

La guerra dei latti: una storia infinita

Ricevo, quasi contemporaneamente, tre lettere che, per la prima volta nella storia di questa rubrica, non pubblicherò. Non perché non siano interessanti, o civili, o convincenti, o documentate; ma perché spostano (riportano?) il discorso sul sentiero di guerra: un percorso che il titolo scherzoso "la guerra dei latti" pretendeva di esorcizzare e che invece ha evocato, ma sul quale, o sia per vocazione o sia per viltà, non desidero proseguire. Riporterò invece, senza le loro parole, i numeri che i gentili corrispondenti (Ivano Bronzetti, Adriano Cattaneo, Sofia Quintero-Romero, coi quali mi scuso della mia dispettica sgarberia) mi hanno inviato.

*Comincio dai dati che riguardano il Codice Internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno. Il dott. Cattaneo e la d.ssa Quintero-Romero ci ricordano (tra l'altro) che questo Codice è stato elaborato nel 1980 dall'OMS e dall'Unicef e approvato nel 1981 dall'Assemblea Mondiale della Salute, con 3 astensioni e col voto contrario degli Stati Uniti (Tabella I); che successivamente sono state riferite da parte di associazioni laiche numerose infrazioni a questo codice; che da queste segnalazioni sono partite delle campagne di boicottaggio in Paesi industrializzati; che per verificare l'esistenza e la consistenza di queste infrazioni è stato istituito l'Interagency Group on Breastfeeding Monitoring (IGBM), cui partecipano la British Medical Association e l'Institute of Child Health; che l'IGBM ha recentemente commissionato a due ricercatori della London School of Hygiene and Tropical Medicine uno studio in merito; che le conclusioni di questo studio (IGBM: *Cracking the Code; monitoring the International Code of Marketing of Breastmilk substitutes*, UNICEF, London 1997; Wise J: *Baby milk companies accused of breaching marketing code*, BMJ 314, 167, 1997), svolto in Bangladesh, in Polonia, in Thailandia e in Sudafrica, dimostrano che dove mancano leggi nazionali, come in Polonia, o dove i controlli siano deboli, come in Thailandia, le infrazioni del codice siano possibili o frequenti (Tabella II); infine che la diffusione del latte artificiale nei Paesi poveri ha contribuito a ridurre l'abitudine dell'allattamento al seno, dando conseguentemente inizio al ciclo di malnutrizione-infezione.*

Queste due lettere, dunque, ribadiscono che il problema del controllo etico della commercializzazione dei sostituti del latte materno è lungi dall'essere esaurito, e che questo problema è centrale alla salute infantile nei Paesi poveri.

I PUNTI ESSENZIALI DEL CODICE INTERNAZIONALE SULLA COMMERCIALIZZAZIONE DEI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO

- I governi si devono assumere la responsabilità di una corretta informazione sull'alimentazione del neonato e del lattante ad uso sia delle famiglie che degli operatori sanitari.
- Il materiale informativo per le famiglie, di qualsiasi tipo, deve indicare in maniera equivoca la superiorità dell'allattamento al seno e la difficoltà di invertire la decisione di non allattare.
- Lo stesso materiale informativo deve spiegare chiaramente le implicazioni anche sociali ed economiche della decisione di non allattare al seno, oltre ai rischi per la salute.
- Le donazioni di attrezzature e di materiali informativi da parte delle compagnie deve avvenire soltanto su richiesta e dietro approvazione scritta di una competente autorità governativa; tali attrezzature e materiali possono avere il nome o il logotipo della compagnia, ma nessun riferimento ai prodotti della stessa.
- Non vi dev'essere alcuna pubblicità o altra forma di promozione al pubblico di prodotti che rientrino nel campo dell'applicazione del Codice.
- Non vi devono essere forniture, direttamente o indirettamente, di tali prodotti, anche sotto forma di campioni, alle gestanti, alle madri e alle loro famiglie.
- Non vi dev'essere alcuna pubblicità né distribuzione di campioni omaggio né altro tipo di promozione degli stessi prodotti nei punti vendita.
- Non dev'essere distribuito alle gestanti e alle madri alcun articolo o materiale omaggio che possa promuovere l'uso di sostituti del latte materno o biberon.
- Non vi dev'essere alcun tipo di contatto diretto tra rappresentanti o impiegati delle compagnie e gestanti, madri o famiglie.
- Non si deve fare alcuna promozione dei sostituti del latte materno nelle unità sanitarie, compresa l'esposizione di manifesti o altri materiali forniti dalle compagnie.
- Non dev'essere consentita l'utilizzazione delle unità sanitarie da parte di rappresentanti o impiegati delle compagnie per fare promozione dei loro prodotti.
- Non vi devono essere donazioni o vendite a basso prezzo dei prodotti contemplati dal Codice alle unità sanitarie o a singoli operatori.
- Non devono essere offerti dalle compagnie agli operatori sanitari incentivi economici o materiali allo scopo di promuovere prodotti contemplati dal Codice; i contributi individuali per viaggi di studio, borse di studio, ricerche o consulenze devono essere dichiarati sia dalla compagnia che dal beneficiario all'istituzione alla quale quest'ultimo è affiliato.
- Il volume delle vendite dei prodotti contemplati dal Codice non dev'essere usato dalle compagnie nel calcolo della percentuale di compenso degli addetti al marketing come sistema di incentivazione.
- Le etichette dei prodotti non devono scoraggiare, con scritte o figure, l'allattamento al seno e devono spiegare in maniera comprensibile alle madri l'uso appropriato degli stessi; in particolare devono dire espressamente che il prodotto va usato solo dietro prescrizione e supervisione medica.
- I governi devono prendere misure appropriate per garantire l'applicazione del Codice Internazionale; indipendentemente da questo, le compagnie devono ritenersi responsabili del controllo delle loro pratiche commerciali in conformità con il Codice fino ai punti vendita più periferici.

Tabella I

Il dott. Bronzetti, direttore generale della Milte Italia SpA, mi invia alcuni dati sul consumo dei latti, che sintetizzo nelle Tabelle III, IV e V.

Da questi dati, correttamente, il dottor Bronzetti deduce che, orientativamente, il 54% dei neonati viene alimentato da 0 a 5 mesi con latte materno esclusivo e che solo il 28% dei lattanti assume poi il giusto alimento (latte di proseguimento) in quantitativi corretti dal 6° al 12° mese di vita. Questi dati indicano inoltre che in Italia il consumo dei latti formulati è molto inferiore a quello della media CEE:

11 kg/nato di polvere in Italia contro 26 kg/nato nella media CEE.

La conclusione del dott. Bronzetti sono che "dunque", in Italia, il patto diabolicamente tra produttori e prescrittori di latti non esiste, ovvero ha delle connotazioni abnormi. E credo di concordare con lui, integralmente, sulla seconda parte e, parzialmente, sulla prima.

È difficile negare che, storicamente, ci sia stato, non forse un patto diabolico, ma certo una disattenzione bilaterale da una parte nei riguardi della specificità e utilità dell'allattamento al seno e dall'altra

RIASSUNTO DEI RISULTATI DELLA RICERCA
DELL' INTERAGENCY GROUP ON BREASTFEEDING MONITORING

	Bangladesh	Polonia	Thailandia	Sudafrica	
Donne che ricevono messaggi negativi associati al nome di una compagnia	gravide	13%	12%	11%	16%
	madri	20%	36%	14%	28%
USS con informazioni proibite per gli operatori sanitari	15%	56%	33%	17%	
Gravide che ricevono campioni gratuiti	0%	2%	3%	1%	
Madri che ricevono campioni gratuiti	0%	8%	26%	3%	
Unità sanitarie che ricevono campioni gratuiti	8%	21%	50%	20%	
Unità sanitarie che ricevono forniture a basso costo	0%	0%	35%	0%	
Operatori indotti a promuovere prodotti delle compagnie	17%	18%	8%	2%	
Unità sanitarie che ricevono attrezzature etichettate dalle compagnie	13%	21%	30%	30%	
Unità sanitarie con materiali delle compagnie per la pubblicità alle madri	20%	28%	45%	17%	
Unità sanitarie che espongono informazioni illecite delle compagnie per le madri	da portare a casa	25%	10%	38%	4%
	da consultare in loco	10%	23%	38%	20%
Violazioni registrate durante un mese nel commercio al dettaglio	3	37	2	3	
Violazioni registrate durante un mese sui media	1	12	8	5	
Violazioni registrate durante un mese su etichette dei prodotti	3	13	1	5	

Tabella II

CONSUMO ATTESO DI LATTE NEL 1° ANNO DI VITA
LATTANTE DA 0 A 5 MESI

		ml/die	giorni	polvere
STARTING	1° mese	600	30	2,43 kg
	2° mese	750	30	3,04 kg
	3° mese	800	30	3,24 kg
	4° mese	800	30	3,24 kg
	5° mese	600	30	2,43 kg

LATTANTE DA 6 A 12 MESI (almeno 500 ml/die)

		ml/die	giorni	polvere
PROSEGUIMENTO	6° mese	500	30	2,17 kg
	7° mese	500	30	2,17 kg
	8° mese	500	30	2,17 kg
	9° mese	500	30	2,17 kg
	10° mese	500	30	2,17 kg
	11° mese	500	30	2,17 kg
	12° mese	500	30	2,17 kg

CONSUMO ATTESO TOTALE DI LATTE NEL 1° ANNO DI VITA

29,53 kg/nato di cui:
 14,34 Starting x 530.000 neonati italiani = 7600 Ton
 15,19 Proseguimento x 530.000 neonati italiani = 8050,7 Ton
NB: Il consumo atteso di latti speciali è pari a 706 Ton/anno

Tabella III

CONSUMI REALI DI LATTE IN POLVERE IN ITALIA

Starting	2987	+	latti speciali 494,2	=	3481,2 Ton
Proseguimento	2082	+	latti speciali 211,8	=	2293,8 Ton

Tabella IV

DIFFERENZA TRA I CONSUMI REALI E I CONSUMI ATTESI

Starting	7600 Ton	3481,2 Ton	Differenza: - 4118,8 Ton
Proseguimento	8050,7 Ton	2293,8 Ton	Differenza: - 5756,9 Ton

Tabella V

nei riguardi della opportunità di attenersi alle regole di autodisciplina espresse nel Codice Internazionale; questo atteggiamento "distratto" è stato facilitato da alcune tendenze culturali della medicina e della società: la presunzione dell'uomo di saper far meglio della natura (il latte artificiale migliore del latte naturale) e il prevalere del principio del piacere (ridurre la fatica dell'allevamento, mantenere al seno un esclusivo ruolo estetico-erotico, promuovere l'emancipazione femminile liberando la donna dalle "servitù naturali"). In seguito a questo concorso di cause, l'alimentazione al seno è diventata relativamente impopolare, e solo negli ultimi

anni, anche per una revisione "scientifica" delle premesse da cui derivava l'abbandono dell'allattamento al seno, la sua diffusione ha ripreso quota. Tuttavia, il 54% di allattamento al seno, indirettamente documentato dai dati del dott. Bronzetti, è ancora lontano dall'essere soddisfacente, se è vero come è vero che l'ipogalattia autentica non è un fenomeno né naturale né consueto, che il latte di donna è insostituibile, che il legame madre-figlio è "fondante" per l'individuo e per la società, che l'allattamento al seno è fonte di comunione e di felicità. E viceversa, il 28% di allattamento con latti di proseguimento nel secondo semestre è un

dato non giustificato né da fattori economici (le famiglie italiane non sono così povere da non poterselo permettere) né da criteri nutrizionistici (i latti formulati per il proseguimento offrono reali vantaggi nutrizionali rispetto al latte vaccino).

Sicché lo sforzo etico-culturale dei pediatri e l'impegno etico-commerciale delle Case dovrebbero coincidere, o per lo meno non confliggere: quanto più possibile allattamento al seno nei primi 6 mesi; quanto più possibile uso dei latti formulati dopo il sesto mese. Era il "patto" che proponevo alle due parti, nel numero 9/1996 di Medico e Bambino, per il nostro Paese; e per i Paesi poveri (che sono comunque un potenziale, enorme mercato, come mi sottolinea, nella sua lettera Sofia Quintero-Romero) non posso pensare a una ricetta diversa, a costo di sembrare un idiota, utile o inutile che sia: mai, o quasi mai il latte di formula in sostituzione del latte materno, quanto più possibile latte formulato nel secondo semestre, come preziosa integrazione dietetica (resa più preziosa e utilizzabile dalla lunghissima conservabilità), quando di regola il latte di donna non basta più e dunque l'anemia e la malnutrizione diventano inevitabili anche negli allattati al seno. Adeguare al "Sapere" il "Saper fare" e al "Voler bene" (imparare il giusto comportamento perché la mamma non rinunci al latte) costituisce una sfida professionale per i pediatri; e adeguare al "Sapere" il "Saper essere" (adeguarsi non passivamente ai codici di comportamento, studiare strategie di promozione della salute) può costituire una sfida professionale redditizia per l'industria.

Io vorrei concludere qui, almeno per quanto riguarda Medico e Bambino, la "guerra dei latti". Sono, nello stesso tempo, scontento di questa mia forzatura e dello sgarbo che ho fatto, appropriandomi dei loro dati e cancellando le loro parole, ai dott. Bronzetti, Cattaneo e Quintero-Romero; e sono contento dello sviluppo che la controversia ha assunto; dei dati culturali e di ragionamento che ne sono emersi. Capisco che il finale che ho "imposto" può essere considerato edulcorato e forse ipocrita: ma non lo rinnego, pur essendo consapevole (anzi proprio perché lo sono) delle difficoltà che ha l'uomo, e gli insiemi di uomini che sono le società, e l'insieme di società che costituiscono la società, a comportarsi secondo principi; perché sono, nello stesso tempo, convinto che comportarsi secondo principi corrisponda anche a comportarsi secondo la "vera" vocazione e secondo il "vero" interesse di ciascun uomo e di ciascun insieme.

F.P.

Ossigenoterapia e retinopatia: un problema etico

La seguente lettera risponde a un quesito di Giancarlo Biasini circa la liceità o meno dei genitori a decidere in favore o contro il proseguimento della ossigenoterapia in un pretermine a rischio (valutabile al 15%) di sviluppare una retinopatia. Ricordo ai lettori che Biasini riferiva le seguenti parole dei consulenti tecnici di ufficio, che sostanzialmente riconoscevano ai genitori questo diritto: "Per l'ossigenoterapia esiste il consenso dell'avente diritto, nella specie trasferito ai genitori. Mentre ai neonatologi non verrebbe mai in mente di non usare l'ossigenoterapia, devono essere i genitori, e soltanto i genitori, a decidere se persistere nell'ossigenoterapia o ridurla, anche mettendo a repentaglio la vita del piccolo paziente, poiché tra la morte e la cecità del bambino esiste un raffronto possibile, cioè che i genitori stessi sono capaci di intendere". Al quesito tentavo di dare una risposta personale, arrangiata, sollecitando nel contempo degli "eticisti" più "professionali" a intervenire. Ecco la risposta di Accettella, professore di Bioetica all'Università "La Sapienza" di Roma.

Ho letto su *Medico e Bambino* di gennaio la lettera di Biasini su "Ossigenoterapia e retinopatia del pretermine: un problema etico mai risolto" e la vostra risposta. Il problema posto non è certo di facile soluzione e stimola una profonda riflessione. Nel rapporto medico-paziente il consenso rappresenta l'adesione del paziente al progetto di terapia proposto dal medico. Nel caso specifico si tratta di un problema che riguarda un pretermine, e si discute se i genitori possano rifiutare una terapia necessaria che può comportare nel 15% dei casi un danno alla vista. Quando si tratta di "piccoli", ovviamente il consenso va richiesto ai genitori che sono i legittimi tutori. È noto che gli elementi per fornire un consenso sono l'informazione, la comprensione, la libertà e la capacità decisionale.

In situazioni così drammatiche però i

genitori saranno in grado di valutare serenamente la situazione e scegliere per il vero bene di quel piccolo?

Il Medico invece, in qualità di garante della tutela della salute dei cittadini, non può non instaurare quell'unica terapia indispensabile per il piccolo, anche se è possibile un danno alla vista. Specie in questo caso il Medico deve assumere il ruolo di difensore del piccolo. Quando il Medico propone qualcosa ai suoi pazienti, pensa al bene che ne deve derivare. Nel caso che l'intervento proposto possa determinare dei rischi, può capitare che il bene venga messo in discussione e "confrontato" con i rischi. È in questa situazione che sembra necessario individuare una scala dei "beni". Il valore più grande risulta sempre quello che permette agli altri valori di esprimersi, e cioè la vita.

Al di fuori di questo, la scala dei valori è estremamente soggettiva, dipendendo in gran parte dalle esperienze vissute dal singolo, per cui i "beni" diventano non confrontabili. Per il medesimo motivo neanche il criterio stilistico può essere d'aiuto. Infine è ancora la soggettività della scala che inficia la validità delle scelte per altri effettuate "come se fosse per se stesso". Nel caso del piccolo "incapace" di esprimere il consenso o un desiderio è compito dei genitori scegliere il suo bene. Tutti conosciamo i genitori dei ragazzi portatori di handicap. La sofferenza che esprimono difficilmente è riconoscibile come pura compassione, perché difficilmente, per loro e per noi, è immaginabile la reale sofferenza del figlio per poterla condividere. Ugualmente non è riconosciuta la possibilità di felicità del figlio e gli viene negata. Di fronte a queste semplici considerazioni ci diciamo che neanche la scelta "come se fosse per se stesso" ha validità, essendo piuttosto una scelta "per se stesso". Per tutte queste considerazioni mi sembra che soltanto il valore della vita deve essere ritenuto un valore assoluto e non confrontabile, e da questo devono discendere le varie decisioni che a volte possono creare sofferenze. La legge,

giustamente, affida a chi esercita la tutela ogni decisione per l'"incapace", ma nel caso di cure per la "vita" è giusto interpellare il tutore (o anche il paziente stesso) o il Medico che ha una sua responsabilità da cui non può prescindere (lo chiameremo ancora paternalismo)? In questi casi il Medico è il garante della tutela della salute e il rappresentante di quella comunità che, riconoscendo nel piccolo un suo componente, esprime la sua solidarietà prendendosi effettivamente "cura" di lui.

Mi sembra che, al di sopra delle logiche filosofiche dei "grandi", dovrebbe essere considerato di più il valore, comunque sia, del piccolo e la sua massima aspirazione, che in quel momento è quella di vivere.

Umberto Accettella
Docente di Bioetica
alla Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università "La Sapienza", Roma

La risposta del prof. Accettella è in parte simile, in parte diversa dalla mia (che suonava più o meno così: occorrerebbe, per dare significato decisionale alla scelta dei genitori, essere certi che la scelta venga fatta dal genitore "come se fosse per se stesso", mentre è quasi certo che la maggior parte dei genitori preferirebbe perdere la vista piuttosto che la vita; e preferirebbe perdere la vita piuttosto che le funzioni cerebrali superiori). Non sembra dunque a me giusto, come non sembra al prof. Accettella, accettare il diritto dei genitori a decidere su un bene, quello della vita, che è universalmente considerato preminente (io, forse a differenza di Accettella, e più laicamente e relativisticamente, considero ancora superiore al bene della vita il bene dell'intelletto), allo stesso modo in cui, per diverse motivazioni, il sentire comune (e la legge dello Stato) non ritengono giusto accettare il rifiuto di una trasfusione indispensabile in un testimone di Geova.

F.P.