

4. Posizione nel sonno e riduzione del rischio di morte improvvisa del lattante (SIDS)

La SIDS è la principale causa di mortalità nel primo anno di vita dopo il periodo neonatale.

È possibile ridurne il rischio con interventi semplici e di dimostrata efficacia:

- posizione supina (a pancia in su) durante il sonno;
- adeguatezza dell'“ambiente” in cui il bambino dorme;
- astensione dal fumo di sigaretta da parte dei genitori;
- allattamento materno esclusivo.

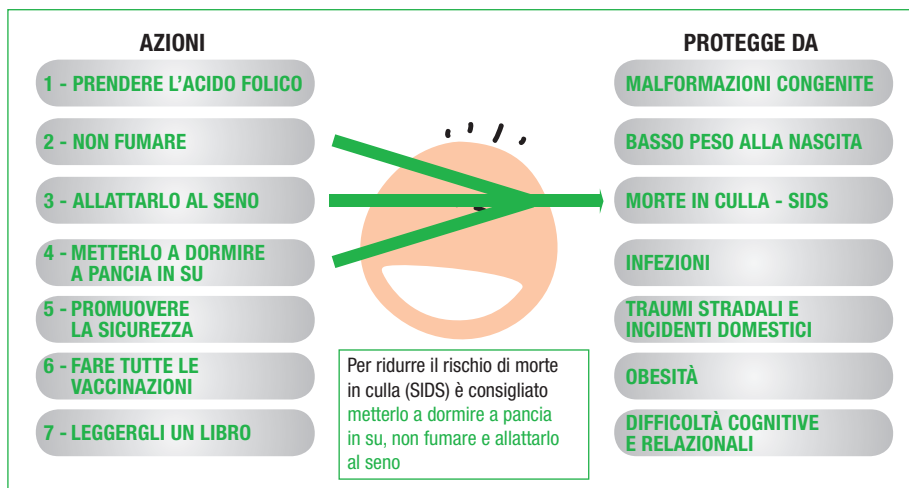
Raccomandazioni principali

Tutti i genitori dovrebbero essere informati sul fatto che:

- Il bambino dovrebbe essere messo a dormire in posizione supina (**a pancia in su**) sin dai primi giorni di vita. Questo è il principale messaggio da trasmettere ai genitori.
- Il bambino dovrebbe dormire in culla o nel lettino, meglio se nella stanza dei genitori.
- La donna in gravidanza dovrebbe astenersi dal fumo di sigaretta ed evitare di esporsi al fumo passivo. Dopo la nascita si dovrebbe evitare di fumare in casa.
- L'ambiente dove dorme il bambino non dovrebbe mai essere eccessivamente caldo (la temperatura ambientale dovrebbe essere mantenuta attorno ai 20 gradi). Da evitare anche l'eccesso di vestiti e di coperte.
- È consigliabile l'allattamento materno esclusivo.

Ulteriori raccomandazioni

- Il materasso dovrebbe essere della misura esatta della culla/lettino e non eccessivamente soffice. Va anche evitato di far dormire il bambino sopra divani, cuscini imbottiti, trapunte.
- Il bambino dovrebbe essere sistemato con i piedi che toccano il fondo della culla o del lettino in modo che non possa scivolare sotto le coperte; va evitato l'uso del cuscino.
- La condivisione del letto dei genitori (*bed sharing*), sarebbe da evitare se questi sono fumatori, o non in buone condizioni di vigilanza. Andrebbe evitata anche nelle prime settimane di vita del bambino. In caso di *scelta* da parte dei genitori per la condivisione del letto con il bambino, va loro raccomandato di rispettare tutte le altre condizioni “di protezione”. I genitori dovrebbero sempre evitare di dormire con il bambino sopra divani o poltrone.
- L'uso del succhiotto, raccomandato in alcuni paesi, può avere un effetto protettivo, in ogni caso va proposto dopo il mese di vita seguendo opportune precauzioni.



Per **SIDS (Sudden Infant Death Syndrome)** si intende la morte di un bambino di età <1 anno, improvvisa e inspiegabile anche dopo un'accurata valutazione del caso, comprendente l'esecuzione dell'autopsia, l'esame dello scenario in cui si è verificato il decesso, l'esame della storia clinica.

La SIDS rappresenta, nei paesi industrializzati, la prima causa di morte nell'età compresa tra 1 e 12 mesi: è infatti responsabile del 40% delle morti nel periodo post-neonatale^a. Il 90% dei bambini morti per SIDS non hanno compiuto i 6 mesi di vita e la massima incidenza si registra tra 2 e 4 mesi di vita.

Non esistono in Italia dati nazionali affidabili sull'incidenza del fenomeno, mancando un sistema di rilevazione omogeneo. I dati disponibili da alcuni studi, realizzati in ambiti geografici molto diversi, danno un'incidenza estremamente variabile secondo la realtà considerata (da 0,2 a 0,7 casi ogni 1000 nati vivi, dunque si possono prevedere da un centinaio a 400 circa lattanti/anno in Italia). Tali dati sono tuttavia poco applicabili poiché frutto di indagini retrospettive effettuate su certificati di morte la cui compilazione raramente è suffragata dal riscontro autoptico o comunque da autopsie correttamente eseguite.

1. Quali i fattori di rischio?

Diversi sono i fattori di rischio per SIDS suggeriti dagli studi effettuati sull'argomento^{1,2}. Va tuttavia sottolineato che solo per alcuni di questi fattori l'evidenza disponibile sull'associazione con la SIDS è forte e in modo consistente dimostrata da più studi. Inoltre, dal punto di vista pratico, è utile considerare quei fattori che sono facilmente modificabili. Se si considera sia la forza delle evidenze che la fattibilità dell'intervento, i fattori da prendere in considerazione sono^{3,4}:

^a Per periodo post-neonatale si intende il periodo compreso tra il termine del periodo neonatale (28° giorno di vita) e il compimento del primo anno.

- La posizione nel sonno.
- L'esposizione al fumo di sigaretta (pre e post natale).
- L'ambiente in cui dorme il bambino.
- Il tipo di allattamento

1.1 Quale la posizione corretta nel sonno?

La posizione nel sonno rappresenta il fattore di rischio più rilevante su cui è possibile intervenire. Le evidenze della letteratura dimostrano che il rischio di morire per SIDS è maggiore nei bambini che vengono messi a dormire in posizione prona (pancia in giù) rispetto a quelli messi in posizione supina (rischio aumentato da 1,7 a 12,9 volte)^{5,6}. Anche la posizione di fianco è un fattore di rischio (rischio aumentato di circa 2 volte)⁷. Una revisione sistematica della letteratura con meta-analisi⁸ ha identificato 40 studi che analizzavano la relazione tra SIDS e posizione nel sonno. I risultati della meta-analisi confermano un maggior rischio (OR^b), cioè una maggiore probabilità di SIDS in caso di:

- 1) posizione prona rispetto a posizione supina (OR=4,46, IC^c 95% 2,98-6,68, 25 studi);
- 2) posizione prona rispetto a non prona (OR=4,15, IC 95% 3,27-5,26, 40 studi);
- 3) posizione sul fianco rispetto a supina (OR=1,36, IC 95% 1,03-1,8, 24 studi).

L'associazione causale tra posizione supina e riduzione del rischio di SIDS è confermata anche dal successo delle campagne di prevenzione attuate a partire dagli inizi degli anni 90 in molti paesi del mondo e incentrate sulla promozione della posizione supina per il sonno del bambino^{9,10}. Come si può vedere nella tabella 1 la realizzazione delle campagne è stata accompagnata da drastiche riduzioni nell'incidenza di SIDS.

Tabella 1. Impatto sull'incidenza di SIDS delle campagne di prevenzione "Back to sleep" ("Dormire sul dorso") realizzate in alcuni paesi.

Paese	PRE intervento		POST intervento	
	Anno	Incidenza SIDS*	Anno	Incidenza SIDS*
Olanda	1984	1,2	2000	0,12
Inghilterra e Galles	anni 80	2-2,3	2000	0,4
Norvegia	1989	2,4	2000	0,4
Svezia	1991	1,1	1995	0,4
Danimarca	1990	1,6	1995	0,2
Spagna (Navarra)	85-93	1,3	1994	0,4
Tirolo	84-94	1,8	95-98	0,4
USA	1992	1,2	1998	0,8
Nuova Zelanda	87-88	4,3	91-93	2
Australia	1990	1,9	1995	0,8
Australia (Tasmania)	88-90	3,8	91-92	1,5

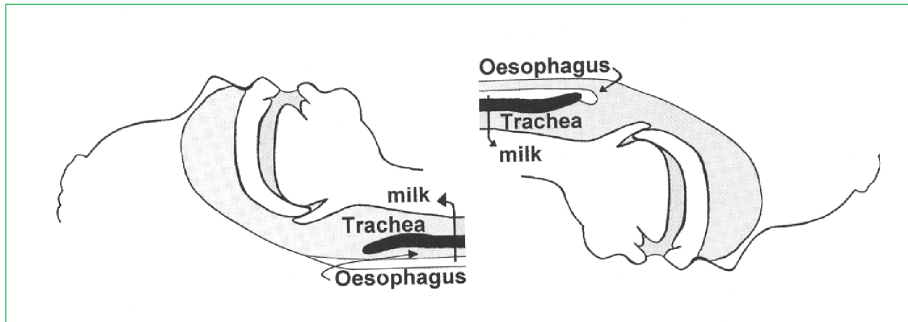
*per 1000 nati vivi

b Odds Ratio o Rapporto Crociato, § glossario.

c Intervallo di Confidenza, § glossario.

La posizione supina non risulta essere associata a particolari rischi di salute per il lattante. In particolare non aumenta il rischio di soffocamento secondario a rigurgito¹¹ (§ figura 1) e non è associata a un significativo ritardo dello sviluppo motorio (il modesto ritardo evidenziato a 6 mesi di vita nei bambini messi a dormire in posizione supina scompare completamente ai 18 mesi)¹².

Figura 1. Rigurgito e posizione supina e prona^d



L'ansia che la posizione supina determini malformazioni non è suffragata allo stato attuale da evidenze. Le segnalazioni della cosiddetta "plagiocefalia" da posizione (testa obliqua, § figura 2) nei lattanti che dormono in posizione supina derivano da studi non controllati. In ogni caso il problema è avviabile variando la posizione della testa del bambino durante il sonno (ad esempio: una settimana a destra e una a sinistra) e di utilizzare posizioni alternative a quella supina durante le ore di veglia¹³.



Figura 2.

Per il sonno del lattante la posizione consigliata è pertanto quella supina, "a pancia in su". Non è corretto invece raccomandare indifferentemente la posizione supina o quella laterale, come veniva fatto fino a pochi anni fa, anche perché il rischio che il bambino possa passare dalla posizione sul fianco a quella prona, pur variabile con l'età, è mediamente triplo rispetto a quello che possa passare dalla posizione supina a quella prona.

1.2 Fumo di sigaretta pre e post natale: quali effetti?

Una revisione con meta-analisi ha indagato la relazione tra fumo di sigaretta e SIDS¹⁴. Sono stati identificati oltre 60 studi caso-controllo e di coorte. Il rischio relativo^e (RR) associato al fumo materno è risultato pari a 2,86 (IC 95% 2,77-2,95) prima delle campagne "dormire sul dorso" e a 3,93 (IC 95% 3,78-4,08) dopo. Aumento che si spiega perché col diminuire del fattore di rischio "posizione prona" ovviamente gli altri fattori assumono un peso maggiore.

^d § Piumelli R., *Promuovere la posizione corretta in culla e... Campagna GenitoriPiù, Verona 25-26-27/06/2009.*

^e § glossario.

Sette studi hanno consentito di valutare gli effetti del fumo dopo la gravidanza in quanto si riferiscono alla esposizione al solo fumo paterno; anche in questo caso è stato riscontrato un aumento del rischio (RR=1,49, IC 95% 1,25-1,77).

Viene anche segnalato un gradiente dose-risposta: il rischio di SIDS verrebbe moltiplicato (rispetto ai figli di non fumatrici) per 4,7-5,7-7,8 volte rispettivamente nei nati da madri che in gravidanza fumavano da 1 a 9 sigarette al giorno – da 10 a 19 – oltre 20¹⁵.

L'associazione tra fumo di sigaretta e SIDS è dunque ampiamente provata, tanto da far ritenere che questa pratica aumenti di 2 volte il rischio di SIDS. L'esposizione in utero risulta particolarmente pericolosa a causa dei complessi danneggiamenti di natura anatomo-fisiologica che essa può provocare sul feto, tanto da far prevedere che l'abolizione del fumo in gravidanza possa determinare una riduzione di oltre il 30% delle possibili morti per SIDS. Con la riduzione del numero di bambini posti a dormire in posizione prona e di fianco dopo le campagne "Back to sleep", come era stato previsto¹⁶ il fumo di sigaretta è diventato il fattore di rischio più importante di SIDS, potendo render conto fino all'80% dei casi (rischio attribuibile)¹⁷. Risulta pertanto ovvia l'indicazione di non fumare e non esporre il bambino al fumo passivo.

1.3 Quali i fattori legati all'ambiente in cui il bambino dorme?

I principali aspetti emersi dall'analisi della letteratura relativi all'ambiente in cui il bambino dorme (stanza, culla)^{3,4,7,18-25} possono essere sintetizzati come segue.

L'eccesso di calore legato sia a troppi vestiti e coperte sia ad un'alta temperatura nella stanza, aumenta il rischio di SIDS. L'associazione è particolarmente evidente nei bambini che dormono in posizione prona. Recentemente è stato anche consigliato l'uso di un ventilatore²⁶. Ma altri sostengono che dopo le campagne "back to sleep" questo fattore di rischio sia ridimensionato rispetto a quanto si suggeriva in precedenza¹⁵.

L'uso di materassi eccessivamente morbidi è associato ad un aumento del rischio di SIDS. Lo stesso vale per altre superfici morbide sulle quali il bambino può venir messo a dormire (cuscini, trapunte). Uno studio tedesco pubblicato nel 2009 ripropone una sintesi dei principali fattori di rischio legati all'ambiente in cui il bambino è messo a dormire, in epoca post-campagne "back to sleep". Secondo questo studio (333 SIDS e 998 controlli), possono costituire un rischio il "bed sharing" i cuscini, i piumini e il dormire al di fuori della camera da letto (comprese le case di amici e parenti) e, sempre, la posizione prona, soprattutto su pelli di pecora; mentre conserverebbe un effetto protettivo l'uso del succhiotto²⁷ (vedi oltre).

Fino al 2004 si riteneva che la condivisione del letto dei genitori ("bed sharing") fosse una pratica sicura, salvo la presenza delle seguenti condizioni che aumentavano il rischio di SIDS:

- 1) genitori fumatori;
- 2) consumo di alcool da parte dei genitori o loro assunzione di farmaci che vadano ad alterare la capacità di risveglio;
- 3) condizioni di sovraffollamento in casa;
- 4) condizioni di stanchezza inusuali e tali da rendere difficile la risposta alle sollecitazioni del bambino^{20,21}.

Si raccomandava quindi di evitare la condivisione del letto in presenza di queste condizioni. Negli ultimi anni sono stati pubblicati alcuni studi che hanno messo in dubbio la sicurezza della condivisione del letto con i genitori, tanto da portare ad una modificazione delle raccomandazioni dell'*American Academy of Pediatrics* (AAP)⁴; due studi in particolare hanno messo in evidenza un rischio aumentato di SIDS nei primi mesi di vita (sotto le 8 -11 settimane) in caso di condivisione del letto con i genitori anche in assenza dei fattori di rischio sopra citati. Anche l'UNICEF (comitato UK per la *Baby Friendly Hospital Initiative per la promozione dell'allattamento al seno*) insieme alla Fondazione per lo Studio delle Morti Infantili (FSID-UK) ha revisionato in questo senso le proprie raccomandazioni nel giugno 2005.

Secondo diversi studi il rischio di SIDS potrebbe essere sostanzialmente ridotto ponendo a dormire il bambino in posizione supina in una culla o lettino collocato nella stanza dove dormono i genitori, con coperte leggere²², evitando quindi la condivisione multipla del letto²³, della poltrona o del divano^{20,23,24}.

Dato che molti fattori concorrono ad aumentare il rischio di SIDS, l'informazione da fornire ai genitori deve tener conto del fatto che non esiste per la SIDS un'unica azione preventiva, ma che tutte portano il loro piccolo/grande contributo di protezione.

In sintesi l' "**ambiente di sonno ideale**" per il bambino nel primo periodo di vita sembra quindi essere la sua culla collocata nella stessa stanza dei genitori; la stanza non dovrebbe essere troppo calda (in linea di massima la temperatura dovrebbe aggirarsi intorno ai 20°); il bambino dovrebbe dormire sotto coperte leggere e non essere troppo vestito.

Il materasso dovrebbe essere sufficientemente rigido; inoltre, nel posto dove il bambino dorme, non dovrebbero esserci oggetti soffici quali cuscini, trapunte, piumini d'oca, paracolpi o giocattoli di peluche. Le coperte e le lenzuola dovrebbero essere ben rimboccate sotto il materasso ed i piedi del bambino dovrebbero toccare il fondo del lettino o della culla per evitare che possa accidentalmente scivolare sotto le coperte (il "*sacco nanna*" può rappresentare una valida alternativa alle lenzuola ed alle coperte).

In caso di preferenza da parte dei genitori per la condivisione del letto con il bambino, va raccomandato di rispettare tutte le altre condizioni "di protezione" ed evitare la presenza di altri familiari nel letto a parte i genitori, informandoli del piccolo aumento di rischio di SIDS per i bambini sotto i 3 mesi di vita, offrendo possibili alternative (ad esempio limitarla ai momenti di allattamento, spostando poi il bambino nella sua culla). Divani e poltrone andrebbero invece sempre evitati.

Studi epidemiologici sempre più numerosi mostrano un **effetto protettivo del succhiotto** e per questo motivo in alcuni Paesi (USA, Olanda, Austria, Canada) è stata introdotta anche questa raccomandazione.

Se si decide di impiegarlo ciò deve avvenire osservando le seguenti precauzioni:

- introdurlo solo dopo il primo mese di vita per evitare ogni possibile interferenza con l'allattamento al seno^f;

^f Una recente revisione sistematica sul rapporto tra uso del succhiotto e allattamento al seno ha trovato 4 RCT (Randomized Controlled Trial, § glossario), di cui uno su soggetti pretermine (circa

- tenerlo sempre ben pulito
- evitare di immergerlo in sostanze edulcoranti
- se il bambino lo rifiuta non va forzato
- se lo perde durante il sonno non è necessario reintrodurlo in bocca
- cercare di sospenderlo dopo il primo anno di vita.

1.4 Il possibile ruolo dell'allattamento materno

Recentemente uno studio tedesco³⁰ sembra mettere in rilievo l'effetto protettivo dell'allattamento al seno. Il 49.6% di casi e l'82.9% dei controlli era allattato al seno a 2 settimane di età. L'allattamento materno esclusivo a 1 mese di età dimezza il rischio. Anche l'allattamento materno parziale all'età di 1 mese riduce il rischio di SIDS, ma dopo l'*aggiustamento*^g questo rischio non è significativo. Le curve di sopravvivenza dell'allattamento al seno hanno mostrato che sia l'allattamento materno parziale che quello esclusivo sono associati con una riduzione del rischio di SIDS.

Lo studio ha una particolare importanza in quanto analizza il peso dei vari fattori di rischio in un contesto storico-geografico in cui ormai la posizione prona è quasi scomparsa (4% circa). L'effetto protettivo dell'allattamento materno era già stato segnalato da una revisione sistematica con metanalisi di 7 studi³¹.

1.5 SIDS e vaccinazioni

Nonostante gli allarmi sollevati da parte di alcuni studi (delle 100 morti improvvise riportate dal "Vaccine Adverse Event Reporting System" dal 1997 al 1998 negli USA³² circa la metà, sono state classificate come SIDS), il sospetto di una possibile associazione fra le vaccinazioni per difterite-tetano-pertosse e la SIDS non ha avuto conferma in una serie di studi epidemiologici.

Gli studi, infatti, continuano a non mostrare un'associazione fra le vaccinazioni e la SIDS; un recente e ampio studio condotto in Germania³³ evidenzia, al contrario, un maggior rischio di SIDS nei bambini non sottoposti a vaccinazione o sottoposti ad essa tardivamente. Lo stesso autore di questo studio ha poi condotto una revisione sistematica con metanalisi su 9 studi caso-controllo, mostrando un effetto protettivo delle vaccinazioni: OR 0,58 (IC 95% da 0,46 a 0,73). Il risultato è confermato anche dalla metanalisi condotta sui 4 studi che presentano un OR aggiustato con l'analisi multivariata³⁴.

1.6 SIDS e "QT lungo": quale relazione?

Uno studio italiano ha mostrato la possibilità di prevedere un aumentato rischio di morte improvvisa, grazie all'esecuzione di un elettrocardiogramma (prolungamento dell'inter-

300 e tre su nati a termine (oltre 1500 soggetti). Non sono stati dimostrati effetti particolari dell'utilizzo del succhiotto sulla pratica dell'allattamento²⁸. Un RCT pubblicato nel maggio 2009 conferma l'assenza di influenza del succhiotto sull'allattamento al seno esclusivo a 3 mesi²⁹. La riflessione sull'uso del succhiotto rimane aperta.

g (§ glossario).

vallo QT)³⁵. A seguito di tale dimostrazione è stata discussa la necessità di introdurre l'elettrocardiogramma da eseguire routinariamente come screening a tutti i nuovi nati. Per questo motivo è stata effettuata un'ampia raccolta di elettrocardiogrammi neonatali, dopo la terza settimana di vita, in numerosi centri italiani. I risultati di questa ricerca dovranno indirizzare sulla fattibilità e sull'utilità di tale screening. Allo stato attuale non abbiamo ancora chiare evidenze scientifiche a favore di tale pratica ed anche il rapporto costi benefici andrà precisato. Restano infatti aperti diversi problemi:

- stando ai dati del lavoro citato³⁵, il 50% dei bambini deceduti per SIDS avevano il test negativo (QT normale all'ECG); un'applicazione del test a tutti i nati comporterebbe quindi che la metà dei bambini candidati alla SIDS non verrebbero comunque scoperti;
- in caso invece di test positivo (allungamento del QT) solo 1 bambino su circa 70 rischierebbe veramente la SIDS, mentre gli altri sarebbero solo falsi positivi;
- un ulteriore problema è poi il tipo di trattamento da attuare nei bambini con test positivo: non esistono infatti a tutt'oggi, prove dell'efficacia e della sicurezza dei trattamenti farmacologici proposti per la prevenzione della SIDS.

2. Le opportunità legislative

La recente **Legge n. 31 del 02.02.'06** promuove da un lato una ricerca più incisiva e coordinata a livello nazionale e dall'altro il sostegno alle famiglie colpite e l'avvio di iniziative di formazione del personale e di prevenzione.

3. Alcuni dati sulla posizione in culla in Italia

Un'alta correlazione tra posizione in culla in ospedale e a casa è segnalata da un rilevamento del 2001 del Progetto "Sei più Uno" e da una ricerca su oltre 6.000 nati nel 2002 in Emilia Romagna. Al momento della ricerca nelle regioni interessate la posizione supina era di circa il 50% dei casi.

Alcuni dati provenienti dal progetto ICONA 2003³⁶ (raccolti nel 2° anno di vita) tuttavia evidenziano che la posizione supina viene mantenuta a livello nazionale intorno al **27%** soltanto, con differenze abbastanza importanti da regione e regione (§ *tabella 2*)

Tabella 2. Distribuzione in percentuale della posizione in culla in alcune regioni italiane (ICONA 2003)

REGIONI	Posizione supina	Posizione di fianco	Posizione prona
Friuli Venezia Giulia	54%	30%	13%
Toscana	23%	62%	13%
Molise	12%	72%	11%
Sardegna	28%	62%	9%

Anche una successiva ricerca (2004)³⁷ che ha coinvolto 31 pediatri di Roma ha rilevato che solo il **28%** dei genitori intervistati adottano la posizione supina per il lattante durante il sonno. Risulta anche che l'adozione della posizione supina è fortemente dipendente dall'informazione ricevuta presso il Centro Nascita e dal modo in cui il neonato viene posto in culla in ospedale. Dalla stessa rilevazione i Centri Nascita risulterebbero fornire informazioni insufficienti sulla prevenzione della SIDS, spesso non completamente congrue con le raccomandazioni internazionali e talora incoerenti con il comportamento stesso adottato all'interno dei Centri Nascita. Anche i pediatri di famiglia che hanno partecipato allo studio sembrano non aver fornito sufficienti informazioni sull'argomento. Nuovi dati sono stati rilevati all'interno della Campagna GenitoriPiù e sono sintetizzati nella "Pillola" di valutazione a pag. 129. Il materiale divulgativo messo a disposizione dei genitori a livello nazionale è sempre più aggiornato³⁸ e va superando messaggi contraddittori trasmessi in passato.

1° edizione a cura di Luca Ronfani

Revisori: Giovan Battista Ascone, Roberto Buzzetti, Ada Macchiarini, Raffaele Piumelli

Aggiornamento a cura di Roberto Buzzetti

Revisori: Paola Dallacasa, Raffaele Piumelli, Luca Ronfani

Il counselling in più

Il tema della posizione corretta del lattante è fra i più delicati da affrontare.

Le difficoltà sono legate sia al tipo di problema affrontato – si parla di uno dei rischi che maggiormente angosciano i genitori, quello di una morte improvvisa del bambino – che al tipo e al numero di informazioni e indicazioni comportamentali necessarie.

Parlare di rischio di morte in un momento in cui l'investimento emotivo dei genitori è tutto concentrato sulla vita e sul futuro del loro bambino è difficile. Inoltre dobbiamo tenere conto del fatto che:

- quando le informazioni e le indicazioni sono troppo sbilanciate nella direzione del rischio (quello che si definisce “terrorismo informativo”) il livello di ascolto tende ad abbassarsi, e il passaggio dell'informazione viene ostacolato dall'esigenza emotiva di “non pensare a queste cose”;
- i genitori particolarmente ansiosi possono viceversa sopravvalutare il rischio e eccedere in comportamenti di controllo, che sarà poi difficile ridurre e normalizzare quando il bambino sarà più grande.

A questo si aggiunge il fatto che:

- le indicazioni che si danno ai genitori sono piuttosto numerose, e riguardano aspetti comportamentali e decisionali diversi (non solo la **posizione** del bambino, ma il **luogo** in cui è meglio farlo dormire, la **temperatura** migliore, la qualità del materasso ecc.)
- alcune di queste informazioni sono in contraddizione con la cultura popolare o comunque con le abitudini condivise da gran parte delle mamme (e delle nonne!) italiane: ad esempio la raccomandazione di non coprire troppo il bambino, e di farlo dormire in ambienti che non superino i 20°.
- la memoria storica della generazione precedente (parliamo delle nonne, ma anche delle sorelle più grandi delle mamme attuali) ricorda indicazioni diametralmente opposte e in molte famiglie è vivo il ricordo di bambini che “sono guariti dalle coliche solo perché il pediatra ha consigliato la posizione a pancia in giù”.

La scelta di una strategia comunicativa diventa quindi indispensabile.

Si tratterà innanzitutto di **adattare** per quanto possibile le modalità di comunicazione alle caratteristiche dei genitori. Come? Semplicemente con una formula di introduzione del problema, che è sempre utile quando si affrontano argomenti delicati o drammatici:

Es. Pediatra: *Vorrei affrontare con voi un tema importante, di cui forse avete già sentito parlare la prevenzione di quella che si definisce “morte improvvisa del lattante”. Ci sono dei comportamenti che vi consiglierò di usare, ma prima mi servirebbe sapere una cosa: per come siete fatti voi, come genitori, vi serve di più che vi spieghi subito cosa è meglio fare per prevenire questo rischio, o avete bisogno di capire meglio di cosa si tratta, quanto è frequente... in realtà è un evento raro, ma ditemi voi cosa vi serve di più.*

Il modo di rispondere a questa domanda fornisce al pediatra i primi elementi per organizzare il suo intervento. Se i genitori vogliono saperne di più:

1. Chiederà per cominciare **cosa sanno già**, cosa hanno letto o sentito, in modo da completare o correggere informazioni imprecise o francamente errate;

2. Darà alcune semplici informazioni sull'incidenza dell'evento e sull'efficacia della posizione corretta e delle altre misure protettive:

Es. Tanto perché abbiate un'idea, si è visto che il rischio di SIDS nei bambini messi a dormire a pancia in giù aumenta dalle 2 alle 13 volte circa rispetto a quelli messi a pancia in su... anche messi di fianco hanno un rischio aumentato, di ben due volte... Vi dicono qualcosa questi dati? Volete che proviamo a capire ancora meglio?

3. Di fronte a ulteriori richieste di statistiche, dati, rassicurazioni, è preferibile contenere i genitori e passare alle indicazioni di comportamento, sottolineando che gran parte di esse, oltre ad essere importanti per prevenire un evento che è comunque molto raro, fanno parte della normale igiene di vita e andranno conservati anche in futuro:

Es. Io vi direi: è importante che siate informati su questo rischio, ma anche che sappiate e ricordiate che, come vi ho detto, non è un evento frequente. Molte delle indicazioni che adesso vi darò sono comunque utili per la salute complessiva del bambino, vi serviranno anche in seguito. Proviamo a passare a quello che dovete fare?

Nel passare alle indicazioni di comportamento, è necessario evitare:

- di dare tutte le informazioni alla volta;
- di mescolare informazioni (*la posizione corretta ha l'effetto positivo di...*) e indicazioni di comportamento (*bisogna fare questo e questo*);
- di dare indicazioni di comportamento senza verificare le abitudini già acquisite, magari con i figli precedenti o con altri bambini della famiglia;
- di dare indicazioni di comportamento senza scegliere un ordine di priorità.

L'ordine di priorità non riguarda ovviamente le misure da adottare sempre e quelle meno importanti, ma la frequenza con cui quel comportamento compare nel corso della giornata: mettere il bimbo nella culla facendo attenzione a posizionarlo con correttezza è un comportamento che si ripete più volte nella giornata. L'occasione di farlo dormire su un divano o cuscini è in genere una situazione occasionale; va ricordata e affrontata, ma in una fase separata del colloquio educativo-informativo.

Il professionista dovrà quindi:

1. Raccogliere le informazioni che i genitori hanno già ricevuto:

Voi cosa avete già sentito dire su come mettere a dormire il bambino? Partiamo da lì, così poi ci facciamo un'idea più chiara insieme.
2. Riesaminare i comportamenti che sono già stati appresi e messi in atto:

E a partire da queste informazioni, e anche da esperienze che magari avevate già fatto, mi descrivete bene il modo che usate adesso, quando mettete a dormire il bambino?
3. Riordinare le fasi comportamentali che i genitori descrivono creando una serie di "zone" da rivedere insieme:

Allora, vediamo bene tutto quanto con ordine: ci sono le caratteristiche della culla, il materassino, le coperte: dovremo vedere insieme quali sono le caratteristiche più sicure. Poi c'è il luogo dove dorme il bambino, e anche questo lo vedremo insieme partendo da come è fatta la vostra casa e dalle vostre abitudini. E poi c'è la posizione

vera e propria, che deve essere proprio mantenuta sempre nel modo giusto. Partiamo da questa, che è la più importante.

4. Per ognuna delle “zone” esplorate, partire sempre dal comportamento già utilizzato, **poi** segnalare l’esigenza di modificarlo se non è corretto, **quindi** fornire l’indicazione corretta e **infine** chiedere se immaginando di attuare quel comportamento riescono già a vedere possibili ostacoli, difficoltà ecc.(estendendo l’indagine anche al resto della famiglia):

Es: Mi descrivete cosa c’è nella culla: materassino, cuscini...?

Ecco, vedete, qui c’è già qualcosa da modificare, vediamo insieme: il cuscino, anche se siamo abituati a vederlo usare, non è consigliabile: bisogna evitare di usarlo, e per alcuni genitori sembra proprio una cosa strana, difficile.

Io comincio a dirvelo: bisogna toglierlo. Voi, pensandoci, vedete della difficoltà a fare così? Potrebbero esserci dei problemi che ve lo rendono difficile, o che possono nascere con altri familiari?

5. Solo dopo avere esplorato e rivisto i comportamenti, chiedere se qualche informazione in più potrebbe aiutarli ad attuare i comportamenti indicati:

Provate a pensare se vi serve qualche dato, qualche informazione in più per capire meglio le cose che vi ho detto, o per spiegarle ad altri familiari?

In ogni caso, sarà necessario concludere con un riassunto “strategico”, che connetta il tema del rischio con quello dei comportamenti proposti in modo che gli aspetti costruttivi (comportamenti) prevalgano sugli aspetti preoccupanti (rischio di morte).

Es: Riassumendo: abbiamo parlato di un rischio che spaventa molto i genitori. Lo abbiamo fatto perché esiste il modo di ridurlo efficacemente, allora meglio sapere che il rischio esiste anche se è molto basso, e poi impegnarsi nel comportarsi nel modo più adatto. Le cose che dovete ricordare, ve le ripeto, sono...

Sarà importante verificare nel corso delle visite o incontri successivi se e quanto i comportamenti indicati vengono attuati, insistendo soprattutto su quelli che nel primo colloquio avevano suscitato qualche perplessità nei genitori. Questo va fatto evitando modalità di tipo interrogatorio – esame – ricerca di errori, ma sottolineando che, data l’importanza dell’argomento, riteniamo importante verificare se i comportamenti che avevamo indicato sono davvero sempre attuabili, se sono comparse difficoltà e come possono essere superate. Molte volte una nonna troppo difficile da contraddire può diventare occasione di comportamenti non sicuri senza che i genitori riescano a raccontarlo neppure a se stessi.

Silvana Quadrino Istituto CHANGE www.counselling.it

"PILLOLE" DI VALUTAZIONE**Posizione del lattante in culla****Cosa sanno e come si comportano i genitori**

L'88,5% dei genitori dichiara di aver ricevuto informazioni sulla corretta posizione in cui mettere a dormire il bambino. Circa il 60% dei genitori riceve queste informazioni nel Punto Nascita e il 34% nell'ambulatorio pediatrico. Il Punto Nascita diventa quindi lo snodo naturale per far passare le corrette informazioni su questo determinante, anche perché spesso il comportamento dei genitori ricalca quanto visto fare all'interno dell'Ospedale nei primi giorni di vita del bambino.

Rispetto alle conoscenze dei genitori, la tabella che segue mette in evidenza la percentuale di risposte corrette alle domande poste.

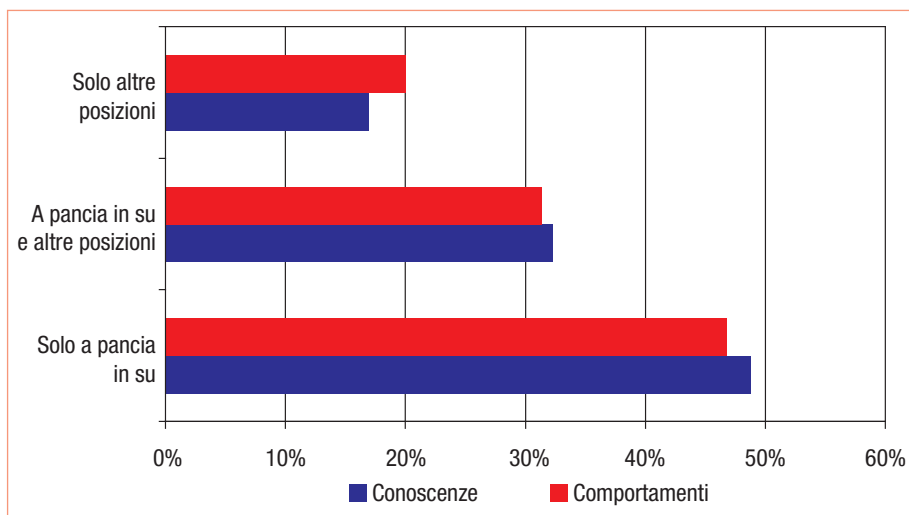
Tabella 1. percentuale di risposte corrette alle domande sui fattori di protezione della SIDS

La posizione supina del lattante in culla può: (fra parentesi la risposta corretta)	% risposte corrette
Diminuire il rischio nei confronti della morte in culla. (Vero)	73,3%
Essere rischioso per i casi di soffocamento da rigurgito. (Falso)	42,3%
Quali di questi comportamenti possono prevenire la 'morte in culla' del bambino?	% risposte corrette
Non fumare. (Vero)	56,0%
Tenere la temperatura della cameretta del bambino superiore ai 20°. (Falso)	50,6%
Fare in modo che i piedi del bambino tocchino il fondo della culla. (Vero)	18,4%
Utilizzare un materasso soffice nella culla del bambino. (Falso)	51,8%

I genitori con tutte le conoscenze corrette sulla posizione del lattante in culla risultano quindi il 4,5%.

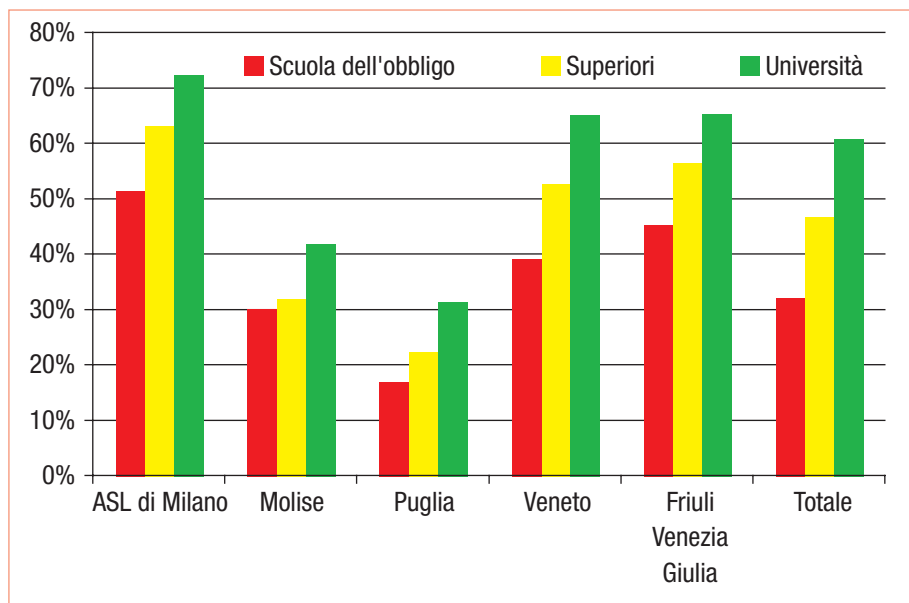
Rispetto alle prime due domande si rileva come la gran parte dei genitori sappia che la posizione supina nel sonno è un comportamento che diminuisce i casi di SIDS, c'è però ancora molto pregiudizio su questa posizione tanto che quasi il 58% dei rispondenti pensa che mettere a dormire il bambino a pancia in su possa essere pericoloso per il rischio di soffocamento da rigurgito. Questa falsa credenza potrebbe essere una delle cause che portano alla differenza rilevata tra conoscenze corrette e comportamenti corretti messa in luce nel grafico che segue.

Grafico 1. Confronto conoscenze e comportamenti sulla posizione da far assumere nel sonno al bambino.



La posizione corretta fatta assumere in culla dal bambino è fortemente influenzata dalla provenienza territoriale e dal titolo di studio della madre, come evidenziato nel grafico 2.

Grafico 2. % di genitori che mettono a dormire il bambino a pancia in su per territorio di provenienza e titolo di studio della madre



Dal grafico appare evidente che laddove questa tematica è stata già affrontata e sono state diffuse le conoscenze alla popolazione (Asl di Milano, Veneto e Friuli Venezia Giulia) anche attraverso progetti precedenti a GenitoriPiù, si registrano comportamenti corretti in percentuali assolutamente maggiori che negli altri territori per tutte le fasce di popolazione, seppur persista in tutti i territori una correlazione diretta tra titolo di studio della madre e comportamenti corretti.

Cosa fanno gli operatori prima della formazione GenitoriPiù

Anche agli operatori è stata sottoposta una serie di domande per verificare la loro conoscenza relativamente ai diversi fattori che possono proteggere il bambino dalla SIDS. Il fattore protettivo più conosciuto è evitare di fumare nella stanza del bambino, al secondo posto si registra il fattore considerato più importante nella protezione dalla morte improvvisa ovvero “mettere il bambino a dormire a pancia in su”.

Quale fra i seguenti fattori protegge il bambino dalla SIDS? (fra parentesi la risposta corretta)	% risposte corrette
Mettere il bambino a dormire a pancia in su. (Si)	88,0%
Allattare al seno. (Si)	76,7%
Evitare di fumare nella stanza in cui il bambino dorme. (Si)	90,8%
Utilizzare un materasso morbido per il lettino del bambino. (No)	65,4%
Tenere alta la temperatura nella stanza in cui il bambino dorme. (No)	86,3%
Fare in modo che il bambino tocchi con i piedi il fondo della culla. (Si)	33,2%
Sottoporre il neonato ad uno screening elettrocardiografico. (No)	47,1%

Gli operatori con conoscenze corrette sui fattori di protezione della SIDS sono il 12,8%.

Da notare che c'è ancora un'alta percentuale di operatori (oltre il 50%) che ritiene utile lo screening elettrocardiografico. Questa percentuale è fortemente influenzata dalla provenienza geografica dato che le risposte corrette a questa domanda raggiungono il 54% al nord e si abbassano al 41% in Italia centrale e al 44% nelle regioni meridionali. Venendo ora ai comportamenti degli operatori, circa il 69% dichiara di dare sempre o spesso consigli sulla corretta posizione in culla come mostra la tabella che segue.

Tab. 2. COMPORTAMENTI: con quale frequenza fornisce consigli sulla posizione corretta in culla

Sempre	Spesso	Raramente	Mai	N.R.
43,3%	25,4%	14,3%	12,5%	4,5%

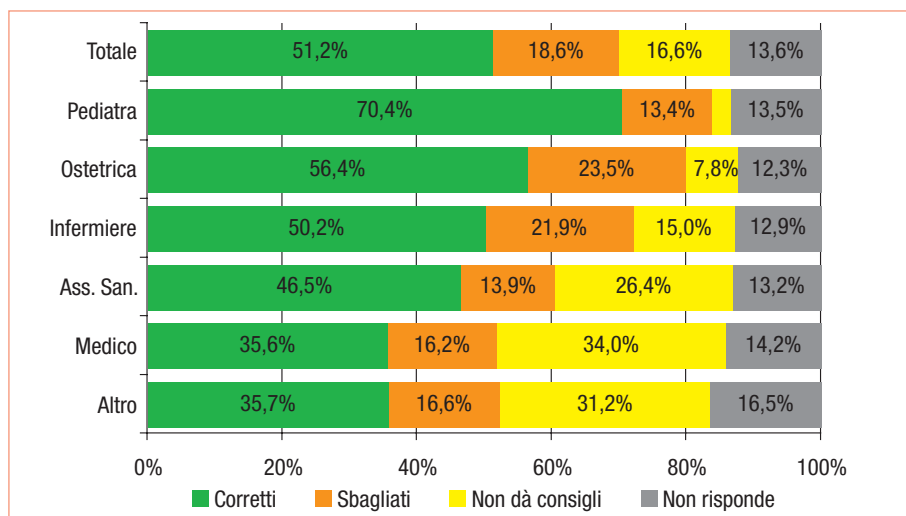
La frequenza con cui vengono date le informazioni è strettamente collegata alla figura professionale. Infatti gli operatori che sono più impegnati in questa direzione sono i pediatri, tra i quali circa il 95% dichiara di dare informazioni sempre o spesso. Oltre alla frequenza con cui vengono dati consigli è importante capirne la correttezza. Si è ritenuto corretto il consiglio di mettere a dormire il bambino a pancia in su e si è costruito un indicatore che tiene contemporaneamente conto di chi dà consigli e della correttezza del consiglio fornito. La tabella che segue mostra come si distribuiscono gli operatori rispetto alle categorie definite.

Tabella 3. COMPORTAMENTI: con quale frequenza fornisce consigli sulla posizione corretta in culla

Correttezza dei consigli forniti	Distribuzione %
Corretti: solo a pancia in su	51,3%
Sbagliati: pancia in su e altre posizioni o solo altre posizioni	18,6%
Non dà consigli	16,6%
Non risponde	13,5%

Anche in questo caso le percentuali di consigli corretti sono fortemente legate alla collocazione professione degli operatori, come si vede dal grafico che segue i pediatri sono i professionisti che danno più consigli ed anche maggiormente corretti.

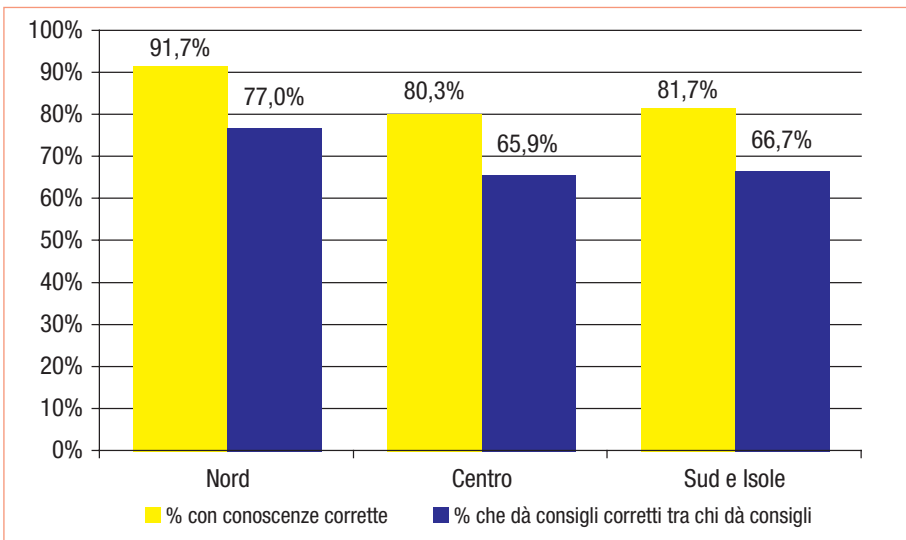
Grafico 3. % di consigli corretti forniti dagli operatori



Fanno riflettere le percentuali superiori al 20% di Ostetriche e Infermieri che forniscono

consigli sbagliati sulla posizione del bambino in culla. Questo significa che una famiglia su 5 che riceve consigli su questo aspetto da una ostetrica o da un infermiere è esposta ad un consiglio sbagliato. Questo dato dovrebbe orientare la formazione in futuri interventi. Si rileva una notevole discrepanza tra chi conosce la posizione corretta in culla e chi, tra quelli che danno consigli, consigliano di far dormire il bambino a pancia in su. Il grafico che segue mette in relazione le due grandezze per ripartizione territoriale: le barre più alte indicano la percentuale di operatori che conoscono la capacità protettiva del dormire a pancia in su, le barre più basse indicano gli operatori che consigliano questa posizione tra coloro che danno dei consigli.

Grafico 4. % di conoscenze e consigli corretti forniti dagli operatori per area geografica



Come e dove promuovere la corretta posizione in culla?

La differenza tra conoscenza e consiglio corretto può essere dovuta a diversi fattori probabilmente legati ai comportamenti passati, in particolare relativamente alla posizione sul fianco, che faticano ad essere cambiati.

La strada da fare rispetto a questo determinante è molto differenziata se si considerano le regioni settentrionali o quelle meridionali, rispetto alle quali va sostenuto fortemente questo messaggio dato che solo una piccola parte delle mamme mette attualmente a dormire il bambino a pancia in su.

Relativamente agli operatori vanno probabilmente sostenuti dei comportamenti che sono ancora molto influenzati da retaggi del passato, nonostante le conoscenze siano state aggiornate.

A cura di: Stefano Campostrini e Stefania Porchia

Bibliografia

1. Buzzetti R, Ronfani L. Evidenza sulla SIDS. *Medico e Bambino* 2000; 19:223-233.
2. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet* 2004;363(9404):185-91.
3. American Academy of Pediatrics, Task Force on Infant Sleep Position and SIDS. Changing concepts of Sudden Infant Death Syndrome: implications for infant sleeping environment and sleep position. *Pediatrics* 2000; 105:650-56.
4. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics* 2005;116:1245-55.
5. Dwyer T, Ponsonby A-L, Newman NM, Gibbons LE. Prospective cohort study of prone sleeping position and sudden infant death syndrome. *Lancet*. 1991; 337:1244-1247.
6. Mitchell EA, Scragg RK, Stewart AW, et al. Results from the first year of the New Zealand cot death study. *N Z Med J* 1991; 104:71-76.
7. Fleming PJ, Blair PS, Bacon C, et al. Environment of infants during sleep and risk of the sudden infant death syndrome: results of 1993-5 case-control study for confidential inquiry into stillbirths and deaths in infancy. *Br Med J*. 1996; 313:191-195.
8. Gilbert R, Salanti G, Harden M, See S. Infant sleeping position and the sudden infant death syndrome: systematic review of observational studies and historical review of recommendations from 1940 to 2002. *Int J Epidemiol* 2005;34(4):874-87.
9. Willinger M, Hoffman HJ, Hartford RB. Infant sleep position and risk for sudden infant death syndrome: report of meeting held January 13 and 14, 1994, National Institutes of Health, Bethesda. *Pediatrics* 1994; 93:814-9.
10. Creery D, Mikrogianakis A. Sudden infant death syndrome. *Clin Evid*. 2005 Jun;(13):434-43.
11. Hunt L, Fleming P, Golding J, the ALSPAC Study Team. Does the supine sleeping position have any adverse effects on the child? I. Health in the first 6 months. *Pediatrics* 1997; 100:1-9.
12. Dewey C, Fleming P, Golding J, the ALSPAC Study Team. Does the supine sleeping position have any adverse effects on the child? II. Development in the first 18 months. *Pediatrics* 1998; 101:1-5.
13. Hutchison BL, Hutchison LAD, Thompson JMD, Mitchell EA. Plagiocephaly and Brachycephaly in the First Two Years of Life: A Prospective Cohort Study. *Pediatrics* 2004;114:970-980.
14. Mitchell EA, Milerad J. Smoking and the sudden infant death syndrome. *Rev Environ Health* 2006;21:81-103.
15. Mitchell EA. Recommendations for sudden infant death syndrome prevention: a discussion document. *Arch Dis Child*. 2007 Feb;92(2):155-9.
16. Donzelli A. Prevenzione della SIDS: occorre riformulare alcuni messaggi. *Medico e Bambino* 2002;21(9):589-594.
17. Anderson ME, Johnson DC, Batal HA. Sudden Infant Death Syndrome and prenatal maternal smoking: rising attributed risk in the Back to Sleep era. *BMC Med*. 2005 Jan 11;3:4.
18. Ponsonby A-L, Dwyer T, Couper D, Cochrane J. Association between use of a quilt and sudden infant death syndrome: case-control study. *BMJ* 1998; 316:195-196.
19. Wilson CA, Taylor BJ, Laing RM, Williams SM, Mitchell EA, New Zealand Cot Death Study Group. Clothing and bedding and its relevance to sudden infant death syndrome: further results from the New Zealand Cot Death Study. *J Paediatr Child Health*.
20. 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; 319:1457-61ù.
21. Scragg R, Mitchell EA, Taylor BJ, et al. Bed sharing, smoking, and alcohol in the sudden infant death syndrome. New Zealand Cot Death Study Group. *BMJ* 1993;307:1312-1318.

22. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet* 2004;363(9404):185-91.
23. Tappin D, Ecob R, Brooke H. Bedsharing, roomsharing, and sudden infant death syndrome in Scotland: a case-control study. *J Pediatr* 2005;147:32-37.
24. Hauck FR, Herman SM, Donovan M, et al. Sleep environment and the risk of sudden infant death syndrome in an urban population: the Chicago Infant Mortality Study. *Pediatrics* 2003;111:1207-14.
25. Blair PS, Sidebotham P, Berry PJ, et al. Major epidemiological changes in sudden infant death syndrome: a 20-year population-based study in the UK. *Lancet* 2006;367:314-9.
26. Coleman-Phox K, Odouli R, Li DK. Use of a fan during sleep and the risk of sudden infant death syndrome. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2008 Oct;162(10):963-8.
27. Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorch G, Sauerland C, Mitchell EA; GeSID Study Group.. Sleep environment risk factors for sudden infant death syndrome: the German Sudden Infant Death Syndrome Study. *Pediatrics.* 2009 Apr;123(4):1162-70.
28. O'Connor NR, Tanabe KO, Siadaty MS, Hauck FR. Pacifiers and breastfeeding: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009 Apr;163(4):378-82.
29. Jenik AG, Vain NE, Gorestein AN, Jacobi NE; for the Pacifier and Breastfeeding Trial Group.
30. Does the Recommendation to Use a Pacifier Influence the Prevalence of Breastfeeding? *J Pediatr.* 2009 May 20. [Epub ahead of print].
Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorch G, Yucesan K, Sauerland C, Mitchell EA and the GeSID Study Group. Does Breastfeeding Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome? *Pediatrics* 2009;123: e406-e410.
31. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep).* 2007 Apr;(153):1-186 – vedi in particolare pagg 93-97.
32. Silvers LE, Varricchio FE, Ellenberg SS, Krueger CL, Wise RP, Salive ME. Pediatric deaths reported after vaccination: the utility of information obtained from parents. *Am J Prev Med* 2002;22:170-176.
33. Vennemann MM, Butterfass-Bahloul T, Jorch G, et al; The GeSID group. Sudden infant death syndrome: no increased risk after immunisation. *Vaccine* 2007;25:336-40.
34. Vennemann MM, Höffgen M, Bajanowski T, Hense HW, Mitchell EA. Do immunisations reduce the risk for SIDS? A meta-analysis. *Vaccine.* 2007 Jun 21;25(26):4875-9.
35. Schwartz PJ, Stramba-Badiale M, Segantini A, et al. Prolongation of the QT interval and the sudden infant death syndrome. *N Engl J Med.* 1998; 338:1709-1714.
36. <http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/sintesi-icona.asp>.
37. Marolla F. SIDS: studio sulle esperienze e le informazioni di 429 mamme al momento della prima visita con il pediatra di famiglia a Roma – *Quaderni Acp* – 2005;12(6):23.
38. *Bambini e Bambine del Mondo – Guida per le Famiglie, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Candelaria, 2009.*

Ulteriori informazioni sono contenute in:

American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506.

Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union (§ http://www.burlo.trieste.it/old_site/Burlo%20English%20version/Activities/research_develop.htm).

American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding: Endorsement of the WHO/UNICEF Ten Steps to Successful Breastfeeding, August 25, 2009 <http://www.aap.org/breastfeeding/files/pdf/TenStepswoisig.pdf>.