

La comunicazione sull'alimentazione dei lattanti dal punto di vista della ricerca scientifica.

di Angela Giusti, ricercatrice, reparto di Farmacoepidemiologia, CNESPS

Il tema della Settimana Mondiale dell'Allattamento 2011 riguarda la comunicazione nelle sue diverse forme. Obiettivo di questo articolo è fare una riflessione sull'informazione scientifica disponibile sull'alimentazione dei lattanti e su come viene comunicata al pubblico.

La normalità è un concetto socialmente costruito.

Negli ultimi vent'anni c'è stata una crescente attenzione da parte delle Agenzie Internazionali al tema dell'allattamento, in parte per l'eccesso di mortalità dei bambini nei Paesi a basso reddito¹ e, più recentemente, come azione di prevenzione dell'eccesso di sovrappeso e obesità delle nuove generazioni^{2,3}. Questo ha portato all'aumento della produzione scientifica sull'allattamento, prevalentemente orientata a rilevarne i benefici di salute. Alla luce delle conoscenze attualmente a nostra disposizione, possiamo affermare che:

1. l'allattamento e l'alimentazione con latte materno sono la norma biologica per la specie umana
2. le condizioni in cui le donne non hanno obiettivamente la capacità di allattare o i bambini non possono assumere latte materno sono rare
3. l'alimentazione dei bambini è un fatto culturale e la "normalità", socialmente costruita, non sempre corrisponde alla normalità biologica.

Per spiegare come la normalità sia costruita socialmente, prendiamo l'esempio del **fumo di tabacco**: negli anni '50-60 fumare era considerato "normale", negli anni '70 per una donna era un simbolo di emancipazione. Come è stata costruita questa normalità? Prevalentemente per effetto delle campagne di marketing e dei messaggi che passavano anche attraverso i media. I film dell'epoca sono pieni di persone che fumano senza che questo comporti un giudizio di valore: nella cinematografia di quegli anni fuma il protagonista così come l'antagonista e il bel tenebroso ha sempre la sigaretta in bocca. Come non ricordare Humphrey Bogart in Casablanca?

Allo stesso modo, negli anni '50-60 si è iniziato a sostituire il latte materno con alimenti formulati, i cosiddetti **latte artificiali**, arrivando negli anni '70 a un diffuso fenomeno di *ipogalattia culturale*: alle nostre madri improvvisamente è stato fatto credere – e ci hanno creduto - che non erano più in grado di allattare e che i latte artificiali, soprattutto quelli "umanizzati" sostituivano a perfezione quello umano. La percezione di normalità si è così spostata verso l'uso del latte artificiale. Come per il fumo, le campagne di marketing dirette alla popolazione e ai professionisti della salute e la diffusione sui media hanno contribuito in maniera determinante. Ancora oggi, basta guardare qualsiasi film in cui sia presente un neonato o un lattante: difficilmente si troverà traccia dell'allattamento. Sul piccolo schermo, e soprattutto nella produzione cinematografica hollywoodiana, il seno che allatta è tabù. Gli stessi prodotti d'animazione che vedono i nostri bambini propongono tutta una serie di animali alimentati con il biberon dalla propria mamma, come se la norma biologica dell'alimentazione dei cuccioli fosse sconosciuta ai produttori televisivi e cinematografici. Non c'è da stupirsi che le giovani generazioni pensino che allattare o dare latte artificiale a un lattante non faccia alcuna differenza.

In entrambi i casi sopra citati, la norma biologica è chiara: respirare aria pulita (non fumo di sigaretta) ed essere allattati dalla propria mamma (non alimentati con prodotti sostitutivi). La ricerca scientifica e la comunicazione dei risultati dovrebbero evidenziare i potenziali rischi dei comportamenti che si discostano da queste norme biologiche di riferimento. Ovviamente siamo nel campo delle scelte individuali e non si tratta di mettere in dubbio il diritto delle persone di fumare, se lo desiderano, nel rispetto e nella tutela della salute di tutti (vedi esempio di legge sul fumo passivo). Allo stesso modo, non ci sono dubbi sul diritto delle donne di sostituire il proprio latte con il latte artificiale se la ritengono una scelta opportuna e se sono adeguatamente informate. Oggi, tuttavia, notiamo la differenza sostanziale in termini di quantità e qualità di informazioni di cui dispongono la popolazione, i professionisti sanitari e i media, sui **rischi del latte artificiale rispetto ad altri rischi** e questo fatto costituisce un'anomalia da correggere.

I livelli dell'informazione e della sua comunicazione sono almeno due: il primo riguarda la produzione scientifica da parte dei ricercatori, il secondo la divulgazione da parte dei media.

L'alimentazione artificiale come fattore di esposizione.

La produzione scientifica sull'allattamento costituisce un caso piuttosto singolare di "**scienza al contrario**". Negli ultimi decenni c'è stato uno sforzo a tutti i livelli per dimostrare che il latte materno sia meglio dell'alimento formulato, come testimoniano le numerose pubblicazioni sui benefici dell'allattamento, della sua esclusività e della sua durata complessiva. Il mondo scientifico ha fatto uso dei più sofisticati strumenti a disposizione, dai trial randomizzati e controllati alle revisioni sistematiche e metanalisi; l'obiettivo, in generale, è stato dimostrare la superiorità dell'allattamento o i suoi effetti a breve, medio e lungo termine, mettendo a confronto diverse durate (es 4 mesi di allattamento esclusivo versus 6 mesi) o confrontandolo con l'uso di alimenti formulati o complementari. La dissonanza sta proprio in **questo tentativo spasmodico di dimostrare la superiorità della norma biologica** rispetto ad altri interventi. Semplificando, normalmente non si dovrebbe dimostrare la superiorità dell'allattamento, ma la non-nocività dell'alternativa, ossia del latte artificiale o altro alimento complementare. La scienza non deve dimostrare la superiorità dell'attività fisica o dell'aria pulita (norma biologica), quanto piuttosto i rischi della sedentarietà, del fumo o dell'inquinamento atmosferico.

Diversi ricercatori hanno affrontato questo tema. Adriano Cattaneo ricorda che non sono i sostenitori dell'allattamento responsabili per la *evidence* sui suoi benefici ma, al contrario, è a coloro che propongono (e commercializzano con enormi profitti) modi alternativi di alimentazione infantile che dovrebbe essere richiesto di dimostrare che la loro opzione è superiore o almeno equivalente. Sarebbe invece più utile, date le limitate risorse, investire nella ricerca sugli interventi efficaci per proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento anziché sui suoi benefici.⁴ Un gruppo di ricerca australiano ha analizzato il linguaggio utilizzato nei titoli e negli abstract degli articoli che hanno dato origine alle raccomandazioni dell'Accademia Americana di Pediatria, chiedendosi se l'informazione scientifica che arriva ai professionisti della salute sull'allattamento sia sufficientemente chiara o se sia soggetta a effetti di distorsione (*bias*).⁵

Un primo problema, rilevato dagli autori, riguarda il **disegno degli studi**. Come già ricordato, la norma biologica è solitamente il riferimento sul quale vengono misurati gli effetti di un'esposizione ad esempio di un altro alimento. Gli autori sottolineano che *"se l'allattamento fosse la norma contro cui vengono misurati gli altri metodi, l'allattamento non sarebbe "protettivo" e i bambini allattati non avrebbero "meno rischio di malattia". Al contrario, sarebbero considerati la normalità mentre i bambini alimentati con latte artificiale sarebbero considerati "esposti" ad un maggiore rischio."*

Non è una differenza banale. Torniamo all'esempio del fumo: traducendo i risultati degli studi scientifici in un linguaggio divulgativo per il grande pubblico, sarebbe come dire che respirare aria fresca è meglio che respirare fumo di sigaretta. Al contrario, la comunicazione del rischio legata al fumo è molto chiara: il fumo aumenta il rischio di cancro e di una serie di altre patologie gravi e, al di là delle scelte individuali, queste informazioni sono oramai patrimonio della nostra cultura. Tutto ciò non avviene nel caso dell'informazione sugli alimenti sostitutivi del latte materno. Un'informazione completa dovrebbe elencare e, qualora possibile quantificare, il rischio correlato al non allattamento o all'uso di alimenti diversi dal latte materno, in termini di maggiori probabilità di sviluppare malattie o altri esiti non desiderati.

Il secondo fenomeno evidenziato dallo studio è stato un sorprendente "**effetto Voldemort**". L'uso di latte artificiale, così come il celeberrimo personaggio dei romanzi Harry Potter noto come "Colui-Che-Non-Deve-Essere-Nominato", viene raramente citato come fattore di rischio per la salute dei bambini e delle madri. In un terzo dei casi i titoli degli articoli scientifici e gli abstract erano addirittura fuorvianti, utilizzando frasi come "L'allattamento al seno e il rischio di morte post natale negli Stati Uniti", o ancora "Allattamento al seno e SIDS". Gli autori rilevano che anche quando uno studio mostra che l'alimentazione artificiale aumenta i rischi per la salute, i titoli e gli abstract delle riviste scientifiche **evitano sistematicamente di descrivere i risultati in un linguaggio che metta in collegamento il latte artificiale con l'aumentata morbilità**. Non solo, ma in molti casi il titolo della ricerca o l'abstract trae in inganno il lettore associando implicitamente l'allattamento con la patologia, come negli esempi già citati.

Il modo in cui usiamo le parole fa la differenza, contribuisce a creare la rappresentazione che la nostra società ha di un fenomeno. Diane Wiessinger, autrice di diversi articoli sul tema del linguaggio usato per l'allattamento, sostiene che *“la verità è che l'allattamento non è nient'altro che normale. L'alimentazione artificiale, che non è né la stessa cosa né superiore è, al contrario, deficiente, incompleta e inferiore. Queste sono parole difficili, ma hanno il loro posto nel nostro vocabolario”*.⁶

Perché nella comunicazione ufficiale si ha così tanto pudore a parlare dei rischi del latte artificiale? Il timore di generare un **senso di colpa** non è più una scusa, non più di quanto lo sia nei confronti di chi fuma, non usa la cintura di sicurezza o il seggiolino per il trasporto del proprio bambino, eccede nel bere o nella velocità in auto. Le persone devono sapere quali sono i rischi legati alle proprie scelte o ai propri comportamenti e questo oramai è l'orientamento della comunicazione istituzionale sulla salute e gli stili di vita.

Il “latte” artificiale come farmaco.

Parlare di uso improprio di latte artificiale o di altri alimenti per i lattanti presuppone l'esistenza di una “norma”. Come già visto, la norma biologica vuole che i bambini siano allattati esclusivamente al seno e non ricevano quindi nessun altro alimento fino al momento in cui si dimostrano interessati e pronti a mangiare il cibo proposto in famiglia. Esistono situazioni rare in cui la madre può non essere in grado di dare il proprio latte al bambino o non desidera farlo; in questi casi, le attuali raccomandazioni prevedono l'uso di latte umano donato, considerato il miglior sostituto del latte materno. Esistono poi alcune malattie rare, come la galattosemia, che impediscono al bambino di assumere latte umano.

Considerando quindi questi eventi della diade madre-bambino come patologici, il latte artificiale può essere l'unica opzione per “riconduurre alla norma una funzione patologicamente alterata”, che caratterizza l'uso dei farmaci.⁷ E' difficile fare una stima precisa di quale sia la reale necessità di latte artificiale; pur disponendo dei dati di prevalenza della galattosemia e sapendo che circa il 5% delle mamme di lattanti esprime il desiderio di non allattare⁸, non è possibile quantificare le necessità clinicamente fondate che si possono presentare di volta in volta. È però plausibile che la reale necessità di latti artificiali, inclusi quelli cosiddetti “speciali”, non riguardi la totalità dei bambini nati ogni anno ma una proporzione di gran lunga inferiore, molti dei quali dovrebbero poter ricevere latte umano donato. Il numero di potenziali clienti non giustificherebbe quindi gli attuali investimenti dell'industria in questo settore. Perché allora investire così tanto nella ricerca e nella produzione di prodotti utilizzabili, teoricamente, da pochi clienti? Non ci sono dubbi sull'utilità del latte artificiale quando necessario, il problema subentra quando **la patologia viene creata ad hoc** (fenomeno noto come *disease mongering*) facendo credere a intere generazioni di donne di aver perso la propria capacità di allattare.

Volendo considerare il latte artificiale come un farmaco sarebbe necessario sottoporlo ad un'attenta sperimentazione prima dell'immissione in commercio, valutandone il rapporto rischio/beneficio e riportando i rischi d'uso sul foglietto illustrativo. Al contrario, l'etichettatura degli alimenti per lattanti prevede una generica indicazione della superiorità dell'allattamento senza che si faccia cenno ai rischi a breve, medio e lungo termine dell'uso inutile e/o improprio del latte artificiale. Di nuovo, **l'informazione sul rischio viene elusa**. Nel suo intervento alla conferenza *Evidence 2010*, Steve Woloshin sottolinea l'importanza dell'informazione sulla prescrizione dei farmaci mettendo a confronto l'informazione commerciale, quella pubblica e un nuovo approccio proposto dall'americana *Food and Drug Administration* noto come *The drug facts box*.⁹ Secondo Woloshin, le persone hanno bisogno di informazioni per poter fare delle scelte, ad esempio se fare uso o meno di un farmaco e quale scegliere. Per prendere buona decisione è necessaria la combinazione di due ingredienti: i fatti, ossia la conoscenza delle diverse opzioni, degli esiti attesi e della probabilità che tali esiti si realizzino, e il sistema di valori dell'individuo, che sono alla base delle scelte personali. Solo mettendo insieme questi due elementi e valutando il proprio rapporto di rischio/beneficio si possono prendere buone decisioni. I fatti dovrebbero includere, quando possibile, la misura del rischio sulla base della quale decidere si tratta di un rischio che vale la pena di correre oppure no. “Se non conosci i fatti, non puoi prendere buone decisioni.” Esiste una vasta offerta informativa sui benefici del latte materno: se ne occupano i media, i professionisti, le istituzioni sanitarie e le associazioni. **Ma chi, come e in quale momento offre ai neogenitori informazioni sui rischi del non allattamento e**

dell'uso di latte artificiale? Eppure sono determinanti per poter fare una buona scelta ed esistono valide strategie per la comunicazione del rischio alla popolazione.

La comunicazione istituzionale sui rischi della cattiva alimentazione.

La strategia europea "Guadagnare Salute" prevede azioni integrate e coordinate e campagne informative con l'obiettivo di modificare i comportamenti inadeguati che sono alla base dell'aumento delle patologie croniche. Il programma si concentra sui 4 principali fattori di rischio: fumo, abuso di alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica. Nel testo del programma si legge: "il governo nazionale e quelli locali **non possono condizionare direttamente le scelte individuali**, ma sono tenuti a rendere più facili le scelte salutari e meno facili le scelte nocive". I quattro comportamenti a rischio sopracitati sono definiti nocivi in quanto creano malattie che pesano sui sistemi sanitario e sociale.¹⁰ La campagna di comunicazione prevede sia la comunicazione positiva, esaltando i benefici dei comportamenti salutari, sia la comunicazione del rischio.

Come si comunica **il rischio di un comportamento nocivo, come ad esempio la "cattiva alimentazione"** alla popolazione generale? La campagna di informazione sull'alimentazione definisce chiaramente la "cattiva alimentazione" come un fattore di rischio. Sul portale del Ministero della Salute, si legge:

Rischi di una cattiva alimentazione¹¹

L'assunzione errata di alimenti, sia nella quantità che nella qualità, può essere uno dei fattori principali nella determinazione di stati patologici quali:

- ipertensione arteriosa
- malattie dell'apparato cardiocircolatorio
- sovrappeso e obesità
- malattie metaboliche (aumento colesterolo e trigliceridi ematici)
- diabete tipo 2
- osteoporosi
- litiasi biliare e steatosi epatica (fegato grasso)
- carie dentarie
- gozzo da carenza iodica
- alcune forme di tumori.

Analogamente, una comunicazione sui rischi della "cattiva alimentazione" dei lattanti dovrebbe essere:

Rischi di una cattiva alimentazione del lattante

L'assunzione impropria da parte del lattante di latte artificiale e altri prodotti sostitutivi del latte materno, può essere uno dei fattori principali nella determinazione di stati patologici a breve e a lungo termine quali:^{12,13}

- enterocolite necrotizzante nei lattanti prematuri
- otite media
- asma
- ospedalizzazione malattie acute delle basse vie respiratorie
- infezioni gastrointestinali
- dermatite atopica
- diabete di tipo 1 e di tipo 2
- malattie cardiovascolari (ipertensione, ipercolesterolemia)
- sovrappeso e obesità
- mortalità post-natale infantile.

Il non allattamento secondo gli standard ottimali può essere un fattore di determinazione di stati patologici anche per la madre:

- cancro del seno
- cancro dell'ovaio
- frattura dell'anca e osteoporosi nel periodo post-menopausale

Sono state rilevate possibili associazioni ad altri stati patologici sia nella madre sia nel bambino, che richiedono però ulteriore ricerca.

Anche volendo fare una lettura prudente dei risultati degli studi epidemiologici, l'evidenza dei rischi del non allattamento e dell'alimentazione artificiale esiste e la sua comunicazione viene raccomandata dalle maggiori Agenzie, incluse le Nazioni Unite, sia ai professionisti della salute sia alla popolazione generale.
14,15,16,17, 18,19,20

Comunicare i risultati della ricerca scientifica al pubblico

I ricercatori e le istituzioni comunicano i risultati degli studi scientifici attraverso le riviste nazionali e internazionali e, in tempi più recenti, attraverso siti web specializzati. Da parte loro, i giornalisti sono chiamati a tradurre tali risultati in un linguaggio divulgativo, accattivante e comprensibile ad un pubblico variegato. Non è un'operazione semplice ma è di estrema importanza **perché quello che scrivono i giornali e dicono i media contribuisce alla costruzione sociale dei fenomeni, quindi alla cultura, ben più di una pubblicazione scientifica**. E quando si tratta di salute, l'obiettivo dovrebbe essere non solo informativo ma anche di *empowerment*: le informazioni dovrebbero cioè contribuire a dare potere alle persone aumentando la loro possibilità di scelta.

Fare ricerca scientifica nel campo della salute pubblica serve a poco se i risultati non hanno ricadute pratiche sulla salute delle persone, e queste ricadute dipendono anche dalla qualità dell'informazione prodotta. Come ricorda Diane Wiessinger, *"l'allattamento è un processo normale, non un prodotto perfetto"*. È un'esperienza straordinaria, divertente, pregnante e gratificante, in certi momenti faticosa ed estenuante. **Non è nell'interesse di nessuno idealizzare l'allattamento, ma fare buona scienza e buona informazione sì.**

Riferimenti bibliografici

- ¹ Black RE, Morris SS, Bryce J. [Where and why are 10 million children dying every year?](#) Lancet. 2003;361:2226–34
- ² World Health Organization Regional Office for Europe. [Gaining Health. The European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases](#). 2006
- ³ Ministero della Salute. [Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012](#)
- ⁴ Cattaneo A. The benefits of breastfeeding or the harm of formula feeding? J Paediatr Child Health. 2008 Jan;44(1-2):1-2.
- ⁵ Smith JP, Dunstone MD, Elliott-Rudder ME. ['Voldemort' and health professional knowledge of breastfeeding: do journal titles and abstracts accurately convey findings on differential health outcomes for formula fed infants?](#) ACERH Working Paper Number 4. Australian Centre for Economic Research on Health. December 2008
- ⁶ Diane Wiessinger, "Watch Your Language!" Journal of Human Lactation 12 (1996): 1–4
- ⁷ Enciclopedia Italiana Treccani
- ⁸ Grandolfo M, Donati S, Giusti A. [Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002. Aspetti metodologici e risultati nazionali](#). Istituto Superiore di Sanità
- ⁹ Steve Woloshin on [Communicating the benefits and harms of prescription drugs](#). Evidence 2010.
- ¹⁰ <http://www.salute.gov.it/stiliVita/paginaInternaMenuStiliVita.jsp?id=659&menu=programma>
- ¹¹ <http://www.salute.gov.it/stiliVita/paginaInternaMenuStiliVita.jsp?id=451&menu=alimentazione>
- ¹² McNeil ME, Labbok MH, Abrahams SW. [What are the risks associated with formula feeding? A re-analysis and review](#). Birth. 2010 Mar;37(1):50-8.
- ¹³ Stuebe A. [The risks of not breastfeeding for mothers and infants](#). Rev Obstet Gynecol. 2009;2:222–31
- ¹⁴ American Academy of Pediatrics. [Breastfeeding and the use of human milk](#). Pediatrics. 2005;115:496-506
- ¹⁵ Sterken E. [Risks of formula feeding. A brief annotated bibliography](#). INFACT Canada. 2006
- ¹⁶ Kramer MS, Kakuma R. [Optimal duration of exclusive breastfeeding](#). Cochrane Database of Systematic Rev. 2002
- ¹⁷ Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. [Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries](#). Evidence Report/Technology Assessment No. 153. Agency for Healthcare Research and Quality. April 2007.
- ¹⁸ Horta BL, Bahl R, Martines JC, et al. [Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analysis](#). Geneva: World Health Organization, Development Department of Child and Adolescent Health and Development, 2007.
- ¹⁹ EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. [Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action \(revised\)](#). European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2008.
- ²⁰ UNICEF/WHO. [Innocenti Declaration on Infant and Young Child Feeding](#). UNICEF, Florence, 2005