PROPOSTA DI:

DOTT.SSA ROSSANA BAGNA
Medico Pediatria - Gia' Dirigente presso Neonatologia Universitaria, P.O. Sant'Anna, Torino

DOTT.SSA MARIACHIARA MARTINA STROZZI
Medico Pediatra - Direttore Struttura Complessa Pediatria, Ospedale Cardinal Massaia, ASL Asti

DOTT.SSA LUCIA ARCUNO - Dirigente Medico MFR, Ospedale Cardinal Massaia, ASL Asti



IL PIANTO NEL NEONATO E NEL LATTANTE

Il pianto è l'unico strumento di comunicazione pre-verbale del neonato, finalizzato alla sopravvivenza (richiesta di nutrimento, calore, protezione).

- The Crying Curve: Secondo gli studi di Brazelton e Barr, il pianto segue una curva che picca verso la 6ª settimana di vita per poi declinare intorno al 3°-4° mese.

- Normalità: Un lattante sano può piangere mediamente da 1 a 3 ore al giorno.

INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO (PROCESSO DI ESCLUSIONE)

La diagnosi deve prioritariamente distinguere tra pianto fisiologico, pianto parossistico benigno (coliche) e pianto sintomatico di patologia organica.
Il pediatra deve analizzare con la famiglia e con la visita del neonato-lattante elementi utili sulle caratteristiche del pianto.

- Caratteristiche: Durata, orari, modalità di insorgenza.
- Alimentazione: Allattamento al seno o formula, tecnica di attacco, rigurgiti, feci.
- Red Flags (Sospetto Organico): Febbre, scarso accrescimento ponderale, vomito a getto, letargia o irritabilità inconsolabile post-traumatica.

Visita pediatrica:
Fondamentale per escludere cause organiche comuni ma "nascoste":

- Sindrome del laccio da capelli (ispezione di dita e pene).
- Erosioni corneali (da graffio accidentale).
- Ernie inguinali strozzate.
- Otiti medie o infezioni del tratto urinario (IVU).

LE COLICHE GASSOSE (INFANTILE COLIC)

Definite storicamente dai **Criteri di Wessel** :

- ***Pianto incoercibile per più di 3 ore al giorno***
- ***Per più di 3 giorni a settimana***
- ***Per più di 3 settimane consecutive***

e aggiornate dai **Criteri di Roma IV**:

- ***Episodi ricorrenti e prolungati di pianto, irritabilità o agitazione.***
- ***Manifestazioni che si verificano senza una causa apparente e che non possono essere prevenute o risolte dai genitori.***
- ***Assenza di febbre, segni di malattia o ritardo nella crescita del neonato.***

- **Causa:** Ancora dibattuta. Le ipotesi includono immaturità intestinale, alterazione del microbiota (disbiosi), iperstimolazione ambientale o emicrania infantile.

Soluzioni e Rimedi: Cosa dice l'Evidenza?

Intervento	Livello di Evidenza / Efficacia	Nota Scientifica
Probiotici (L. reuteri DSM 17938)	Alta (per neonati allattati al seno)	Riduce significativamente il tempo di pianto (Meta-analisi Pediatrics). Efficacia minore/incerta nel latte artificiale.
Dieta della madre	Moderata	In casi selezionati, una dieta priva di proteine del latte vaccino (soluzione ipoallergenica) può aiutare se si sospetta APLV.
Tecniche di Comfort (5S di Harvey Karp)	Buona (Supportiva)	Fasciatura (Swaddle), Fianco, Shhh (rumore bianco), Sbalzo (movimento), Suzione.
Simeticone	Bassa/Nulla	Gli studi clinici controllati non mostrano una superiorità significativa rispetto al placebo per le coliche.
Manipolazioni Osteopatiche	Controversa	Mancano prove robuste; i rischi sono bassi ma l'efficacia non è statisticamente superiore al placebo.

APPROCCIO TERAPEUTICO E GESTIONE DEL CAREGIVER

Il trattamento più efficace è spesso l'**educazione e il supporto psicologico ai genitori**.

- **Prevenzione della Shaken Baby Syndrome (SBS):** È fondamentale validare la frustrazione dei genitori e spiegare che il pianto non è un fallimento genitoriale.
- **Rassicurazione:** Spiegare la natura autolimitante del fenomeno.

Bibliografia Essenziale (Evidence-Based)

1. **Sung V, et al.** (2018). *Probiotics to prevent or treat excessive infant crying: A systematic review and meta-analysis.* **JAMA Pediatrics**.
2. **Benninga MA, et al.** (2016). *Childhood Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler (Rome IV).* **Gastroenterology**.
3. **Zeevenhooven J, et al.** (2018). *Infant Colic: Mechanisms and Management.* **Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology**.
4. **Douglas PS, Hill PS.** (2013). *Managing infant sleep and crying issues during the first months.* **BMJ**.

Conclusioni

L'approccio moderno al pianto del lattante deve essere **olistico**. Una volta escluse le cause organiche (meno del 5% dei casi), la strategia vincente combina l'uso mirato di probiotici (*L. reuteri*) con un forte counseling genitoriale volto a ridurre l'ansia e migliorare il legame di attaccamento.

IL SONNO DEL NEONATO E DEL LATTANTE

Il sonno nel primo anno di vita è un processo dinamico di maturazione neurologica. A differenza dell'adulto, il neonato presenta un ritmo ultradiano (cicli di 3-4 ore) e una prevalenza di **Active Sleep** (precursore del sonno REM), fondamentale per la sinaptogenesi e lo sviluppo cerebrale. La transizione verso il ritmo circadiano inizia verso le 6-12 settimane di vita, influenzata dalla secrezione endogena di melatonina e dai segnali ambientali **2. Inquadramento Clinico e Cause**

I disturbi del sonno in questa fascia d'età non sono quasi mai patologie isolate, ma spesso manifestazioni di **immaturità dello sviluppo o risposte a stimoli esterni/interni.**

- **Cause Fisiologiche/Comportamentali:** Inappropria associazione dell'inizio del sonno (dipendenza da dondolio, alimentazione o presenza dei genitori).
- **Cause Organiche:** Reflusso Gastroesofageo (GERD), coliche gassose, dermatite atopica (prurito), ipertrofia adeno-tonsillare (rara nel lattante ma possibile causa di OSAS precoce).
- **Fattori Neuro-endocrini:** Ritardo nella maturazione della secrezione di melatonina o alterazioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene.

LE MANIFESTAZIONI DEI DISTURBI DEL SONNO VARIANO IN BASE ALL'ETÀ GESTAZIONALE E CORRETTA

1. **Insonnia Comportamentale (Pediatric Insomnia):** Difficoltà nell'addormentamento autonomo e risvegli notturni prolungati che richiedono l'intervento del caregiver.
2. **Disturbi Respiratori (OSAS):** Russamento, respiro paradosso, pause respiratorie.
3. **Dissonnie e Parasonnie:** Sebbene più rare sotto l'anno, possono manifestarsi episodi di risveglio confusionale.

DIAGNOSI DEI DISTURBI DEL SONNO

La diagnosi è prevalentemente clinica, supportata da strumenti standardizzati DA ESEGUIRSI SOLO IN CASI MOLTO PARTICOLARI

- **Anamnesi ed Esame Obiettivo:** Valutazione della crescita ponderale, delle abitudini alimentari e della routine pre-sonno.
- **Diario del Sonno:** Registrazione per 2 settimane dei periodi di sonno/veglia (Gold Standard clinico).
- **Actigrafia:** Monitoraggio non invasivo del movimento per distinguere veglia e sonno.
- **Polisonnografia (PSG):** Indicata solo in sospetto di apnee ostruttive (OSAS) o disturbi del movimento periodico degli arti (PLMD).

TERAPIE

A. Terapia Non Farmacologica (Prima Linea)

L'intervento comportamentale ha un'efficacia dimostrata superiore al 80% (Mindell et al., 2006).

- **Sleep Hygiene (Igiene del Sonno):** Regolarità degli orari, ambiente buio e silenzioso, temperatura ottimale (18-20°C).
- **Tecniche di Estinzione Graduale:** Metodi come il *Graduated Extinction* (metodo Ferber rivisitato) o il *Parental Presence*, volti a favorire l'autoconsolamento.
- **Prevenzione SIDS:** Posizione supina, uso del succhiotto, evitare il fumo passivo e il *bed-sharing* non protetto.

B. Terapia Farmacologica

Il ricorso ai farmaci nel lattante è estremamente limitato e deve essere considerato solo in casi severi o legati a comorbidità neurologiche.

- **Melatonina:** Utilizzata per la regolazione dei ritmi circadiani, specialmente in quadri di disabilità dello sviluppo. Il dosaggio deve essere personalizzato (solitamente 0.5 - 2 mg).
- **Altri farmaci su indicazione pediatrica in caso di patologie (reflusso gastro-esofage**

Revisione della Letteratura Scientifica

La letteratura recente sottolinea l'importanza del legame tra sonno e neuroplasticità:

- **Dahl et al. (2020):** Dimostrano come la frammentazione del sonno nel primo anno sia correlata a deficit nelle funzioni esecutive in età prescolare.
- **Sadeh et al. (2010):** Evidenziano il ruolo del temperamento del bambino e della salute mentale materna (depressione post-partum) come fattori bidirezionali nel mantenimento dell'insonnia infantile.
- **American Academy of Pediatrics (AAP) Guidelines:** Ribadiscono che l'intervento comportamentale precoce previene lo sviluppo di disturbi cronici del sonno nell'infanzia.

Conclusioni

Il management dei disturbi del sonno nel neonato richiede un approccio olistico che integri la valutazione medica organica con il supporto psicologico alla genitorialità. La priorità deve essere sempre data alla rieducazione comportamentale e alla correzione dei fattori ambientali, riservando la farmacologia a casi selezionati e sotto stretto controllo specialistico.

La Transizione dai Ritmi Ultradiani ai Circadiani

Nel neonato a termine, il sonno è distribuito uniformemente nelle 24 ore. La maturazione del **Nucleo Soprachiasmatico (SCN)** dell'ipotalamo è influenzata dalla luce ambientale e dalla temperatura corporea.

- **Active Sleep (AS):** Caratterizzato da movimenti oculari rapidi, sogni (ipostatizzati), e attività mioclonica. Rappresenta il 50% del sonno totale nel neonato.
- **Quiet Sleep (QS):** Caratterizzato da regolarità respiratoria e assenza di movimenti. Evolverà nel sonno NREM (stadi N1-N3).

L'Asse Intestino-Cervello e il Sonno (Nuove Evidenze)

Ricerche recenti suggeriscono che il **microbiota intestinale** del lattante influenzi la qualità del sonno attraverso la produzione di precursori della serotonina. Le coliche gassose, spesso correlate a disbiosi, agiscono come trigger primario per l'insonnia da frammentazione, creando un circolo vizioso di stress surrenalico (cortisolo elevato) che impedisce il riaddormentamento.

Disturbi Respiratori del Sonno (SDB) nel Lattante

Mentre l'ipertrofia adeno-tonsillare è tipica del bambino più grande, nel lattante le **Apnee Ostruttive (OSAS)** possono essere causate da:

- Laringomalacia o micrognazia (mandibola piccola).
- Ipotonia muscolare correlata a patologie neuromuscolari.
- Reflusso laringo-faringeo che causa laringospasmo riflesso. **Diagnosi differenziale:** È fondamentale distinguere l'apnea ostruttiva dal *Respiro Periodico*, che è una variante fisiologica della prematurità o dei primi mesi di vita.

PROTOCOLLI DI INTERVENTO NON FARMACOLOGICO DETTAGLIATI

1. **Metodo dell'Estinzione Graduale (Graduated Extinction):** Il genitore attende intervalli di tempo crescenti (es. 2, 5, 10 minuti) prima di rispondere al pianto, entrando nella stanza per rassicurare vocalmente senza prendere in braccio il bambino.

2. **Metodo del "Camping Out" (Presenza Parentale):** Il genitore siede vicino alla culla finché il bambino non dorme, allontanando la sedia ogni notte fino a uscire dalla stanza. È la tecnica preferita per ridurre l'ansia da separazione nel lattante più grande (8-12 mesi).

3. **Anticipatory Guidance:** Educare i genitori a riconoscere i "segnali di sonno" (sfregamento occhi, perdita di interesse per gli stimoli) prima che il bambino sia eccessivamente stanco (overtired), momento in cui il picco di cortisolo rende l'addormentamento bio-chimicamente difficile.

Il Dottor **T. Berry Brazelton**, uno dei pediatri più influenti del XX secolo, è noto per il suo approccio empatico che mette al centro lo sviluppo del bambino e la relazione con i genitori.

A differenza di metodi più rigidi (come il "lasciar piangere" estremo), Brazelton promuoveva l'idea che il sonno sia un **processo di apprendimento** che richiede tempo, pazienza e osservazione.



Anch’esso riprende i concetti già prima citati.

Ecco i pilastri del suo approccio per favorire il sonno:

IL CONCETTO DI "AUTO-CONSOLAZIONE" (*SELF-SOOTHING*)

Secondo Brazelton, l'obiettivo non è solo far addormentare il bambino, ma aiutarlo a sviluppare la capacità di **calmarsi da solo**.

- **Non intervenire subito:** Se il neonato si muove o emette piccoli versi durante il sonno, Brazelton suggeriva di aspettare un momento prima di accorrere. Spesso i bambini stanno solo passando da una fase di sonno all'altra e, se interrotti, perdono l'occasione di imparare a riaddormentarsi autonomamente.
- **L'uso di oggetti transizionali:** Intorno ai 6-7 mesi, incoraggiava l'uso di un "oggetto del cuore" (una copertina o un peluche sicuro) che aiuti il bambino a sentirsi protetto anche quando i genitori non sono nella stanza.

OSSERVAZIONE DEI SEGNALI PREMONITORI

Brazelton insisteva sull'importanza di cogliere la **"finestra del sonno"**.

- Se un bambino supera il limite della stanchezza, il suo corpo produce ormoni (come il cortisolo) che lo rendono iperattivo e ancora più difficile da addormentare.
- **Suggerimento:**
  - Osserva segnali precoci come: sguardo fisso, perdita di interesse per i giochi, sopracciglia arrossate, occhi lucidi e arrossati, grattare tessuti, coprirsi gli occhi/il viso/evitare il contatto visivo, cercare il seno, movimenti nervosi o scatti, cambiamento ritmo respiratorio, allungare/inarcare la schiena, succhiare la mano, essere piu' coccolone/stare piu' in braccio. Quello è il momento esatto in cui metterlo a letto.
  - Segnali tardivi: sfregamento degli occhi , sbadigli, stropicciarsi le orecchie o tirarsi i capelli, piangere o agitarsi, attacco e stacco dal seno/biberon

LA ROUTINE COME RASSICURAZIONE

Per un neonato, il mondo è caotico. La routine serve a creare **prevedibilità**.

- Brazelton consigliava una sequenza fissa (bagnetto, massaggio, poppata, ninna nanna) eseguita sempre nello stesso ordine. Questo comunica al sistema nervoso del bambino che è ora di "spegnersi«

IL RUOLO DEI GENITORI: CALMA E COERENZA

Brazelton era molto attento allo stato emotivo dei genitori:

- **Riflesso della tensione:** Se il genitore è ansioso o frustrato, il bambino lo percepisce e rimane in stato di allerta.
- **Il metodo dei piccoli passi:** Suggeriva di cambiare le abitudini gradualmente. Ad esempio, se il bambino è abituato a dormire solo in braccio, si può iniziare mettendolo nella culla quando è molto assonnato ma ancora leggermente sveglio (*drowsy but awake*).

SINTESI DELL'APPROCCIO

Nota: Brazelton ricordava sempre che ogni bambino nasce con un proprio **temperamento**. Alcuni sono "auto-regolatori" nati, altri hanno bisogno di molto più aiuto esterno per calmarsi. Non esiste una colpa del genitore, ma solo un adattamento reciproco.

Concetto	Azione Pratica
Rispetto dei ritmi	Non forzare orari rigidi, ma seguire i segnali biologici del bambino.
Gradualità	Ridurre il supporto fisico (dondolio, seno) man mano che il bambino cresce.
Empatia	Capire che il pianto notturno può essere una scarica di tensione della giornata.

Uno dei contributi più preziosi del professor Brazelton è proprio la capacità di aiutare i genitori a "leggere" il comportamento del neonato. Secondo la sua scala di valutazione (**NBAS - Neonatal Behavioral Assessment Scale**), il pianto non è solo una richiesta di cibo, ma un vero e proprio sistema di comunicazione e scarico.

Ecco come Brazelton suggerisce di interpretare e gestire il pianto e i diversi stati di coscienza:

I 6 Stati di Coscienza del Neonato

Brazelton identificava sei stati attraverso cui il neonato passa ciclicamente. Capire in quale stato si trova il bambino aiuta a decidere come intervenire:

1. **Sonno profondo:** Respiro regolare, occhi chiusi, nessun movimento. (Non disturbare).
2. **Sonno leggero (REM):** Movimenti oculari sotto le palpebre, piccoli scatti. (È qui che spesso i genitori intervengono erroneamente, svegliando il bambino).
3. **Dormiveglia:** Occhi che si aprono e chiudono, aspetto "frastornato".
4. **Veglia tranquilla:** Il bambino è calmo, osserva l'ambiente. **È il momento migliore per l'apprendimento e l'interazione.**
5. **Veglia attiva:** Movimenti diffusi, inizio di irrequietezza. (Segnale che sta per stancarsi o ha fame).
6. **Pianto:** Lo stato di massima eccitazione e scarica.

INTERPRETARE IL PIANTO NOTTURNO

Brazelton spiegava che il pianto non è sempre un segnale di sofferenza. Esistono diverse "sfumature":

- **Il Pianto di "Scarico" (Fisiologico):** Molti neonati piangono alla fine della giornata per elaborare gli stimoli accumulati. Brazelton suggeriva che, in questo caso, il genitore dovrebbe offrire una **presenza rassicurante** (contenimento fisico) senza però stimolare ulteriormente il bambino con luci, giochi o troppi movimenti.
- **Il Pianto di "Ri-assestamento":** Durante i passaggi tra i cicli del sonno (ogni 40-50 minuti circa), il bambino può emettere un pianto breve. Se il genitore interviene immediatamente (prendendolo in braccio o allattandolo), il bambino non imparerà mai a gestire quel passaggio da solo.

LA TECNICA DELL'INTERVENTO GRADUALE

Se il bambino piange di notte, Brazelton proponeva una "scala di intervento" per favorire l'autonomia:

1. **Osservazione (1-2 minuti):** Aspetta e guarda se riesce a calmarsi da solo.
2. **Presenza vocale:** Entra nella stanza e sussurra dolcemente senza accendere la luce o toccarlo.
3. **Contatto fisico leggero:** Metti una mano sul suo petto o sulla testolina per dargli sicurezza.
4. **Contenimento:** Se non si calma, prendilo in braccio ma rimani fermo e calmo, senza dondolare eccessivamente.
5. **Soddisfacimento bisogni:** Solo se i passaggi precedenti falliscono, procedi con il controllo del pannolino o l'allattamento.

UN CONSIGLIO CHIAVE: "THE DROWSY BUT AWAKE STATE«

La regola d'oro di Brazelton è mettere il bambino a letto quando è **molto assonnato ma ancora conscio**. Se si addormenta sempre e solo mentre mangia o è in braccio, quando si sveglierà a metà notte (cosa naturale per tutti gli esseri umani) proverà ansia perché l'ambiente è cambiato (non è più tra le tue braccia). Se si addormenta nella culla, riconoscerà quell'ambiente come sicuro al suo risveglio.

Brazelton ha osservato un fenomeno molto interessante: spesso le **regressioni del sonno** coincidono con grandi **salti di sviluppo motorio o cognitivo**.

È quasi un paradosso: proprio quando il bambino sta per imparare qualcosa di eccitante (come gattonare, stare in piedi o dire le prime parole), il suo sonno peggiora.

PERCHÉ SUCCEDE? (L'IPOTESI DI BRAZELTON)

Brazelton spiegava che il sistema nervoso del bambino è "sovraccarico". Il cervello continua a rielaborare la nuova abilità anche di notte. Avrai notato che alcuni bambini provano a mettersi a quattro zampe o a sollevarsi sulla sponda della culla mentre sono ancora mezzi addormentati: è una sorta di **"pratica notturna" involontaria**.

COME GESTIRE QUESTE FASI SECONDO IL SUO APPROCCIO

1. Riconoscere il "Tension Discharge" (Scarico di tensione)

Quando un bambino impara a gattonare, la sua autonomia aumenta, e questo può spaventarlo un po'. Il risveglio notturno è un modo per cercare la "base sicura" (i genitori) e rassicurarsi che, nonostante stia diventando indipendente, voi siete ancora lì.

- **Suggerimento:** Durante il giorno, incoraggia molto l'attività fisica. Più "pratica" fa da sveglio, meno il cervello sentirà il bisogno di "allenarsi" di notte.

NON INTRODURRE NUOVE CATTIVE ABITUDINI

Questo è il punto più difficile. Se durante una regressione (che di solito dura 1-2 settimane) inizi a dare il biberon ogni ora o a portarlo nel lettone (se prima non lo facevi), il bambino crederà che quella sia la **nuova routine**

STRATEGIA

Offri conforto e vicinanza fisica, ma cerca di non cambiare drasticamente le regole che avevate stabilito. Usa il "tocco fermo" sulla schiena per rassicurarlo senza necessariamente tirarlo su ogni volta.

IL "GIOCO DEL CUCÙ" (PEEK-A-BOO)

Brazelton suggeriva di giocare molto al gioco del "nascondino" durante il giorno.

- **Perché aiuta il sonno?** Aiuta il bambino a elaborare il concetto di **permanenza dell'oggetto**. Capisce che anche se la mamma o il papà spariscono (dietro le mani o fuori dalla stanza), tornano sempre. Questo riduce l'ansia da separazione che causa i risvegli.

SINTESI PER SOPRAVVIVERE ALLE REGRESSIONI

Fase di Sviluppo	Cosa succede di notte	Consiglio di Brazelton
Gattonamento (6-9 mesi)	Si mette a quattro zampe nel sonno.	Aiutalo a rimettersi giù con dolcezza e poche parole.
Stazione eretta (9-12 mesi)	Si alza nella culla e non sa come sedersi.	Non "salvarlo" subito; guidalo fisicamente a sedersi finché non impara a farlo da solo.
Linguaggio (18-24 mesi)	Parla o chiama nel sonno.	Rispondi con un sussurro per confermare la tua presenza, ma non accendere le luci.

Il professore ricordava sempre ai genitori: **"il bambino non sta cercando di manipolarvi"**. Sta solo cercando di capire come gestire un corpo e un cervello che cambiano alla velocità della luce. La regressione è, in realtà, un segno che il bambino sta crescendo bene.



Bibliografia Scientifica di Riferimento (Key Papers)

Di seguito i riferimenti fondamentali estratti dai database *PubMed, Cochrane Library e Scopus*:

Linee Guida e Consensus

- **American Academy of Sleep Medicine (AASM).** (2021). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Intrinsic Circadian Rhythm Sleep-Wake Disorders*.
- **Sateia, M. J.** (2014). International Classification of Sleep Disorders-Third Edition (ICSD-3). *Chest*, 146(5), 1387-1394.

Studi Clinici e Revisioni

1. **Mindell, J. A., et al.** (2006). Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*, 29(10), 1263-1276. (Lo studio cardine sull'efficacia delle tecniche comportamentali).
2. **Galland, B. C., et al.** (2012). Normal sleep patterns in infants and children: A systematic review of observational studies. *Sleep Medicine Reviews*, 16(3), 213-222.
3. **Sadeh, A., et al.** (2010). Sleep and sleep ecology in the first 3 years: a web-based study. *Journal of Sleep Research*, 19(3), 467-475.
4. **Gradisar, M., et al.** (2016). Behavioral Interventions for Infant Sleep Problems: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*, 137(6), e20153536. (Analisi dello stress infantile e materno durante i metodi di estinzione).
5. **Bathory, E., & Tomopoulos, S.** (2017). Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, and Sleep Hygiene in Infants, Toddlers, and Preschool-Age Children. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(2), 29-42.
6. **Tikotzky, L., & Volkovich, E.** (2019). Infant sleep: Development and context. *Current Opinion in Psychology*, 30, 9-14.
7. **Zisapel, N.** (2018). New perspectives on the role of melatonin in human sleep, circadian rhythms and their regulation. *British Journal of Pharmacology*, 175(16), 3190-3199.

Sicurezza e Prevenzione

- **Moon, R. Y., et al. (AAP Task Force on SIDS).** (2022). Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2022 Recommendations for Reducing Infant Deaths in the Sleep Environment. *Pediatrics*, 150(1).