

Dormire a contatto o separati?

Angelo Spataro¹ intervista
Gherardo Rapisardi²

¹Pediatra, Palermo

²Pediatra e neonatologo, Firenze

Uno degli aspetti più dibattuti nella nostra società, tornato alla ribalta in seguito al tragico evento della morte in una maternità di un neonato nel letto della madre, è quello sul “dormire nel lettone”, non solo per i motivi di sicurezza. Quali sono gli aspetti principali da considerare per aiutare i genitori a comportarsi riguardo al “dormire nel lettone”?

È un tema su cui abbondano pregiudizi e falsi miti e che provoca confusione in tanti neogenitori, anche per via delle opinioni contrastanti degli “esperti”. Per capirlo meglio vediamo alcuni aspetti storici e socioculturali, quelli legati allo sviluppo psicoaffettivo del bambino e alle misure di sicurezza nel sonno.

Aspetti storici

Dormire vicini è la norma a livello storico, culturale ed evolutivo per i cuccioli umani e, nella stragrande maggioranza della popolazione mondiale, i bambini dormono vicini ai genitori per una durata di tempo variabile e dettata dalle abitudini culturali. La condivisione del letto dura spesso fino al termine dell'allattamento (in media tra i 2 e i 3 anni) o fino all'arrivo di un fratellino; altre volte si protrae fino alla preadolescenza, anche indipendentemente dalla disponibilità di spazi separati. Il sonno condiviso, infatti, rientra nella visione comunitaria della vita tipica di molte culture cosiddette “tradizionali”, per le quali dormire, come lavorare e mangiare, è un evento di gruppo, non privato.

Nelle società occidentali, a partire dall'età vittoriana (XIX secolo) abbiamo assistito a una vera e propria rivoluzione per quel che riguarda i luoghi del sonno. Le coppie hanno iniziato a dormire in letti diversi (*twin beds*), perché, secondo le logiche del pensiero igienista che si stava diffondendo all'epoca, veniva considerato più salutare. La nuova concezione della privacy portò anche all'adozione, dove possibile, di stanze separate per dormire, sia per gli adulti della famiglia sia per i bambini. Per la prima volta nella storia, bambine e bambini iniziarono a dormire lontani dalla madre molto prima di quanto fino ad allora fosse la norma.

Nella nostra società

Analogamente a quanto avviene in altre culture dei Paesi mediterranei e a differenza che nei Paesi del Centro e del Nord Europa, i genitori italiani tendono a manifestare una maggiore vicinanza emotiva ai bambini, dando più importanza all'interdipendenza e alla condivisione del sonno e a partecipare attivamente al processo che favorisce l'addormentamento, investendo meno su una precoce autonomia dei piccoli.

I dati più recenti ci dicono che il 15-20% dei bambini fino a 4 anni dorme tutta la notte nel lettone con i genitori, senza variazioni significative dai 6 mesi di età, percentuale che poi si riduce al 5-8% tra i 6 e gli 11 anni. Inoltre, un altro terzo dei bambini viene regolarmente spostato da un letto a un altro durante la notte, casi in cui il lettone viene usato in risposta a difficoltà nella gestione dei risvegli notturni.

La *condivisione del sonno* può avere storie, motivazioni e significati ben diversi. La situazione in cui il bambino dorme tutta la notte accanto ai genitori fin da neonato per una loro scelta (*proactive bedsharing*) è ben diversa da quella in cui tale condivisione è una risposta a una difficoltà del sonno, inizialmente non prevista (*reactive bedsharing*). Inoltre, una situazione di *proactive bedsharing* potrebbe nel tempo incontrare problemi nella gestione della condivisione del letto o nel concluderla, o, al contrario, una situazione di *reactive bedsharing* potrebbe evolvere in una condizione in cui la condivisione del sonno appare la soluzione migliore e la si pratica senza le difficoltà e le incertezze iniziali.

Il rapporto che ciò ha sullo sviluppo psicoaffettivo del bambino varia significativamente. Gli studi sul *bedsharing*, spesso non distinguono questi aspetti e non sorprende che i risultati siano contrastanti: alcuni riportano un aumento delle difficoltà del sonno, altri rilevano una maggiore capacità di regolare il comportamento in situazione di stress a 6 mesi, migliore autosufficienza a 3 e 5 anni, e una maggiore sicurezza e autostima in età adulta.

Quali sono allora i principali aspetti da tener presente per valutare una situazione di condivisione del sonno tra genitori e bambini?

Dormire a contatto (condividendo il letto, o *cobedding*, o su superfici contigue, “a portata di abbraccio”, o *cosleeping*), non rischia di per sé di rendere i bambini meno autonomi, più dipendenti e meno capaci di cavarsela da soli in diverse situazioni; allo stesso modo, di per sé nemmeno promuove autonomia, sicurezza e indipendenza.

Lo sviluppo dell'autonomia e dell'indipendenza è favorito da modalità educative coerenti, di giorno e di notte, che promuovono un attaccamento sicuro, fiducia e autostima del bambino, e ciò può avvenire sia che dorma vicino o separato dall'adulto. Per cui per valutare una situazione di condivisione del letto va innanzitutto considerata la qualità del sonno di genitori e bambino, come i genitori vivono questa situazione e come il bambino sta progredendo nello sviluppo psicomotorio, in particolare del processo di individuazione e separazione, di acquisizione delle autonomie e della regolazione del comportamento e delle emozioni. Oggi nella nostra società sono frequenti situazioni in cui, dopo i 4-6 mesi, all'accompagnamento durante il giorno di questi aspetti (pensiamo a movimento, gioco, alimentazione e disciplina), non corrispondono da parte dell'adulto allevante comportamenti altrettanto facilitanti lo sviluppo di tali competenze del bambino durante la notte. Situazioni in cui sia bambino sia genitori possono avere sonni disturbati, per esempio con frequenti risvegli e difficoltà del bambino a non stare solo a stretto contatto e spesso anche in posizioni molto scomode. Sono situazioni che necessitano di intervento che aiuti a promuovere le competenze di autonomia del bambino anche durante il sonno.

Non esiste un modo “giusto” di dormire e i genitori, se ben informati, si sentiranno più capaci di affrontare le pressioni dall'esterno e trovare i modi migliori di dormire per sé e il loro bambino. Sosteniamo i genitori nel lasciar perdere i *metodi* e forniamo loro le informazioni che servono per decidere con la loro testa, seguendo ciò che dice loro il cuore! Sono loro i migliori conoscitori di se stessi, del bambino e della relazione che intrattengono con lui.

Cosa va fatto per promuovere la sicurezza durante il sonno?

I lettini che usiamo abitualmente nelle nostre società non sono i luoghi più sicuri per il sonno di neonati e lattanti, almeno nei primi 3 mesi di età.

Fino almeno a 6 mesi va assolutamente evitato di dormire a contatto se si dorme su un divano, una poltrona reclinabile o

su un materasso ad acqua; se i genitori sono fumatori o sono obesi o fanno uso di alcol, farmaci o sostanze psicoattive, oppure se per qualsiasi motivo non sono in buone condizioni di vigilanza (molto stanchi o ammalati); se il bambino è nato pretermine o con basso peso, ha avuto episodi di sofferenza neonatale o non è allattato al seno.

Aumentano la sicurezza: far dormire il bambino su una superficie stabile, non inclinata e non trapuntata; assicurarsi che tra il letto e la parete non ci siano spazi in cui il piccolo rischia di rimanere intrappolato, con il materasso che aderisce alla testiera e alla pediera; la madre che allatta può adottare una posizione "a guscio" che protegge il bambino, che non va messo tra i due adulti; coperte leggere, non pesanti, né piumoni e cuscini morbidi; non lasciare mai un lattante da solo su un letto per adulti; non far dormire un bambino che ha meno di 1 anno con fratelli grandi, né con animali domestici; liberare il letto da eventuali oggetti e assicurarsi che il bambino non rischi di cadere (e comunque prevedere una superficie morbida in caso di caduta); per ridurre il rischio di strangolamento, l'adulto che dorme con il bambino non deve indossare camicie da notte con nastri o lacci lunghi, e se ha capelli molto lunghi è meglio che li raccolga.

È ampiamente dimostrato l'effetto dell'allattamento al seno, specie quello esclusivo e a richiesta, nel ridurre significativamente il rischio di SIDS. Pertanto, tutte le misure che sostengono, promuovono e proteggono l'allattamento, tra cui la condivisione del sonno nel rispetto delle misure di sicurezza, contribuiscono a promuovere anche la sicurezza nel sonno.

Se si sceglie di condividere il sonno già dai primi giorni, o comunque di dormire con il bambino "a portata di abbraccio" senza usare una culla separata dal lettone, esistono diverse soluzioni che garantiscono il massimo della sicurezza, anche nei

casi di nascite non a termine o in situazioni di non completa fisiologia (che comprendono, nel loro insieme, tra il 10 e il 15% di tutti i nati): lettini da fissare accanto al lettone (con un sistema di fissaggio sicuro!). Ne esistono diversi modelli, che funzionano tipo "sidecar" e vengono chiamati *next to me*; piccole culle con materasso fine, sponde basse o ceste in vario materiale, di forma perlopiù rettangolare e con bordi arrotondati, da sistemare sul lettone tra i due adulti, evitando così il rischio che il bambino venga schiacciato o cada. Il materasso non deve essere soffice e il contenitore non deve costituire un "semiguascio", poiché vi sarebbe il pericolo di ostruzione delle vie aeree per una loro flessione eccessiva o per accidentale pressione contro i bordi. Esistono vari tipi di questi strumenti, chiamati in vari modi (*snuggle-nest*, *baby-nest*, *Pēpi-Pod*), e sono oggi sempre più usati in Europa e nei Paesi anglosassoni, anche nei reparti di maternità per evitare i rischi del *bed-sharing* nei letti ospedalieri e in alternativa alla classica culla da tenere a fianco o attaccata al letto.

La vicinanza fisica costituisce una preziosa opportunità per sostenere la relazione tra genitori e neonato, per promuovere l'allattamento al seno e un accudimento sensibile e responsabile, fin dai primi momenti della vita. Anche per questo è fondamentale la conoscenza dei fattori che consentono di aumentare al massimo la sicurezza nella vicinanza durante il sonno. ■

spataro.angelo7757@gmail.com

blister

Probiotici per la prevenzione della diarrea da antibiotico: scarse prove di efficacia

Una revisione Cochrane aggiornata al 2019 ha rilevato nei bambini l'efficacia nell'utilizzo di probiotici ad alte dosi (>5 miliardi di CFU) per la protezione dalla diarrea da antibiotico (numero di pazienti necessario da trattare da 7 a 13 persone per prevenire la diarrea in un paziente); tra i 33 studi inclusi, per oltre 6000 bambini arruolati, solo 6 RCT avevano analizzato una combinazione di più di tre ceppi di probiotico con risultati variabili [1]. I ricercatori del Multispecies Probiotic in AAD Study Group hanno pertanto costruito un trial nel quale sono stati arruolati 350 bambini, ai quali in un gruppo è stato somministrato un probiotico contenente 8 ceppi di batteri al dosaggio di 10 miliardi di CFU al giorno fino a un max di 17 giorni dall'inizio della terapia antibiotica, e al secondo gruppo è stato somministrato un placebo. Il disegno di studio è stato rigoroso: multicentrico (Olanda e Polonia), quadruplo cieco, ricerca nelle feci diarroiche di otto germi patogeni, definizione rigorosa di diarrea – secondo l' Amsterdam Infant Stool Scale (AISS) o il Bristol Stool Form Scale (BSFS) – necessaria per misurare l'outcome primario, ossia la comparsa di 3 o più scariche di feci sciolte o acquose. Questo esito non ha mostrato differenze tra gruppo di intervento e gruppo placebo: 23 di 158 (14,6%) vs 28 di 155 (18,1%) rispettivamente (RR 0,81; IC 95% 0,49, 1,33), in evidente contrasto con la revisione Cochrane che ha accolto una definizione di diarrea più "morbida". Tra i numerosi esiti secondari solo due hanno dato risultati statisticamente significativi; i pazienti nel gruppo dei probiotici hanno avuto un più basso rischio di sviluppare diarrea rispetto al gruppo placebo quando sono stati analizzati secondo l'eziologia: 33 (20,9%) vs 50 (32,3%) rispettivamente, con numero necessario da trattare 9, e hanno necessitato di minori interventi di reidratazione intravenosa: 0 (0%) vs 5 (3,2%), con numero necessario da trattare 32. Da segnalare che l'incidenza di diarrea era più probabile tra i bambini più piccoli e tra quelli trattati con amoxicillina + acido clavulanico [2]: un motivo in più per scegliere l'amoxicillina, antibiotico di prima scelta per tutte le infezioni delle vie respiratorie, dalla tonsillite all'otite e alla polmonite.

1. Guo Q, Goldenberg JZ, Humphrey C, et al. Probiotics for the prevention of pediatric antibiotic-associated diarrhea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Apr 30;4(4):CD004827.
2. Lukasik J, Dierikx T, Besseling-van der Vaart I, et al. Multispecies Probiotic for the Prevention of Antibiotic-Associated Diarrhea in Children: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr.* 2022 Sep 1;176(9):860-866.