degli Stati Uniti, con quelli di altri Paesi sviluppati. Se si considerano i migliori risultati di Paesi dotati di Servizio Sanitario Nazionale, si vede che le campagne hanno ridotto l'incidenza in misura assai maggiore, da 3 a 11 volte (Tabella V; Mastroiacovo et al., 2000).

Confrontando la prevalenza di fumatori e fumatrici dell'Italia e quella ben maggiore di Danimarca e Olanda, i due Paesi che hanno finora ottenuto i migliori risultati a livello mondiale (Tabella VI), si comprende che per il nostro Paese traguardi di incidenza dello 0,1-0,2‰ non siano certo irraggiungibili, a

INCIDENZA DELLA SIDS IN ITALIA NEGLI ANNI 90	
□ Trieste (1980-'93)	0,2‰
□ Friuli-Venezia Giulia (1993 e '94)	0,3 e 0,7‰
<i>(nel '95-'97 in Friuli non risultano morti per SIDS)</i>	
□ Provincia di Firenze (1985-'91)	0,37‰
□ Provincia di Milano (1987-'91)	0,55‰
□ Emilia-Romagna (1989-'92)	0,62‰
□ In 9 maternità di II livello del Centro-Nord (1976-'94)	0,7‰

Tabella IV

RIDUZIONE DELL' INCIDENZA DOPO LE CAMPAGNE DI INFORMAZIONE	
Spagna (Navarra)	1985-'93 = 1,3‰ 1994 = 0,4‰
Svezia	1991 = 1,1‰ 1995 = 0,4‰
Norvegia (Hordaland)	1987-'89 = 3,5‰ 1993-'95 = 0,3‰
Olanda	1986-'88 = 0,8‰ 1997 = 0,2‰
Danimarca	1990 = 1,6‰ 1995 = 0,2‰

Tabella V

patto di implementare analoghe campagne informative.

E in ogni caso resta ancora un ampio margine di miglioramento per tutti, purché si investa prioritariamente nella lotta al fumo (compreso il fumo nelle giovani, in gravidanza e in presenza del bambino), che si stima responsabile di 90.000 morti all'anno in Italia, di cui oltre 100 sotto forma di SIDS.

A questo proposito può essere interessante esaminare le stime relative al rischio di SIDS attribuibile a livello di popolazione ai principali fattori di rischio noti. In Inghilterra il Population Attributable Risk (PAR) è del 94%, come da *Tabella VII*.

Lo stesso fenomeno si è verificato in altri Paesi (Blair et al., *BMJ*, 1996).

Questo significa che, se si risolvesse il problema del posizionamento a letto e del fumo in gravidanza e in presenza del bambino, l'incidenza di SIDS in Inghilterra dovrebbe ridursi di 16 volte! In Scozia tali valori sono rispettivamente stimati al 62%, 14% e 2% (Brooke,

PERCENTUALE DI FUMATORI ABITUALI ITALIANI, OLANDESI, E DANESI				
	Anni	SIDS (x 1000)	Donne	Uomini
Danimarca	1990	(1,6)	42%	47%
	2000	(0,2) nel '95	29%	32%
Olanda	1990	(0,8)	32%	43%
	1999	(0,2) nel '97	32%	36%
Italia	1990	(0,5-0,7?)	17,8%	37,8%
	1999	(0,5?)	17,3%	32,8%

(Fonte: OECD Health Data, 2001)

Tabella VI

1997) e in Nuova Zelanda al 48%, 37% e 1% (Mitchell e Milerad, 1999).

Si aggiunga che altri fattori consolidati, non considerati in queste stime, possono spiegare una parte del rischio residuo. Ad esempio gli studi in Nuova Zelanda e in Inghilterra indicano un rischio aggiuntivo nel surriscaldamento, che diventa drammaticamente moltiplicativo se associato alla posizione prona.

In Inghilterra (Blair et al., 1999) l'analisi multivariata ha attribuito un OR di 2,4 (IC 95% tra 0,96 e 5,84) all'aver dormito in stanza con riscaldamento acceso tutta la notte.

#### CONCLUSIONI

Tutto questo consente di formulare



RISCHIO DI SIDS  
ATTRIBUIBILE A DIVERSI  
FATTORI A LIVELLO  
DI POPOLAZIONE (PAR)

Dopo le campagne a favore della posizione supina, il fumo dei genitori è diventato il più importante tra i fattori di rischio per SIDS a livello di popolazione in Inghilterra

PAR	Fattore
61%	Fumo di almeno un genitore
18,4%	Posizione di fianco
14,2%	Posizione prona
<b>94%</b>	<b>Totale + posiz. non supina</b>

Tabella VII

alcune priorità nella ricerca e nella erogazione sia di assistenza sia di informazione/educazione sanitaria da parte della Sanità Pubblica.

Se infatti l'incidenza di SIDS in Italia non è probabilmente dell'1-2‰, ma più verosimilmente dello 0,5‰ o poco più, e se almeno il 90% della stessa è attribuibile a fattori di rischio noti e potenzialmente prevenibili, quali la posizione non supina, il fumo dei genitori e nell'ambiente domestico il surriscaldamento, diventa fondamentale sviluppare e applicare su larga scala metodi efficaci per (far) smettere di fumare, per contrastare il fumo passivo nelle abitazioni e sul lavoro e per non contrarre l'abitudine al fumo, oltre che per far mettere in pratica estesamente le altre conoscenze preventive già disponibili e di facile applicazione (ad es. il fatto di non far dormire il bambino in una stanza da solo).

La ricerca e l'applicazione di tali metodi possono costituire un investimento prioritario rispetto, ad esempio, a quello di fare elettrocardiogrammi ai neonati e trattarne migliaia con beta-bloccanti per testare in Italia la discussa teoria della lunghezza del tratto QT, che nella migliore delle ipotesi avrebbe un costo-opportunità meno favorevole rispetto agli interventi di sanità pubblica sopra descritti.

**Nota 1.** I contenuti trattati in questo articolo sono stati portati a conoscenza della Commissione di Studio sulla SIDS della Regione Lombardia

**Nota 2.** Si segnala che nella recente revisione "SIDS in 2000" (Hauck e Hunt, 2000) non è riportato correttamente tale dato, poiché si sostiene che Fleming e Blair non avrebbero riscontrato aumento di rischio nei bambini che dormono soli. In realtà, nella pubblicazione del 1999 sul *BMJ* tali Autori riportano addirittura nell'analisi multivariata un OR di 10,49 per il bambino che dorme solo, rispetto a quello che divide la stanza dei genitori. Anche nello studio neozelandese il rischio per il bambino che dorme solo aumentava di quasi 4 volte rispetto a chi divideva la stanza con adulti (McKenna J, 1998).

**Nota 3.** Raccomandazioni di far dormire i bambini in una stanza separata dai genitori appartengono più a concezioni arcaiche dello sviluppo infantile - ancorché radicate in molti Paesi occidentali (*ndr*) - che alla osservazione scientifica (Blair e Fleming, 2000).

**Bibliografia**

- Ball HL, et al. Where will the babies sleep? Attitudes and practices of new and experienced parents regarding co-sleeping with their new-born infant. *Am Antropol* (in press).
- Blair PS, et al. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. *BMJ* 1999;319:1457-61.
- Blair P, Fleming P. Babes sleeping with parents and SIDS. *BMJ* (letters) 2000;321:1019.
- Barry H, Paxson LM. Infancy and early childhood; cross-cultural codes 2. *Ethology* 1971;10:466-508.
- Bradford DG, et al. Association Between SIDS and Prone Sleep Position, Bed Sharing, and Sleeping Outside an Infant Crib in Alaska. *Pediatrics* 2001;108(4):923-7.
- Brooke H, et al. Case-central study of SIDS in Scotland, 1992-5. *BMJ* 1997;314:1516.
- Buzzetti R, Ronfani L. Evidenze sulla SIDS. *Medico e Bambino* 2000;19:223-33.
- Davies DP. Cot death in Hong Kong. A rare problem? *Lancet* 1985;ii:1346-7.
- Gantler M, et al. SIDS: link with infant care practices. *BMJ* 1993;306:16-20.
- Hanck FR, Hunt CE. SIDS in 2000. *Current Problems in Pediatrics* 2000;30:8.
- Fleming PJ, et al. Environment of infants during sleep and risk of the sudden infant death syndrome: result from 1993-1995 case-control study for confidential inquiry into stillbirths and deaths in infancy. *BMJ* 1996;313:191-5.
- Flick L, et al. Sleep position and the use of soft bedding during bed among African American infants at increased risk for SIDS. *J Pediatr* 2001;138(3):338-43.
- Fredrickson DD, et al. Relationship of SIDS of breast-feeding duration and intensity. *Am J Dis Child* 1993;147:460.
- Hauck FR, et al. Bedsharing promotes breastfeeding and AAP Task Force on Infant Positioning and SIDS. *Pediatrics* 1998;102:662-3.
- Lozoff B, Britenhan G. Infant care: cache or carry. *J Pediatr* 1979;95:478-83.
- Klonoff-Cohen HS, et al. A case-control study of routine and death scene sleep position and sudden infant death syndrome in Southern California. *JAMA* 1995;273:790-4.
- Klonoff-Cohen H, Lam-Kruglick P. Maternal and Paternal Recreational Drug USA and

SIDS in child Care Settings. *Pediatrics Adolesc Med* 2001;155:765-70.

- Klonoff-Cohen HS, et al. The effect of passive smoking and exposure through breast milk on SIDS. *JAMA* 1995;273(10):795-8.
- Lu NY, et al. SIDS in Hong Kong: confirmation of low incidence. *BMJ* 1989;298:721.
- Matriocovo P, et al. Prevenzione primaria della SIDS. Le evidenze disponibili per fornire raccomandazioni ai genitori. *Prospettive in Pediatria* 2000;30:289-301.
- McKenna JJ. The potential benefits of infant-parent cosleep in relation to SIDS prevention: overview and critique of epidemiological been sharing studies. In: Rognum TO (ed.). *Sudden Infant Death Syndrome: New Trends in the 90's* Oslo, Norway: Scandinavia University Press, 1995.
- McKenna JJ. Sudden infant death syndrome in cross-cultural perspective. Is infant-parent cosleeping protective? *Ann Rev Antropol* 1996;25:201-16.
- McKenna JJ. Bed-sharing promotes breastfeeding. *Pediatrics* 1998;102:662-4.
- McKenna JJ, et al. Bedsharing promotes Breastfeeding. *Pediatrics* 1997;100(2):214-9.
- Mitchell EA, Milerad J. Smoking and SIDS. In: *International consultation on ETS and child health*. Geneva: WHO, 1999:105-29.
- Mitchell EA, et al. Elsevier Science Ireland Ltd., 1994.
- Mitchell EA, et al. Risk factors for sudden infant death syndrome following the prevention campaign in New Zealand: a prospective study. *Pediatrics* 1997;100:835-40.
- Mitchell EA, et al. Observation on ethnic differences in SIDS mortality in New Zealand. *Early Human Dev* 1994;38:151-7.
- Moon R, et al. SIDS in child care setting. *Pediatrics* 2000;106:295-300.
- Mosko S, et al. Infant sleep architecture during bedsharing and possible implications for SIDS. *Sleep* 1996;19:677-84.
- Mosko S, et al. Parent infant co-sleeping: the appropriate context for the study of infant sleep and implications for the sudden infant death syndrome (SIDS) research. *J Behav Med* 1993;16:589-610.
- Person S, et al. Parallel Incidences of SIDS and Infantile Hypertrophic Pyloric Stenosis. A Common Cause? *Pediatrics* 2001;107:4.
- Ponsonby AL, et al. Thermal environment and SIDS: case-control study. *BMJ* 1992;304:277-82.
- Scragg R, et al. Public health policy on bed sharing and smoking in the SIDS. *N Engl J Med* 1995;108:218.
- Shubiger G, et al. UNICEF/WHO baby-friendly hospital initiative: does the use of bottles and pacifiers in the neonatal nursery prevent successful breastfeeding? *Neonatal Study Group. Eur J Pediatrics* 1997;156,11:874-7.
- Takeda KA. A possible mechanism of sudden infant death syndrome (SIDS). *J Kyoto Prefecture University Med* 1987;96:965-8.
- Tuohy P, et al. *Ann Dis Child* 1993;69:664-6.
- Willinger M, et al. Sleep environment: the NICHD SIDS Cooperative Epidemiological Study (Abstract). Presented at the Fourth SIDS International Conference; Washington, DC: June 23-26, 1996.
- World Health Organization. Infant feeding - The physiological basis. *Bulletin, Suppl.* 67, 1989.

