

**Bedsharing and Breastfeeding:  
The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol #6,  
Revision 2019**

**Condivisione del letto e allattamento:  
Protocollo n.6 dell'Academy of Breastfeeding Medicine  
Revisione 2019**

Peter S. Blair,<sup>1</sup> Helen L. Ball,<sup>2</sup> James J. McKenna,<sup>3,4</sup> Lori Feldman-Winter,<sup>5</sup> Kathleen A. Marinelli,<sup>6,7</sup>  
Melissa C. Bartick,<sup>8</sup> e The Academy of Breastfeeding Medicine

*Uno degli obiettivi centrali dell'Academy of Breastfeeding Medicine è lo sviluppo di Protocolli clinici per la gestione di problemi medici comuni che potrebbero avere un impatto sulla buona riuscita dell'allattamento. Questi Protocolli servono unicamente come linee guida per la cura delle madri nutrici e dei bambini allattati e non delineano un piano terapeutico esclusivo né fungono da standard di assistenza sanitaria. Variazioni al trattamento possono essere appropriate in base ai bisogni del singolo paziente.*

---

<sup>1</sup> Centre for Academic Child Health, University of Bristol, Bristol, United Kingdom.

<sup>2</sup> Infancy and Sleep Centre, Department of Anthropology, Durham University, Durham, United Kingdom.

<sup>3</sup> Department of Anthropology, Santa Clara University, Santa Clara, California.

<sup>4</sup> Mother-Baby Sleep Lab, Department of Anthropology, University of Notre Dame, South Bend, Indiana.

<sup>5</sup> Department of Pediatrics, Division of Adolescent Medicine, Cooper Medical School of Rowan University, Camden, New Jersey.

<sup>6</sup> Department of Pediatrics, University of Connecticut School of Medicine, Farmington, Connecticut.

<sup>7</sup> Connecticut Children's Medical Center, Division of Neonatology, Hartford, Connecticut.

<sup>8</sup> Department of Medicine, Cambridge Health Alliance and Harvard Medical School, Cambridge Massachusetts.

## Scopo

LA CONDIVISIONE DEL LETTO PROMUOVE L'AVVIO DELL'ALLATTAMENTO,<sup>1</sup> la sua durata,<sup>2-7</sup> e la sua esclusività.<sup>7,8</sup> In alcuni Paesi le organizzazioni sanitarie mediche e pubbliche sconsigliano la condivisione del letto, citando preoccupazioni per l'aumento del rischio di morte infantile correlata al sonno.<sup>9,10</sup> Tuttavia, la condivisione del letto può essere rischiosa solo in circostanze pericolose come dimostrato da uno studio epidemiologico (Tabella 1).<sup>11</sup> Intendiamo chiarire le evidenze attualmente disponibili relative ai benefici e ai rischi della condivisione del letto e ad offrire raccomandazioni basate sulle evidenze scientifiche, che promuovano la salute infantile e materna attraverso l'aumento della durata dell'allattamento.<sup>12</sup>

Le raccomandazioni in questo Protocollo si applicano alle diadi madre-neonato che hanno avviato l'allattamento e sono in contesti domestici e non sono intese per l'utilizzo in ospedali o centri di nascita.

## Sommario e raccomandazioni

### Sommario

I livelli di evidenza (1–5) dall'Oxford Center for Evidence Based Medicine<sup>13</sup> sono elencati tra parentesi e sono basati sulle citazioni che sono descritte di seguito nel materiale a supporto.

Si veda il materiale a supporto per il modo in cui definiamo "condivisione del letto", "SIDS" e "sonno separato" ai fini di questo Protocollo. Anche il "sonno al seno" è ivi definito.

Nel complesso, la ricerca condotta fino ad oggi sulla condivisione del letto e l'allattamento indica che la vicinanza notturna facilita la durata dell'allattamento e la sua esclusività (livelli 2-3).<sup>2,4,14</sup>

Nelle linee guida per la gravidanza e l'assistenza postnatale dovrebbero essere inclusi colloqui informativi sulla condivisione sicura del letto.<sup>15-19</sup>

Le attuali evidenze scientifiche non supportano la conclusione che la condivisione del letto (ad esempio, il sonno al seno) provochi la sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS) tra i bambini allattati, in assenza di pericoli noti (livello 3) (vedere Tabella 1).<sup>11</sup> Sono necessari studi più ampi con controlli appropriati per comprendere la relazione tra condivisione del letto e morti infantili in assenza di pericoli noti nelle diverse età. Non tutti i pericoli sono individualmente modificabili dopo la nascita (ad es. prematurità). La morte accidentale per soffocamento è estremamente rara tra i bambini allattati che condividono il letto con i genitori in assenza di circostanze pericolose (livelli

2-3),<sup>20</sup> e deve essere valutata rispetto alle conseguenze del sonno separato. Ci sono conseguenze per l'allattamento con sonno separato (anche in caso di condivisione della camera) che includono il rischio di fine precoce dell'allattamento, il rischio di compromissione della produzione di latte a causa della minor frequenza delle poppate notturne e il rischio della condivisione del letto accidentale (livelli 1-3).<sup>5,21,22</sup> Le raccomandazioni relative alla condivisione del letto devono tenere conto delle conoscenze, delle convinzioni e delle preferenze della madre e riconoscere sia i benefici sia i rischi (livello 5).<sup>23,24</sup>

## TABELLA 1. FATTORI DI RISCHIO E CIRCOSTANZE PERICOLOSE DURANTE LA CONDIVISIONE DEL LETTO

Questi sono fattori che aumentano il rischio di SIDS e di incidenti fatali nel sonno, di per sé, sia con la condivisione del letto.<sup>11,26,41,42</sup>

- Condivisione di un divano con un adulto addormentato ("condivisione del divano")
- Neonato che dorme accanto a un adulto con facoltà alterate da alcool o droghe
- Neonato che dorme accanto a un adulto che fuma
- Dormire in posizione prona
- Mancato allattamento
- Condivisione di una sedia con un adulto che dorme
- Dormire su superfici morbide
- Essere nati prematuri o di basso peso

<sup>a</sup>Le quantità di alcol che causano alterazione delle facoltà sono discusse nel testo.

SIDS, sindrome della morte improvvisa del lattante.

### Raccomandazioni

Tutte le famiglie dovrebbero essere informate sul sonno sicuro. La Tabella 2 riassume le indicazioni sul sonno sicuro in ordine di importanza in base alla forza delle evidenze. Inoltre, raccomandiamo le seguenti pratiche:

1. Un colloquio con domande aperte da parte di chi fornisce assistenza sanitaria, in materia di sicurezza della condivisione del letto, dovrebbe avvenire con *tutti* i genitori, poiché la condivisione del letto è probabile che avvenga, sia che fosse prevista sia che non lo fosse (livello 4).<sup>25</sup> Questi colloqui dovrebbero svolgersi precocemente nell'ambito del corso perinatale, continuare durante l'infanzia e includere il maggior numero possibile di persone che si prendono cura del bambino. Le domande aperte che si sono rivelate utili per avviare con successo la conversazione includono:

- a. “Quali sono i vostri programmi rispetto a dove il bambino dormirà?”
  - b. “Com’è organizzata quella sistemazione?”
  - c. “Il vostro bambino finisce mai a letto con voi?”
2. *Screening* delle famiglie con un aumentato rischio di morte infantile con la condivisione del letto: neonati nati pretermine (livello 2)<sup>26</sup> (livello 3),<sup>27</sup> esposti al fumo passivo prima della nascita (livello 1)<sup>28</sup> (livello 4)<sup>29</sup> (livello 5),<sup>30</sup> che vivono con fumatori (livello 1)<sup>28</sup> (livello 3)<sup>11</sup> (livello 4),<sup>31,32</sup> e quelli che vivono con persone che consumano alcolici (livello 3)<sup>11</sup> o droghe e che, pertanto, potrebbero essere responsabili del bambino e addormentarsi con lui.
  3. Dovrebbero essere fornite informazioni e consulenza sulla condivisione sicura del letto anche a quei genitori ai quali la condivisione del letto dovrebbe essere scoraggiata (quelli che presentano condizioni o circostanze pericolose), perché si deve presumere che i genitori possano attuarla comunque, anche se in modo accidentale e non programmato (livello 1).<sup>33</sup> Vedere Tabella 3 per le strategie di minimizzazione del rischio.
    - a. Questi colloqui possono includere le modalità per rendere le zone destinate al sonno il più sicure possibile e possono far riflettere su come ridurre al minimo le circostanze pericolose, anche se non vengono totalmente eliminate (vedere la tabella 2).
    - b. Ad esempio, se un genitore che fuma condivide il letto, si può parlare di allattamento, di posizioni per dormire, della superficie di appoggio durante il sonno, della biancheria del letto e del luogo in cui il bambino fa i pisolini quando è da solo.

Quando una famiglia condivide il letto, la conversazione dovrebbe essere non giudicante e riconoscere il contesto.

- Porre fine allo stigma della condivisione del letto e istruire tutti i genitori sulla condivisione sicura del letto hanno un potenziale per ridurre le morti infantili. La condivisione del letto si è evoluta da innati meccanismi biologici e comportamentali umani. Non è una pratica singolare, discreta o coerente, ma è composta da una vasta gamma di comportamenti, alcuni dei quali possono portare rischi, rendendo particolarmente importante discutere della sicurezza della condivisione del letto.
- Discutere con i genitori che allattano il concetto di dormire al seno consente di discutere in modo sicuro la condivisione

del letto in questo contesto. Utilizzando la teoria del comportamento pianificato, è più probabile che la consulenza in merito al dormire al seno in modo sicuro sia efficace se è coerente sia con le norme sociali sia con l’atteggiamento in cui un genitore si pone (livello 2).<sup>34</sup>

- Gli strumenti per una conversazione efficace sono risorse importanti.<sup>35,36</sup> Iniziare con una domanda aperta aiuta a farsi un’idea delle esperienze vissute dai pazienti e dalle famiglie. È fondamentale riconoscere che la medicina basata sull’evidenza utilizza “un uso compassionevole della difficile situazione, dei diritti e delle preferenze dei singoli pazienti” (livello 5).<sup>23</sup> Il *counseling* non giudicante aiuta a costruire relazioni di fiducia tra paziente e professionista sia per la divulgazione sia per una consulenza efficace (livello 5).<sup>10</sup>

TABELLA 2. INDICAZIONI PER UNA CONDIVISIONE DEL LETTO SICURA, IN ORDINE DI IMPORTANZA

1. Non dormire mai con i bambini su un divano, una poltrona o su superfici inadatte, cuscini compresi (livello 3).<sup>11</sup>
2. Mettere i bambini a dormire lontano da qualsiasi persona che abbia le facoltà alterate da alcool o droghe (livello 3).<sup>11</sup>
3. Mettere i neonati a dormire in posizione supina (livello 3)<sup>11</sup> (livello 4)<sup>43</sup> (livello 5).<sup>44</sup>
4. Mettere i neonati a dormire lontano dal fumo passivo e lontano da chi se ne prende cura ma che fuma abitualmente (livello 1)<sup>28</sup> e da vestiti o oggetti che odorano di fumo (“fumo di terza mano”) (livello 5).<sup>45</sup> (Nei casi in cui la madre fumi, questo non sarà possibile).
5. Il letto dovrebbe essere lontano da pareti e mobili per evitare che la testa o il corpo del bambino si incastrino (livello 1).<sup>46</sup>
6. La superficie del letto dovrebbe essere rigida, proprio come nel caso di una culla (livello 3)<sup>41</sup> senza coperte spesse (ad es. piumini, copriletti), cuscini, o altri oggetti che potrebbero causare una copertura accidentale della testa e asfissia.
7. Il neonato non deve essere lasciato solo su un letto per adulti (livello 1).<sup>47</sup>
8. Adozione della posizione a C (“*cuddle curl*”, posizione a guscio), con la testa del bambino di fronte al seno della mamma o al petto dell’adulto, gambe e braccia/o dell’adulto raccolti attorno al bambino, il bambino sulla schiena, lontano dal cuscino, è la posizione ottimale per il sonno sicuro (Fig. 1) (livello 4).<sup>48,49</sup>

9. Non ci sono evidenze sufficienti per formulare raccomandazioni sulla condivisione del letto con più persone o sulla posizione del bambino nel letto rispetto ad entrambi i genitori in assenza di circostanze pericolose.<sup>50,51</sup> In ogni Paese dovrebbe essere considerato il contesto culturale specifico di quella situazione rispetto ai vari aspetti del sonno.

3. Promuovere l'assegnazione di fondi e risorse per la ricerca, concentrandosi sui fattori di rischio delle morti infantili legate al sonno, commisurati al livello di rischio basato sull'evidenza.

### Base di conoscenze comprovate e materiali a sostegno

#### Definizioni

La SIDS è definita come la morte improvvisa di un neonato che rimane inspiegabile dopo che la revisione del caso e/o l'autopsia e l'esame della scena del decesso sono stati svolti. La SIDS ha un codice specifico, R95, secondo l'*International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10)*.<sup>56</sup> Il codice per "altre cause di morte non definite e non specificate" (R99) viene utilizzato quando la causa del decesso è sconosciuta o ci sono prove insufficienti per classificarla come SIDS, come quando si sospetta che si tratti di SIDS ma non è stata effettuata un'indagine completa. Si assegna il codice per soffocamento o strangolamento accidentale a letto (ASSB, W75) quando il decesso è stato causato da asfissia, strangolamento o soffocamento, in un letto, una culla, un divano o una poltrona.

La morte improvvisa e inaspettata del bambino (SUID), nota anche come morte improvvisa inaspettata nell'infanzia (SUDI), è un termine generale per tutti i decessi improvvisi, sia quelli che rimangono inspiegabili (codificati come R95 o R99), sia quelli per cui alla fine si trova una spiegazione causale completa.

Misura di prossimità per la SIDS: per qualsiasi confronto internazionale ai fini di questo Protocollo, usiamo una misura di prossimità per la SIDS aggiungendo i decessi attribuiti a questi tre codici insieme (R95 + R99 + W75) come misura composita di SUDI (o SUID) inspiegabile.<sup>57</sup> Questo è dovuto al nostro riconoscimento dello *shift* diagnostico sottolineato da Taylor et al.<sup>58</sup> e Shapiro-Mendoza et al.<sup>59</sup> nell'ultimo decennio, in cui alcuni patologi e medici esaminatori sembrano riluttanti a usare la SIDS (R95) poiché la diagnosi richiede l'esclusione di qualsiasi altra causa di morte.

Pertanto, viene preferito l'uso dei codici R99 o W75, malgrado evidenze incomplete o minime che lo schiacciamento (soffocamento accidentale) possa essere il fattore causale. Lo spostamento diagnostico verso l'ASSB (W75) è più comune negli Stati Uniti che nel Regno Unito.<sup>60</sup>

Si definisce "condivisione del letto" quando un neonato per dormire condivide un letto da adulti con un adulto, e in questo Protocollo intendiamo quando il neonato dorme accanto a una persona che si prende cura di lui, il più delle volte la madre. Il letto può essere costituito da un materasso o da un futon con diversi livelli di rigidità a seconda dell'imbottitura.

TABELLA 3. STRATEGIE DI RIDUZIONE AL MINIMO DEL RISCHIO IN FAMIGLIE IN CUI LA CONDIVISIONE DEL LETTO COMPORTA UN ALTO RISCHIO

- Maggiore promozione e supporto dell'allattamento (livello 1)<sup>12,42,52</sup> (livello 3).<sup>52</sup>
- Invio ad uno specialista per smettere di fumare e per la cura della dipendenza da alcool e/o droghe (livello 1)<sup>28</sup> (livello 3).<sup>11</sup>
- Miglioramento e ripetizione della comunicazione multimodale relativa ai rischi di condivisione del divano, del letto in presenza di fattori di rischio, incluso dormire accanto a un adulto non sobrio, e l'evitare il fumo. Può essere utile inviare messaggi di testo ed e-mail, e l'utilizzo di video e *social media*, se fruibili dai genitori (livello 2).<sup>34,53,54</sup>
- Possono essere presi in considerazione i lettini affiancati o dispositivi da usare nel letto (livello 2).<sup>1,55</sup>
- Incoraggiare la condivisione della stanza dove e quando il letto non possa essere condiviso in sicurezza.
- Tenere in considerazione l'importanza del coinvolgimento del partner e delle altre persone di sostegno che si occupano del sonno del neonato.

### Raccomandazioni di politica pubblica

Gli interventi sociali strutturali sono interventi fondamentali indipendentemente dalla consulenza sulla sistemazione per il sonno. Poiché molti genitori avranno un contatto limitato con il sistema sanitario,<sup>33</sup> è cruciale sostenere i cambiamenti strutturali. I responsabili delle politiche pubbliche dovrebbero considerare le seguenti strategie che possono ridurre la mortalità infantile:

1. Aumentare il prezzo del tabacco, una strategia associata ad un'immediata e marcata diminuzione della mortalità infantile in Europa (livello 5).<sup>37</sup>
2. Porre fine alle discriminazioni razziali nel sistema sanitario, che minano l'allattamento e portano a esiti negativi sia per le madri sia per i bambini (livello 2)<sup>38,39</sup> (livello 3).<sup>40</sup>

*Cosleeping* è un termine che può includere sia il dormire su una superficie condivisa sia il dormire vicini, ma non necessariamente sulla stessa superficie condivisa per il sonno. Per chiarezza, in questo Protocollo "*cosleeping*" non viene usato. Dormire separati vs sonno solitario: Ci riferiamo al "sonno separato" come condivisione della stanza senza condivisione del letto, mentre il "sonno solitario" si riferisce al dormire in una stanza separata dai genitori.



**FIG. 1** - Posizione a C o "a guscio" ("*cuddle curl*"). Le madri che allattano, dormendo adottano una posizione caratteristica ("la C che protegge" o "a guscio") in cui creano con il corpo uno spazio sicuro per far dormire il loro bambino. Il braccio della mamma si trova sopra la testa del bambino, impedendogli di muoversi sul letto e di infilarsi tra i cuscini, e le sue ginocchia sono raccolte sotto i piedi del bambino per impedirgli di spostarsi in basso nel letto. Il bambino è posizionato supino sul materasso per dormire, e accanto al seno della madre per poppare agevolmente. *Baby Sleep Information Source, licenza di utilizzo Creative Commons, 2016.*

#### *Storia, contesto e antropologia del luogo del sonno infantile*

Il latte umano, più povero in soluto rispetto al latte di altre specie (ad esempio, bovino),<sup>61</sup> viene digerito molto rapidamente. Il neonato in rapida crescita poppa almeno 8-12 volte nell'arco di 24 ore.<sup>62</sup> L'allattamento frequente è difficoltoso se il neonato non è a stretto contatto con la madre giorno e notte.<sup>1,8</sup> La condivisione del letto tra genitori e neonati insieme all'allattamento costituisce la norma evolutiva umana, come dimostrato dalla ricerca antropologica.<sup>63-67</sup>

Nei Paesi



**FIG. 2** - La condivisione del letto è fortemente associata alla continuazione dell'allattamento.

Fonte: Ball et al., 2016.

industrializzati, fino all'inizio del XX secolo la maggior parte dei neonati condivideva il letto ed era allattato.<sup>68</sup> Dopo di allora, il sonno solitario si è sviluppato come ideale tra le classi medie, rafforzato dalle crescenti tendenze dell'alimentazione artificiale e della medicalizzazione del parto, che separano i neonati dalle madri.<sup>65,68</sup> Anche l'addestramento al sonno è diventato sempre più popolare in alcune società industrializzate.<sup>68</sup> I sostituti del latte umano (ad esempio, la formula) hanno aiutato questa tendenza, poiché i neonati che li ricevono tendono ad alimentarsi meno frequentemente<sup>69</sup> e possono dormire più profondamente dei neonati allattati.<sup>70</sup> Le preoccupazioni sulla durata e sul luogo del sonno del bambino non sono apparse fino a dopo la fine del XIX e l'inizio del XX Secolo nei Paesi industrializzati,<sup>68</sup> indicando che la ricerca sul sonno infantile ha avuto luogo in un contesto storico in cui l'alimentazione con i sostituti del latte materno e la promozione del sonno solitario erano normative. Sebbene nella maggior parte delle culture i neonati dormano vicino ai genitori o di chi si prende cura di loro, Enti di alcuni Paesi, tra cui Stati Uniti, Canada e Germania, raccomandano che anche le madri che allattano non condividano il letto con i loro neonati.<sup>10,71-73</sup>

Il concetto di "*sonno al seno*" è stato proposto per descrivere un modello, basato sulla biologia, di contatto continuo tra la madre e il neonato, a partire da subito dopo la nascita, in cui il sonno e l'allattamento sono inestricabilmente combinati, supponendo che non ci siano fattori di rischio pericolosi.<sup>15,64</sup> Descritto nelle culture di tutto il mondo, nel "*sonno al seno*" il neonato si nutre frequentemente al seno durante la notte mentre condivide il letto con la madre, e al mattino la madre potrebbe non ricordare quante volte ha allattato o per quanto tempo.<sup>74</sup> Il concetto di "*sonno al seno*" riconosce il ruolo critico che il contatto immediato e prolungato con la madre gioca nell'aiutare ad avviare e stabilire un allattamento

ottimale;<sup>63,75,76</sup> e riconosce che il comportamento e la fisiologia delle diadi che praticano il *sonno al seno* può essere diverso da quello delle diadi che condividono il letto ma non praticano l'allattamento, il che significa che le valutazioni di sicurezza per la condivisione del letto con l'allattamento rispetto all'alimentazione con sostituti del latte umano richiedono probabilmente approcci diversi.<sup>4,21,77,78</sup> Quando le madri che allattano dormono con i loro neonati, li proteggono da potenziali fattori di stress fisiologico, tra cui la copertura delle vie aeree e il surriscaldamento per la loro caratteristica posizione nel sonno (a guscio intorno ai loro neonati, creando con il loro corpo uno spazio limitato per dormire), nota come la "posizione a C"<sup>48</sup> o "a guscio"<sup>49</sup> (Fig. 1). La loro continua vigilanza attraverso i microrisvegli spinge i neonati a svegliarsi regolarmente durante la notte.<sup>21,78-80</sup> In due piccoli video-studi, le madri che non hanno mai allattato sono state osservate mostrare questi comportamenti protettivi meno frequentemente.<sup>78,81</sup>

Rispetto ai neonati che dormono da soli, i neonati che dormono al seno passano meno tempo nelle fasi 3-4 (sonno profondo) e più tempo nelle fasi 1-2 (sonno più leggero), facilitando il rapido risveglio del neonato e l'interruzione dell'apnea. Un maggiore accudimento attraverso il *sonno al seno*, rispetto al minor tempo dedicato all'accudimento di quando si dorme separati, può influenzare le risposte epigenetiche allo stress nel neonato attraverso la possibile influenza della cura materna sulle risposte di regolazione del neonato.<sup>82</sup> Nonostante decenni di consigli per evitare il contatto nel sonno tra madre e bambino, i ricercatori riferiscono che, in una data notte, il 20-25% dei neonati statunitensi e britannici <3 mesi di età condivide il letto con un genitore per dormire almeno per una parte della notte,<sup>83,84</sup> e >40% dei neonati nelle società occidentali\*, in generale, lo fa ad un certo punto nei primi 3 mesi.<sup>83,85-91</sup> Queste proporzioni possono essere sottostimate a causa dello stigma associato alla condivisione del letto, specialmente negli Stati Uniti. I genitori esprimono vari motivi per condividere il letto con il loro bambino, tra cui credenze culturali o religiose profondamente radicate e filosofie genitoriali, i legami fisiologici tra la produzione di latte e l'allattamento notturno e una pulsione biologica che spinge a un contatto stretto.<sup>25,89,92-94</sup> Spiegano che dormire con il loro neonato rende più facile l'accudimento notturno, li aiuta a monitorare il neonato, è comodo e permette comunque loro di dormire.<sup>8,25,95</sup> A volte i genitori riferiscono di non avere un altro posto dove mettere il neonato di notte, o che si sono involontariamente addormentati con il neonato.<sup>25,89,96</sup> Altri riferiscono di aver condiviso il letto in risposta al fatto che la madre o il suo bambino sono sordi, per tenere i bambini al sicuro da pericoli ambientali (ad esempio, parassiti, spari e terremoti) e per proteggerli dalla SIDS.<sup>97-99</sup>

Le madri che allattano costituiscono il gruppo più numeroso tra coloro che condividono il letto.<sup>92</sup> Il contatto nel sonno tra madre e neonato facilita l'allattamento notturno, con molteplici studi che dimostrano come la condivisione del letto sia associata a poppate notturne più frequenti (il che favorisce la produzione di latte) e ad una maggior durata dell'allattamento.<sup>2,4,14,90</sup> (Fig. 2). Le donne con la maggior motivazione prenatale ad allattare sono più propense a condividere il letto, mentre le donne che allattano e che inizialmente non avevano intenzione di condividere il letto, spesso finiscono per farlo.<sup>8,100</sup> Sebbene le madri che allattano condividendo il letto si sveglino frequentemente per allattare, sono sveglie per periodi più brevi e si riaddormentano più rapidamente.<sup>79</sup> In tal modo ottengono una maggiore durata del sonno<sup>101</sup> rispetto alle madri che non condividono il letto.<sup>14</sup> La condivisione del letto è una strategia utilizzata dalle madri che allattano per ridurre le conseguenze fisiche e sociali, per esempio i disturbi del sonno.<sup>102</sup> Uno studio osservazionale ha dimostrato che, rispetto alle madri che condividono la stanza senza condivisione del letto, per le madri che condividono il letto era più probabile che venisse riportato l'allattamento esclusivo (*odds ratio* corretto [OR]: 2,46; 95% intervallo di confidenza [CI]: 1,76- 3,45) o l'allattamento parziale (OR corretto: 1,75; 95% IC: 1,33-2,31).<sup>7,103</sup> Pertanto, l'indicazione di evitare la condivisione del letto ha il potenziale di minacciare il raggiungimento degli obiettivi di allattamento,<sup>3,8,104,105</sup> e può aumentare il rischio di dormire in luoghi pericolosi come i divani.<sup>106</sup>

Anche se le madri e i neonati possono dormire separati e praticare comunque un allattamento esclusivo, farlo si traduce in un numero minore di poppate notturne: le diadi che condividono il letto hanno un numero di poppate doppio o triplo rispetto alle diadi che dormono separate.<sup>6</sup> In uno studio randomizzato che ha esaminato l'avvio dell'allattamento, si è evidenziato che nel caso in cui nel reparto maternità i neonati dormivano da soli in una culla separata dal letto della madre (Fig. 3a), il numero delle poppate era meno della metà rispetto a quello dei neonati che dormivano in un lettino affiancato (Fig. 3b) o che avevano condiviso il letto con la madre.<sup>1</sup> In uno studio effettuato in una popolazione con bassi tassi di allattamento, l'indicazione di condividere la stanza, senza condivisione del letto, ha fatto sì che l'allattamento raggiungesse una durata simile a quella di "qualsiasi" allattamento, senza portare ad un allattamento esclusivo.<sup>22</sup>

*Condivisione del letto e SIDS:  
evidenze epidemiologiche/osservazionali*

L'alimentazione con sostituti del latte umano (formula) è associata con un rischio di SIDS notevolmente aumentato.<sup>42</sup> Ciò può essere dovuto ad una soglia di risveglio più bassa nel neonato e ad un maggiore rischio di infezione rispetto alle diadi che praticano l'allattamento.<sup>52</sup> Inoltre, videostudi dimostrano che i neonati allattati che condividono il letto con la madre dormono regolarmente con la testa ben lontana dai cuscini dato che sono posizionati vicino al seno della madre,<sup>21,78,81</sup> il che potrebbe abbassare il rischio di soffocamento, a differenza dei neonati che vengono nutriti con sostituti del latte umano, che invece, come evidenziato dallo studio, sono collocati intenzionalmente sui cuscini o nelle vicinanze degli stessi. I dati video mostrano anche che i neonati allattati che condividono il letto con la madre raramente dormono proni.<sup>21,81</sup> Hauck et al. sostengono che l'allattamento sia causalmente associato a una riduzione della SIDS sulla base di plausibilità biologica, coerenza dei risultati, forza della correlazione (che da allora è stata ancor più rinforzata<sup>42</sup>), tempistica dell'associazione ed effetto dose-risposta; non è quindi solo un indicatore per altri fattori di protezione, tra cui assenza di fumo di tabacco o fattori sociodemografici.<sup>52</sup> Il meccanismo di protezione è sconosciuto. Tuttavia, è probabile che si tratti di una combinazione tra fattori comportamentali materni, le proprietà

immunologiche e nutrizionali del latte umano e l'influenza fisiologica della suzione sul risveglio. Circa la metà dei casi di SIDS si verifica quando i neonati dormono accanto a un adulto, come dimostrato da recenti studi osservazionali caso-controllo, con il resto dei decessi che si verifica tra i neonati che dormono da soli in culla/lettino.<sup>9,11</sup> In uno studio longitudinale in Inghilterra svolto su 300 casi di decessi consecutivi per SIDS in un periodo di 20 anni, il numero totale di decessi per SIDS in caso di condivisione del letto è diminuito della metà dopo la campagna "Back to Sleep".<sup>107</sup> Tuttavia, in questa coorte c'è stata una riduzione di sette volte dei decessi avvenuti nella culla/lettino, il che suggerisce che mettere i neonati a dormire proni è molto più comune quando i neonati dormono da soli rispetto a quando condividono il letto con gli adulti.<sup>11,107</sup> Questa tendenza ha portato anche ad una maggior percentuale di decessi tra i neonati che condividono il letto, nonostante la diminuzione in numero dei decessi nel caso di condivisione del letto, per via della diminuzione del numero complessivo dei decessi. Questo aumento statistico della proporzione delle morti in caso di condivisione del letto ha portato i responsabili delle politiche pubbliche di alcuni Paesi a raccomandare di non condividere il letto con i neonati, tale raccomandazione è stata condivisa anche dall'Accademia Americana di Pediatria, con le dichiarazioni rese nel 2005.<sup>10,108</sup>

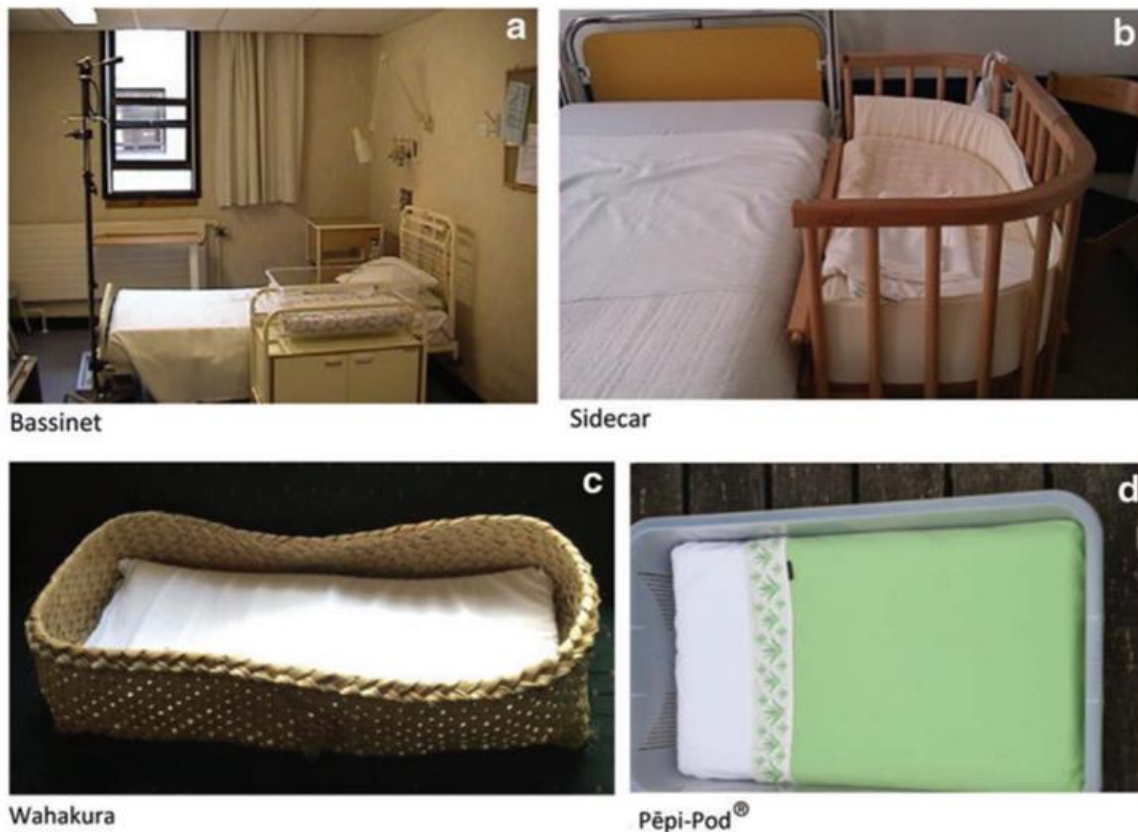


FIG. 3. – a-Culla, b-sidecar, c-wahakura, e d-Pepi-Pod.



In una meta-analisi di 11 studi casi-controllo sulla SIDS pubblicati nel 2012, è stato evidenziato un rischio combinato di tre volte superiore associato alla condivisione del letto, anche se questo dato non è risultato significativo nei neonati più grandi (>12 settimane) o in quelli non esposti a fumo di tabacco, mentre il rischio è risultato significativo solo per chi condivideva il letto in modo accidentale e non programmato, non per coloro che lo condividevano d'abitudine. Inoltre, l'allattamento non era stato incluso in questa analisi.<sup>109</sup>

In uno studio caso-controllo,<sup>32</sup> l'interazione tra la condivisione del letto con madri fumatrici come rischio di SIDS, identificato per la prima volta nel New Zealand Cot Death Study del 1993,<sup>31</sup> aumentava il rischio di SIDS di oltre quattro volte (OR: 4,55 [95% CI: 2,63-7,88]) rispetto ai neonati che dormono accanto a madri non fumatrici (OR: 0,98 [95% CI: 0,44-2,18]). L'esposizione antenatale al fumo non è solo un indicatore dello status socioeconomico in quanto è associata a neonati con minori risvegli, e a conseguenze patologiche nel cervello dei neonati esposti.<sup>29,30</sup> Un'analisi combinata tra 400 neonati morti di SIDS e 1.386 controlli in due studi inglesi ha dimostrato un aumento di 18 volte dei decessi per SIDS se un neonato dormiva con un adulto su un divano o accanto a un adulto che aveva bevuto >2U di alcool nelle 24 ore precedenti (2U equivale a 1 pinta o 1 lattina grande di birra [440 mL], 1 bicchiere di vino [175 mL], o 2 bicchieri di liquore [50 mL]), con un rischio di 4 volte aumentato nel caso di condivisione del letto con genitori fumatori.<sup>11</sup> In assenza di fattori di pericolo, non c'era alcun rischio di SIDS quando si condivideva il letto rispetto a quando non si condivideva (condivisione della stanza o sonno solitario) (OR: 1,08 [95% CI: 0,58-2,01]). Quando i dati sono stati suddivisi tra neonati più piccoli (<3 mesi) e più grandi, è stato evidenziato un aumento di rischio, anche se non statisticamente significativo, nei neonati più piccoli (OR: 1,6 [95% CI: 0,96-2,7]) e un significativo effetto protettivo della condivisione del letto in assenza di fattori di rischio, tra i neonati più grandi (OR: 0,08 [95% CI: 0,01-0,52]). Sarebbero necessari ulteriori studi con un campione più ampio di neonati, in modo da valutare correttamente qualsiasi effetto differenziale in base all'età infantile o all'impatto di altri fattori come l'uso di droghe da parte dei genitori, il posizionamento durante il sonno dei neonati o la condivisione della stanza.

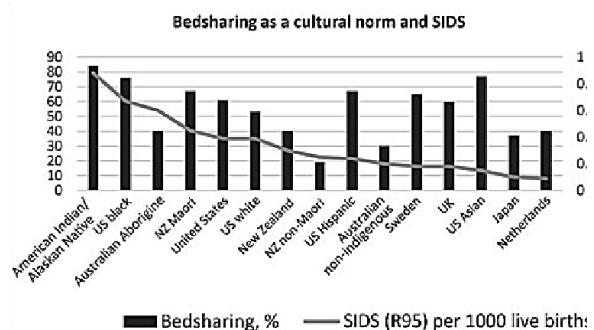
Per contro, in un'analisi combinata simile, un rischio cinque volte maggiore era associato ai neonati più piccoli che condividevano il letto in circostanze non pericolose.<sup>9</sup> Tuttavia, in questo studio, il gruppo di riferimento era composto da bambine allattate poste a dormire sulla schiena vicino al letto dei genitori non fumatori, in assenza di altri fattori di rischio. Ciò ha amplificato la differenza di rischio e rende questa spiegazione non generalizzabile e difficile da interpretare,

perché entrambi i fattori protettivi (dettagliati nel gruppo di riferimento) e il potenziale fattore di rischio (la condivisione del letto) sono stati quantificati allo stesso tempo.

Esistono dati limitati sul rischio di condivisione del letto con adulti diversi dalla madre. Un singolo studio effettuato nella città di Chicago, negli Stati Uniti, ha riscontrato un aumento del rischio di morte quando più persone condividono il letto (altri bambini da soli o altri bambini con uno o entrambi i genitori) e con adulti che non siano i genitori,<sup>50</sup> ma non è chiaro se vi sia un rapporto causale. In uno studio scozzese, è stato trovato un marcato aumento del rischio di morte se il neonato dorme tra due genitori,<sup>51</sup> ma questo studio non ha tenuto conto dell'uso di alcool e/o droghe, che è rilevante in un Paese come il Regno Unito, che ha un'alta prevalenza di *binge drinking*, bevute episodiche pesanti (27,1% tra le persone dai 15 anni in su) rispetto ad altri Paesi industrializzati.<sup>110</sup>

#### Epidemiologia della SIDS

I casi di SIDS sono più comuni tra le persone a basso reddito<sup>46,107</sup> e tra alcune comunità emarginate nei Paesi ricchi, con la più alta prevalenza di SIDS al mondo tra Indiani d'America statunitensi/nativi alaskani (insieme), neri non ispanici, maori neozelandesi, aborigeni australiani, abitanti delle Isole dello Stretto di Torres e indigeni canadesi.<sup>33</sup> La condivisione del letto è spesso comune e culturalmente apprezzata in queste comunità emarginate. Tuttavia, ci sono anche molte popolazioni con alti tassi di condivisione del



**FIG. 4** - Condivisione del letto (di qualsiasi tipo) come norma culturale e SIDS, sindrome della morte improvvisa del lattante. La maggior parte dei dati sulla SIDS è del 2014. I dati dell'Australia sono 2008-2012, quelli del Giappone del 2015, per i Paesi Bassi e la Svezia del 2013.

Il termine "aborigeni" qui si riferisce sia agli aborigeni australiani che agli abitanti dello Stretto di Torres (insieme)..

Fonte: Tratto da dati di Bartick e Tomori, 2019.



letto che hanno bassi tassi di SIDS,<sup>33,111</sup> compresi gli svedesi,<sup>33</sup> gli asiatici statunitensi e gli ispanici statunitensi (Fig. 4).

Queste osservazioni contrastanti possono essere spiegate dalla presenza o dall'assenza di una molteplicità di fattori di rischio.<sup>33</sup> Va considerata la concomitanza di molte fra le circostanze pericolose, quali il fumo prenatale, l'uso di alcool, il parto pretermine, cure prenatali carenti, e la mancanza di allattamento (alimentazione con sostituti del latte umano), insieme alle condizioni di povertà, al razzismo strutturale e ai retaggi di un trauma storico. Negli Stati Uniti, meno della metà delle madri di neonati morti di SIDS ha ricevuto cure prenatali adeguate,<sup>33</sup> circostanza che è stato dimostrato essere associata alla SIDS in altre zone.<sup>112,113</sup> Anche il razzismo strutturale gioca un ruolo importante. Ad esempio, i neonati afro-americani hanno più probabilità di ricevere sostituti del latte umano in ospedale senza indicazione medica,<sup>38,39</sup> minando l'allattamento. La discriminazione razziale dei Maori e degli indigeni australiani e di altre minoranze da parte degli operatori sanitari e della società, è associata a un'ampia gamma di esiti negativi per la salute in Nuova Zelanda e Australia.<sup>40,114</sup>

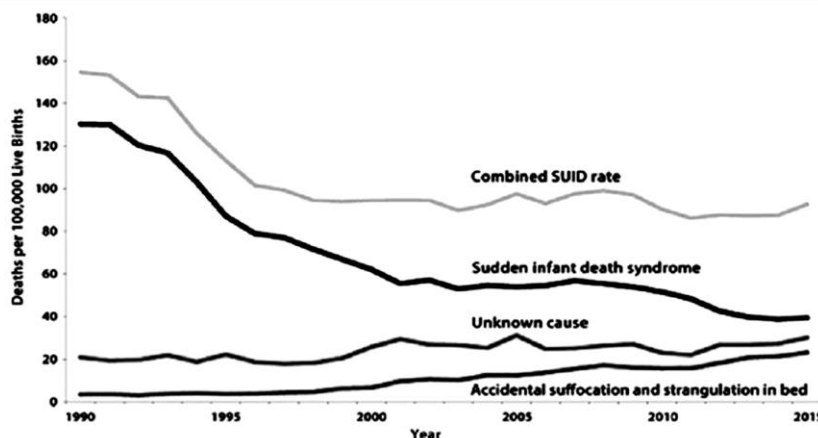
#### *Politiche e strategie di riduzione al minimo del rischio*

Per informare i genitori sulla condivisione del letto sono state adottate varie politiche nell'ultimo decennio. Paesi che includono gli Stati Uniti, il Canada e la Germania<sup>73</sup> hanno scelto di sconsigliare la condivisione del letto. Una *review* del 2014, effettuata da un ente indipendente del Regno Unito, il National Institute for Health and Care Excellence, ha preso in considerazione tutti gli studi casi-controllo internazionali svolti in un periodo di 20 anni e ha concluso che la condivisione del letto in sé non è causa di SIDS e che i genitori dovrebbero essere informati degli specifici rischi associati a questa pratica.<sup>115</sup> In contrasto con i Paesi che sconsigliano la condivisione del letto, Paesi come il Regno Unito e l'Australia<sup>116</sup> riconoscono che questa pratica viene messa in atto sia intenzionalmente sia non intenzionalmente ed è spesso legata all'allattamento. Quindi indicano agli operatori sanitari del settore di discutere apertamente le particolari circostanze in cui può essere rischioso condividere il letto.

Anche se l'approccio del Regno Unito e dell'Australia manca della semplicità dell'approccio predominante negli Stati Uniti, il

primo è più in linea con le evidenze, che riconoscono come la condivisione del letto sia una pratica molto diffusa e possa essere culturalmente apprezzata. Questa strategia permette di discutere la questione senza giudizio e di mettere in evidenza specifiche situazioni di pericolo.<sup>48,117,118</sup>

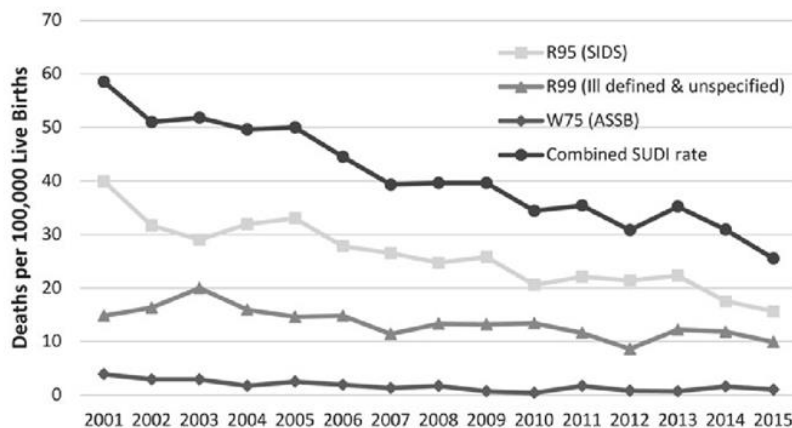
La politica degli Stati Uniti, pur chiedendo colloqui non giudicanti con le famiglie sulle pratiche legate al sonno, include la raccomandazione a condividere la stanza ma non il letto. Questo è un chiaro messaggio diretto al pubblico che ai responsabili delle politiche pubbliche può sembrare facile da trasmettere. Uno svantaggio di questo approccio diretto, come dimostra la retorica contro la condivisione del letto in alcune campagne, è la stigmatizzazione che può ostacolare una franca discussione tra genitori e operatori sanitari e offendere i genitori in lutto che hanno perso un neonato mentre dividevano il letto. Nonostante le campagne per diminuire la condivisione del letto, questa pratica è aumentata negli Stati Uniti negli ultimi anni, soprattutto tra le comunità nere e ispaniche.<sup>87,91</sup> In una sperimentazione che utilizzava un servizio di messaggistica potenziata con le famiglie ad alto rischio per evitare che praticassero la condivisione del letto,<sup>119</sup> non è stata riscontrata differenza tra queste famiglie e il gruppo di controllo nell'utilizzo di questa pratica, inoltre, in entrambi i gruppi dello studio, la condivisione del letto è aumentata nel corso dei primi 6 mesi. L'allattamento non è diminuito, presumibilmente perché la pratica di condividere il letto non è stata influenzata.<sup>22</sup> Tenendo conto dello *shift* diagnostico (del cambiamento della diagnosi, NdT), il tasso di SIDS approssimativo (R95 + R99 + W75) negli Stati Uniti, che hanno utilizzato la politica severa del "no alla condivisione del letto", sembra essere quasi invariato (Fig. 5). Nel Regno Unito, dove i genitori sono stati educati ad una condivisione sicura del letto, il tasso di SIDS approssimativo è diminuito rispetto ai 10 anni precedenti (Fig. 6). È da notare,



**FIG. 5** - Trend di incidenza di SIDS e SUID (*morte infantile improvvisa e inaspettata*) negli Stati Uniti (1990-2015).

Fonte: Centers for Disease Control and Prevention/National Center for Health Statistics (CDC/NCHS), National Vital Statistics System, Compressed Mortality File.

tuttavia, che molti fattori oltre alla condivisione del



**FIG. 6** - Trend dell'incidenza di SIDS e SUID (*morte improvvisa inaspettata durante l'infanzia*) in Inghilterra e Galles (2000-2015). Fonte: Office for National Statistics, Inghilterra e Galles..

letto possono influire su queste recenti tendenze. Le strategie per ridurre al minimo il rischio includono il riconoscimento del ruolo dell'allattamento nella prevenzione della SIDS, il potenziale pericolo legato al condividere il letto in presenza di situazioni a rischio e la comprensione dell'importanza del coinvolgimento del partner e delle altre persone di sostegno che si occupano del sonno del neonato (Vedi Tabella 3).

### Efficacia degli interventi riguardanti il sonno sicuro

Uno studio sugli interventi riguardanti il sonno sicuro mostra che la maggior parte di quelli su base individuale (principalmente negli Stati Uniti) non hanno esito positivo, compresi quelli relativi all'esposizione al fumo e alla sistemazione usata per dormire.<sup>120</sup>

Uno studio osservazionale statunitense ha dimostrato che le donne che allattano in modo esclusivo hanno meno probabilità di seguire l'indicazione di non condividere il letto rispetto ad altre donne (65% contro il 30,5%).<sup>103</sup>

La strategia di raggiungere i genitori con messaggi di testo ed *e-mail* con video, *social network* o altri *media*,<sup>34,53,54,121</sup> ha riscosso un certo successo, tuttavia richiede il possesso di un dispositivo mobile e di un accesso a internet.

L'approccio semplicistico "ABC - Alone, Back, Crib" (da solo, sulla schiena, nella culla, NdT) è spesso non accettato dalle famiglie e dagli operatori sanitari e non è stato dimostrato che diminuisca le morti legate al sonno, portando all'adozione di un approccio colloquiale,<sup>35</sup> che include l'analisi dei bisogni e delle percezioni dei genitori e il prendere decisioni consapevoli.<sup>118</sup>

Alcuni sondaggi annuali statunitensi effettuati tra il 1993 e il 2010 hanno rivelato che i tassi di

condivisione del sonno tra le famiglie nere e ispaniche sono continuamente aumentati, nonostante quasi la metà degli adulti che condividevano il sonno si fosse confrontato con un operatore sanitario su questo tema.<sup>91</sup>

In Nuova Zelanda, la cui popolazione Maori fino a poco tempo fa aveva il più alto tasso di SIDS al mondo, provocato da alti tassi di fumo combinati con la condivisione del letto,<sup>58</sup> ha visto ridurre i tassi di mortalità infantile dopo l'adozione di una nuova strategia.<sup>122</sup>

Ci si è rivolti alle famiglie ad alto rischio fornendo loro il *wahakura* (Fig. 3c), una struttura di lino intrecciato a forma di culla e basata sulle tradizioni Maori, che è stata sviluppata a tale

scopo e utilizzata sul letto, in modo da creare una superficie separata su cui dormire, e il Pepi-Pod™ (Fig. 3d), un contenitore di polipropilene (plastica per alimenti) di proporzioni simili.<sup>123</sup>

Ai genitori sono stati forniti anche suggerimenti su base individuale per promuovere il "sonno sicuro". Soprattutto, il fascino del *wahakura* è accresciuto dal fatto di richiamare una pratica tradizionale Maori di accudimento che supporta la preziosa vicinanza di madre e bambino.<sup>124</sup>

L'alto tasso di SIDS tra i Maori è sceso drasticamente tra il 2009 e il 2012, soprattutto nelle aree che erano obiettivo dell'intervento.<sup>122</sup> È interessante notare che il *wahakura* non ha ridotto i comportamenti pericolosi legati al nono rispetto a una culla da posizionare accanto al letto, ma è stato associato a tassi di allattamento a 6 mesi notevolmente aumentati (*wahakura*: 22,5%, culla 10,7%,  $p = 0,04$ ).<sup>55</sup>

### Raccomandazioni per la Futura Ricerca

- In che modo è possibile migliorare le tecniche di indagine sulle morti infantili per determinare se il decesso di un bambino può essere completamente spiegato con l'asfissia?
- Esiste un rischio significativo derivante dalla condivisione del letto in assenza di condizioni pericolose?
- Esiste una relazione tra rischio di condivisione del letto, età infantile e modalità di alimentazione (adattando i dati per tutte le circostanze pericolose) (allattamento, alimentazione con latte materno spremuto, con latte donato o con sostituti del latte umano)?
- Qual è l'indicazione migliore per creare una sistemazione sicura per il sonno dei bambini non allattati?

- In che modo la condivisione del letto con più persone insieme, in assenza di rischi, inclusa la condivisione del letto in caso di gemelli, influisce sulla sicurezza del bambino? La posizione del bambino nel letto, ad esempio, tra i genitori o verso il bordo del letto accanto alla madre, fa la differenza per la sicurezza?
- I dispositivi da usare nel letto e i lettini affiancati sono sicuri ed efficaci, specialmente per i bambini in situazioni ad alto rischio e, se sicuri, quali sono i loro effetti sull'allattamento?
- La posizione "a C" o "a guscio" può essere adottata da persone che condividono il letto ma non allattano ed è efficace nel ridurre la SIDS?
- Fornire ai genitori informazioni a sostegno della pratica del "sonno al seno", come definito in questo Protocollo, ovvero come una categoria separata di condivisione del letto, è protettivo o rischioso al fine di fornire a questi genitori indicazioni specifiche migliori?
- Esiste un'evidenza autoptica riguardante l'effetto dell'alimentazione con sostituti del latte materno che possa stabilire un nesso causale tra questo tipo di alimentazione e la SIDS?
- I rischi di morte per SIDS dovuti alla fine precoce dell'allattamento e potenzialmente correlati alla mancanza di una condivisione del letto sicura superano il rischio di morte per SIDS da condivisione del letto in circostanze non pericolose? Ci sono molti elementi confondenti e questo campo sarà difficile da studiare.
- In che misura l'obesità materna modifica i rischi e i benefici della condivisione del letto?<sup>125,126</sup>

### Dichiarazione di trasparenza

JJM lavora come consulente in materia di sicurezza per l'azienda Arms Reach Cosleeper™, gli viene corrisposto un piccolo onorario ma senza *royalties*. Non esistono altri interessi finanziari concorrenti. PSB è presidente della International Society for the Study and Prevention of Perinatal and Infant Death (ISPID) ed è consulente scientifico dell'UNICEF UK, entrambe posizioni non finanziate. HLB è consulente scientifica del Lullaby Trust e presidentessa del Lullaby Trust Scientific Committee, membro del consiglio di amministrazione dell'ISPID e membro del comitato di revisione editoriale del *Journal of Human Lactation*, tutte posizioni non finanziate. Come parte del suo ruolo accademico, è co-fondatrice e condirettrice di Basis, la Baby Sleep Information Source ([www.BasisOnline.org.uk](http://www.BasisOnline.org.uk)). JJM è consulente psicologo della rivista Fit Pregnancy, consulente non retribuito per il sito Web Kids in the House, *KidsintheHouse.com* e membro del consiglio di amministrazione di Speaking of Kids. LFW lavora come consulente e responsabile medico per le Communities and Hospitals Advancing Maternity Practices (CHAMPS), il Boston Medical Center, Boston, Massachusetts e

come consulente del National Institute for Children's Health Quality (NICHQ) -National Action Partnership (NAPPSS-IIN). È presidentessa della Sezione sull'allattamento dell'American Academy of Pediatrics (AAP) e fa parte della Task Force della AAP per la SIDS. KAM fa parte del comitato di consulenza medica della US Baby-Friendly Hospital Initiative ed è redattrice associata del *Journal of Human Lactation*. MCB ha ricevuto finanziamenti dal W.K. Kellogg Foundation per la ricerca sulle relazioni fra allattamento ed economia e co-guida la Massachusetts Baby-Friendly Collaborative. LFW e MCB fanno parte del consiglio dell'Academy of Breastfeeding Medicine.

### Informazioni sui finanziamenti

Questo lavoro non è stato finanziato

### Bibliografia

1. Ball HL, Ward-Platt MP, Heslop E, et al. Randomised trial of infant sleep location on the postnatal ward. *Arch Dis Child* 2006;91:1005–1010.
2. Huang Y, Hauck FR, Signore C, et al. Influence of bedsharing activity on breastfeeding duration among US mothers. *JAMA Pediatr* 2013;167:1038–1044.
3. Blair PS, Heron J, Fleming PJ. Relationship between bed sharing and breastfeeding: Longitudinal, population-based analysis. *Pediatrics* 2010;126:e1119–1126.
4. Ball HL, Howel D, Bryant A, et al. Bed-sharing by breastfeeding mothers: Who bed-shares and what is the relationship with breastfeeding duration? *Acta Paediatr* 2016;105:628–634.
5. Ball HL. Night-time infant care: Cultural practice, evolution, and infant development. In: *Childrearing and Infant Care Issues: A Cross-Cultural Perspective*, Liamputtong P, ed. Melbourne, Australia: Nova Science, 2006.
6. McKenna J, Mosko S, Richard C. Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics* 1997;100:214–219.
7. Moon RY, Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: Evidence base for 2016 updated recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2016;138:e20162940.
8. Ball HL. Breastfeeding, bed-sharing, and infant sleep. *Birth* 2003;30:181–188.
9. Carpenter R, McGarvey C, Mitchell EA, et al. Bed sharing when parents do not smoke: Is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case-control studies. *BMJ Open* 2013;3:e002299.
10. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: Updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2016;138:e20162938.

11. Blair PS, Sidebotham P, Pease A, et al. Bed-sharing in the absence of hazardous circumstances: Is there a risk of sudden infant death syndrome? An analysis from two case-control studies conducted in the UK. *PLoS One* 2014;9:e107799.
12. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016;387:475–490.
13. Howick J, Chalmers I, Glasziou P, et al. The Oxford 2011 Levels of Evidence. UK: Oxford, 2011.
14. Bovbjerg ML, Hill JA, Uphoff AE, et al. Women who bedshare more frequently at 14 weeks postpartum subsequently report longer durations of breastfeeding. *J Midwifery Womens Health* 2018;63:418–424.
15. Feldman-Winter L, Goldsmith JP, et al. Safe sleep and skin-to-skin care in the neonatal period for healthy term newborns. *Pediatrics* 2016;138:e20161889.
16. Lullaby Trust, Baby Sleep Info Source (Basis), Public Health England, UNICEF UK Baby-Friendly Hospital Initiative. Safer sleep for babies: A guide for parents. London, 2019. <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/sleep-and-night-time-resources/caring-for-your-baby-at-night/>  
Crenshaw JT. Healthy Birth Practice #6: Keep mother and baby together: It's best for mother, baby, and breastfeeding. *J Perinatal Edu* 2014;23:211–217.
17. Drever-Smith C, Bogossian F, New K. Co-sleeping and bed sharing in postnatal maternity units: A review of the literature and critique of clinical practice guidelines. *Int J Childbirth* 2013;3:13–27.
18. Fetherston CM, Leach JS. Analysis of the ethical issues in the breastfeeding and bedsharing debate. *Breastfeeding Rev* 2012;20:7–17.
19. Bajanowski T, Vege A, Byard RW, et al. Sudden infant death syndrome (SIDS)—standardised investigations and classification: Recommendations. *Forensic Sci Int* 2007; 165:129–143.
20. Baddock SA, Purnell MT, Blair PS, et al. The influence of bed-sharing on infant physiology, breastfeeding and behaviour: A systematic review. *Sleep Med Rev* 2019;43:106–117.
21. Moon RY, Mathews A, Joyner BL, et al. Impact of a randomized controlled trial to reduce bedsharing on breastfeeding rates and duration for African-American infants. *J Community Health* 2017;42:707–715.
22. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, et al. Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312:71–72.
23. Jack E, Maskrey N, Byng R. SHERPA: A new model for clinical decision making in patients with multimorbidity. *Lancet* 2018;392:1397–1399.
24. Ball HL. Reasons to bed-share: Why parents sleep with their infants. *J Reprod Infant Physiol* 2002;20:207–221.
25. Ostfeld BM, Schwartz-Soicher O, Reichman NE, et al. Prematurity and sudden unexpected infant deaths in the United States. *Pediatrics* 2017;140:e20163334.
26. Malloy MH, Hoffman HJ. Prematurity, sudden infant death syndrome, and age of death. *Pediatrics* 1995; 96(3 Pt. 1):464–471.
27. Zhang K, Wang X. Maternal smoking and increased risk of sudden infant death syndrome: A meta-analysis. *Leg Med (Tokyo)* 2013;15:115–121.
28. Lavezzi AM, Mecchia D, Maturri L. Neuropathology of the area postrema in sudden intrauterine and infant death syndromes related to tobacco smoke exposure. *Auton Neurosci* 2012;166:29–34.
29. Kinney HC, Thach BT. The sudden infant death syndrome. *N Engl J Med* 2009;361:795–805.
30. 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.
31. Mitchell EA, Thompson JM, Zuccollo J, et al. The combination of bed sharing and maternal smoking leads to a greatly increased risk of sudden unexpected death in infancy: The New Zealand SUDI Nationwide Case Control Study. *N Z Med J* 2017;130:52–64.
32. Bartick M, Tomori C. Sudden infant death and social justice: A syndemics approach. *Matern Child Nutr* 2019; 15:e12652.
33. Moon RY, Corwin MJ, Kerr S, et al. Mediators of improved adherence to infant safe sleep using a mobile health intervention. *Pediatrics* 2019;143:e20182799.
34. Bronheim S. Building on Campaigns with Conversations: An Individualized Approach to Helping Families Embrace Safe Sleep and Breastfeeding. Washington, DC: National Center for Education in Maternal and Child Health, 2017.
35. UNICEF UK Baby-Friendly Hospital Initiative. Cosleeping and SIDS: A Guide for Health Professionals. London: UNICEF UK, 2019.
36. Filippidis FT, Laverty AA, Hone T, et al. Association of cigarette price differentials with infant mortality in 23 European Union countries. *JAMA Pediatr* 2017;171: 1100–1106.
37. Lind JN, Perrine CG, Li R, et al. Racial disparities in access to maternity care practices that support breastfeeding— United States, 2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2014; 63:725–728.
38. McKinney CO, Hahn-Holbrook J, Chase-Lansdale PL, et al. Racial and ethnic differences in breastfeeding. *Pediatrics* 2016;138:e20152388.
39. Harris R, Cormack D, Tobias M, et al. The pervasive effects of racism: Experiences of racial discrimination in New Zealand over time and associations with multiple health domains. *Soc Sci Med* 2012;74:408–415.
40. Kemp JS, Nelson VE, Thach BT. Physical properties of bedding that may increase risk of sudden infant death syndrome in prone-sleeping infants. *Pediatr Res* 1994; 36(1 Pt. 1):7–11.
41. Thompson JMD, Tanabe K, Moon RY, et al. Duration of breastfeeding and risk of SIDS: An

- individual participant data meta-analysis. *Pediatrics* 2017;140:e20171324.
42. Li DK, Petitti DB, Willinger M, et al. Infant sleeping position and the risk of sudden infant death syndrome in California, 1997–2000. *Am J Epidemiol* 2003;157:446–455.
  43. Tuladhar R, Harding R, Cranage SM, et al. Effects of sleep position, sleep state and age on heart rate responses following provoked arousal in term infants. *Early Hum Dev* 2003;71:157–169.
  44. Torres LH, Balestrin NT, Spelta LEW, et al. Exposure to tobacco smoke during the early postnatal period modifies receptors and enzymes of the endocannabinoid system in the brainstem and striatum in mice. *Toxicol Lett* 2019;302: 35–41.
  45. Erck Lambert AB, Parks SE, Cottengim C, et al. Sleep-related infant suffocation deaths attributable to soft Bedding, overlay, and wedging. *Pediatrics* 2019;143: e20183408.
  46. Lagon E, Moon RY, Colvin JD. Characteristics of infant deaths during sleep while under nonparental supervision. *J Pediatr* 2018;197:57.e36–62.e36.
  47. UNICEF UK Baby-Friendly Hospital Initiative. Caring for Your Baby at Night. London: UNICEF UK, 2016.
  48. Weissinger D, West D, Smith LJ, et al. Sweet Sleep: Nighttime and Naptime Strategies for the Breastfeeding Family. New York: Ballantine Books, 2014.
  49. 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(5 Pt. 2):1207–1214.
  50. 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.
  51. Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, et al. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: A meta-analysis. *Pediatrics* 2011;128:103–110.
  52. Kellams A, Parker MG, Geller NL, et al. Today's Baby Quality Improvement: Safe Sleep Teaching and Role Modeling in 8 US Maternity Units. *Pediatrics* 2017;140: e20171816.
  53. Moon RY, Hauck FR, Kellams AL, et al. Comparison of text messages versus e-mail when communicating and querying with mothers about Safe Infant sleep. *Acad Pediatr* 2017;17:871–878.
  54. Baddock SA, Tipene-Leach D, Williams SM, et al. Wahakura versus bassinet for safe infant sleep: A randomized trial. *Pediatrics* 2017;139:e20160162.
  55. World Health Organization. ICD-10, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10th Revision, 5th edition. Geneva, Switzerland: WHO, 2018.
  56. Goldstein RD, Blair PS, Sens MA, et al. Inconsistent classification of unexplained sudden deaths in infants and children hinders surveillance, prevention and research: Recommendations from The 3rd International Congress on Sudden Infant and Child Death. *Forensic Sci Med Pathol* 2019;4:622–628.
  57. Taylor BJ, Garstang J, Engelberts A, et al. International comparison of sudden unexpected death in infancy rates using a newly proposed set of cause-of-death codes. *Arch Dis Child* 2015;100:1018–1023.
  58. Shapiro-Mendoza CK, Parks SE, Brustrom J, et al. Variations in cause-of-death determination for sudden unexpected infant deaths. *Pediatrics* 2017;140:e20170087.
  59. Marinelli KA, Ball HL, McKenna JJ, et al. An integrated analysis of maternal-infant sleep, breastfeeding, and sudden infant death syndrome: Research supporting a balanced discourse. *J Hum Lact* 2019;35:510–520.
  60. Hernell O. Human milk vs. cow's milk and the evolution of infant formulas. Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program 2011;67:17–28.
  61. Casiday RE, Wright CM, Panter-Brick C, et al. Do early infant feeding patterns relate to breastfeeding continuation and weight gain? Data from a longitudinal cohort study. *Eur J Clin Nutr* 2004;58:1290–1296.
  62. Ball HL. Evolution-informed maternal-infant health. *Nat Ecol Evol* 2017;1:73.
  63. McKenna JJ, Gettler LT. There is no such thing as infant sleep, there is no such thing as breastfeeding, there is only breastsleeping. *Acta Paediatr* 2015;105:17–21.
  64. Ball HL. Evolutionary paediatrics: A case study in applying Darwinian medicine. In: *Medicine and Evolution: Current Applications, Future Prospects*, Vol. 48, Elton S, O'Higgins P, eds. Boca Raton, FL: Taylor & Francis, 2008, pagg. 127–152.
  65. McKenna JJ, Ball HL, Gettler JT. 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):133–161.
  66. Trevathan WR, Rosenberg KR. Human evolution and the helpless infant. In: *Costly and Cute: Helpless Infants and Human Evolution*, Trevathan WR, ed. Albuquerque: University of New Mexico Press, 2015, pagg. 1–28.
  67. Stearns PN, Rowland P, Giannela L. Children's sleep: Sketching historical change. *J Soc Hist* 1996;30:345–366.
  68. Centers for Disease Control and Prevention. *Infant Feeding Practices Study II, Chapter 3, Infant Feeding*. Atlanta, GA: CDC, 2008.
  69. Kahn A, Groswasser J, Franco P, et al. Factors influencing the determination of arousal thresholds in infants - A review. *Sleep Med* 2000;1:273–278.
  70. Canadian Paediatric Society, Canadian Foundation for the Study of Infant Deaths, Canadian Institute of Child Health, Health Canada, Public Health Agency of Canada. Joint Statement on Safe Sleep: Preventing Sudden Infant Deaths in Canada. Ottawa, Canada: Canadian Paediatric Society, 2018.
  71. European Foundation for the Care of Newborn Infants. *Safe Sleep*. Munich, Germany: EFCNI, 2018.

72. Kindergesundheit-info.de [Childhealth-info]. Ein schmerzliches Thema: Der Ploetzliche Kindstod. Bundeszentrale fu"r gesundheitliche Aufkla"rung. [A Painful Topic: Sudden Infant Death Syndrome. Federal Center for Health Education]. Published 2019. Available at <https://www.kindergesundheit-info.de/themen/risiken-vorbeugen/ploetzlicher-kindstod-sids/sids> (visitato il 30 Settembre 2020).
73. Tomori C. Breastsleeping in four cultures: Comparative analysis of a biocultural body technique. In: Breastfeeding: New Anthropological Approaches, Tomori C, Palmquist AE, Quinn E, eds. Abington, NY: Routledge, 2017, pagg. 55–68.
74. Ball HL, Russell CK. Nighttime nurturing: An evolutionary perspective on breastfeeding and sleep. In: Evolution, Early Experience and Human Development: From Research to Practice and Policy, Narvaez D, Panksepp J, Schore A, Gleason T, eds. Oxford: Oxford University Press, 2012, pagg. 241–261.
75. Ball HL, Klingaman K. Breastfeeding and mother-infant sleep proximity: Implications for infant care. In: Evolutionary Medicine and Health: New Perspectives, Trevathan WR, McKenna JJ, eds. New York: Oxford University Press, 2008, pagg. 226–241.
76. Mobbs EJ, Mobbs GA, Mobbs AE. Imprinting, latchment and displacement: A mini review of early instinctual behaviour in newborn infants influencing breastfeeding success. *Acta Paediatr* 2016;105:24–30.
77. Ball HL. Parent-infant bed-sharing behavior: Effects of feeding type and presence of father. *Hum Nat* 2006;17: 301–318.
78. Mosko S, Richard C, McKenna J. Maternal sleep and arousals during bedsharing with infants. *Sleep* 1997;20: 142–150.
79. Mosko S, Richard C, McKenna J. Infant arousals during mother-infant bed sharing: Implications for infant sleep and sudden infant death syndrome research. *Pediatrics* 1997;100:841–849.
80. Volpe LE, Ball HL, McKenna JJ. Nighttime parenting strategies and sleep-related risks to infants. *Soc Sci Med* 2013;79:92–100.
81. Lester BM, Conratt E, LaGasse LL, et al. Epigenetic programming by maternal behavior in the human infant. *Pediatrics* 2018;142:e20180194.
82. Blair PS, Ball HL. The prevalence and characteristics associated with parent-infant bed-sharing in England. *Arch Dis Child* 2004;89:1106–1110.
83. McCoy RC, Hunt CE, Lesko SM, et al. Frequency of bed sharing and its relationship to breastfeeding. *J Dev Behav Pediatr* 2004;25:141–149.
84. Gibson E, Dembofsky CA, Rubin S, et al. Infant sleep position practices 2 years into the "back to sleep" campaign. *Clin Pediatr (Phila)* 2000;39:285–289.
85. Rigda RS, McMillen IC, Buckley P. Bed sharing patterns in a cohort of Australian infants during the first six months after birth. *J Paediatr Child Health* 2000;36:117–121.
86. Bombard JM, Kortsmid K, Warner L, et al. Vital Signs: Trends and disparities in infant safe sleep practices - United States, 2009-2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2018;67:39–46.
87. Hauck FR, Tanabe KO. International trends in sudden infant death syndrome: Stabilization of rates requires further action. *Pediatrics* 2008;122:660–666.
88. Ateah CA, Hamelin KJ. Maternal bedsharing practices, experiences, and awareness of risks. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008;37:274–281.
89. Santos IS, Mota DM, Matijasevich A, et al. Bed-sharing at 3 months and breast-feeding at 1 year in southern Brazil. *J Pediatr* 2009;155:505–509.
90. Colson ER, Willinger M, Rybin D, et al. Trends and factors associated with infant bed sharing, 1993-2010: The National Infant Sleep Position Study. *JAMA Pediatr* 2013; 167:1032–1037.
91. Salm Ward TC. Reasons for mother-infant bed-sharing: A systematic narrative synthesis of the literature and implications for future research. *Matern Child Health J* 2015; 19:675–690.
92. Crane D, Ball HL. A qualitative study in parental perceptions and understanding of SIDS-reduction guidance in a UK bi-cultural urban community. *BMC Pediatr* 2016;16:23.
93. Culver ED. Exploring bed-sharing mothers' motives and decision-making for getting through the night intact: A grounded theory. *J Midwifery Womens Health* 2009;54: 423.
94. Rudzik AEF, Ball HL. Exploring maternal perceptions of infant sleep and feeding method among mothers in the United Kingdom: A qualitative focus group study. *Matern Child Health J* 2016;20:33–40.
95. Volpe LE, Ball HL. Infant sleep-related deaths: Why do parents take risks? *Arch Dis Child* 2015;100:603–604.
96. Joyner BL, Oden RP, Ajao TI, et al. Where should my baby sleep: A qualitative study of African American infant sleep location decisions. *J Natl Med Assoc* 2010;102:881–889.
97. Chianese J, Ploof D, Trovato C, et al. Inner-city caregivers' perspectives on bed sharing with their infants. *Acad Pediatr* 2009;9:26–32.
98. McKenna JJ, Volpe LE. Sleeping with baby: An internet based sampling of parental experiences, choices, perceptions, and interpretations in a Western industrialized context. *Infant Child Dev* 2007;16:359–385.
99. Tomori C. Nighttime Breastfeeding: An American Cultural Dilemma. New York: Berghahn Books, 2014.
100. Quillin SI, Glenn LL. Interaction between feeding method and co-sleeping on maternal-newborn sleep. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004;33:580–588.
101. Tully KP, Ball HL. Trade-offs underlying maternal breastfeeding decisions: A conceptual model. *Matern Child Nutr* 2013;9:90–98.
102. Smith LA, Geller NL, Kellams AL, et al. Infant sleep location and breastfeeding practices in the United States, 2011–2014. *Acad Pediatr* 2016;16:540–549.
103. Bartick M, Tomori C, Ball HL. Babies in boxes and the missing links on safe sleep: Human

- evolution and cultural revolution. *Matern Child Nutr* 2018;14:e12544.
104. Bartick M, Smith LJ. Speaking out on safe sleep: Evidence-based infant sleep recommendations. *Breastfeed Med* 2014;9:417–422.
  105. Kendall-Tackett K, Cong Z, et al. Mother-infant sleep locations and nighttime feeding behavior: U.S. data from the survey of mothers' sleep and fatigue. *Clin Lact* 2010;1(Fall).
  106. 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: 314–319.
  107. American Academy of Pediatrics 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;116:1245–1255.
  108. 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.e42–48.e42.
  109. World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health 2014. Geneva, Switzerland: WHO, 2014.
  110. McKenna JJ, McDade T. Why babies should never sleep alone: A review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breast feeding. *Paediatr Respir Rev* 2005;6:134–152.
  111. Kohlendorfer U, Haberlandt E, Kiechl S, et al. Pre- and postnatal medical care and risk of sudden infant death syndrome. *Acta Pædiatr* 1997;86:600–603.
  112. Mitchell EA, Scragg R, Stewart AW, et al. Results from the first year of the New Zealand cot death study. *N Z Med J* 1991;104:71–76.
  113. Shepherd CCJ, Li J, Cooper MN, Hopkins KD, et al. The impact of racial discrimination on the health of Australian Indigenous children aged 5–10 years: Analysis of national longitudinal data. *Int J Equity Health* 2017;16:116.
  114. NICE (National Institute for Health Care Excellence). Appendix A CG37: Summary of New Evidence from Surveillance, Post-natal Care Up to 8 Weeks After Birth. London: NICE, 2015.
  115. Red Nose National Scientific Advisory Group. Information statement: Sharing a sleep surface with a baby. Published 2018. Available at <https://rednose.org.au/article/sharing-asleep-surface-with-a-baby> (visitato 30 Settembre 2020).
  116. Ball HL. The Atlantic Divide: Contrasting U.K. and U.S. recommendations on cosleeping and bed-sharing. *J Hum Lact* 2017;33:765–769.
  117. Young J, Shipstone R. Shared sleeping surfaces and dangerous sleeping environments. In: SUDS Sudden Infant and Early Childhood Death: The Past, the Present and the Future, Duncan JR, Byard JR, eds. Adelaide, Australia: University of Adelaide Press, 2018.
  118. Moon RY, Mathews A, Joyner BL, et al. Health messaging and African-American infant sleep location: A randomized controlled trial. *J Community Health* 2017;42:1–9.
  119. Salm Ward TC, Balfour GM. Infant safe sleep interventions, 1990–2015: A review. *J Community Health* 2016; 41:180–196.
  120. Moon RY, Mathews A, Oden R, et al. A qualitative analysis of how mothers' social networks are established and used to make infant care decisions. *Clin Pediatr (Phila)* 2019;58:985–992.
  121. Mitchell EA, Cowan S, Tipene-Leach D. The recent fall in postperinatal mortality in New Zealand and the Safe Sleep programme. *Acta Pædiatr* 2016;105:1312–1320.
  122. Abel S, Tipene-Leach D. SUDI prevention: A review of Maori safe sleep innovations for infants. *N Z Med J* 2013; 126:86–94.
  123. Abel S, Stockdale-Frost A, Rolls R, et al. The wahakura: A qualitative study of the flax bassinet as a sleep location for New Zealand Maori infants. *N Z Med J* 2015;128: 12–19.
  124. Mitchell EA, Thompson JMD. Who cosleeps? Does high maternal body weight and duvet use increase the risk of sudden infant death syndrome when bedsharing? *Paediatr Child Health* 2006;11:14A–15A.
  125. Carroll-Pankhurst C, Mortimer EA, Jr. Sudden infant death syndrome, bedsharing, parental weight, and age at death. *Pediatrics* 2001;107:530–536.
- I Protocolli dell'ABM scadono 5 anni dopo la data di pubblicazione.  
Il contenuto di questo Protocollo è aggiornato al momento della pubblicazione.  
Revisioni basate sulle evidenze scientifiche vengono realizzate entro 5 anni o prima, se ci sono cambiamenti significativi nelle evidenze.
- Peter S. Blair, PhD  
Helen L. Ball, PhD  
James J. McKenna, PhD  
Lori Feldman-Winter, MD, MPH  
Kathleen A. Marinelli, MD, FABM  
Melissa C. Bartick, MD, FABM
- The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee Members 2020:
- Michal Young, MD, FABM, Chairperson  
Larry Noble, MD, FABM, Translations  
Chairperson  
Sarah Calhoun, MD  
Megan Elliott-Rudder, MD  
Laura Rachael Kair, MD, FABM



Susan Lappin, MD  
Ilse Larson, MD  
Ruth A. Lawrence, MD, FABM  
Yvonne Lefort, MD, FABM  
Nicole Marshall, MD, MCR  
Katrina Mitchell, MD, FABM  
Catherine Murak, MD  
Eliza Myers, MD  
Sarah Reece-Stremtan, MD  
Casey Rosen-Carole, MD, MPH, MEd  
Susan Rothenberg, MD, FABM  
Tricia Schmidt, MD  
Tomoko Seo, MD, FABM  
Natasha Sriraman, MD  
Elizabeth K. Stehel, MD  
Adora Wonodi, MD  
Nancy Wight, MD

Traduzione di Margot Fanton, Roberta Voltazza,  
Patrizia Lombardi e Serena Porzionato,  
Revisione di Elena Fumagalli e Carla Scarsi,  
Consulenti de La Leche League Italia

**Certified Translation: this translation has been approved by the Academy of Breastfeeding Medicine.**

**Traduzione certificata: questa traduzione è stata approvata dall'Academy of Breastfeeding Medicine.**

Per comunicazioni: [abm@bfmed.org](mailto:abm@bfmed.org)

BREASTFEEDING MEDICINE  
Volume 9, Number 5, 2014  
© Mary Ann Liebert, Inc.  
DOI: 10.1089/bfm.2014.9984

Tradotto a febbraio 2020