

2. Proteggere il bambino all'esposizione alle bevande alcoliche in gravidanza e durante l'allattamento

La salute del bambino è estremamente vulnerabile al consumo di bevande alcoliche durante la gravidanza e l'allattamento ma i danni sono totalmente evitabili con l'astensione

- Il feto e il lattante non hanno la capacità di metabolizzare l'alcol, che agisce come sostanza tossica direttamente sull'organismo danneggiandolo gravemente
- L'alcol è una sostanza che può indurre uno sviluppo anomalo di tessuti e di organi dell'embrione e del feto (effetto teratogeno). L'azione tossica dell'alcol è presente durante l'intero processo riproduttivo e in allattamento. La concentrazione di alcol registrabile nel sangue della donna che beve, diventa la stessa per il feto o il lattante.
- Il suo consumo è associato nella donna a: infertilità, aborti spontanei, parti pre-termine, basso peso alla nascita, morte perinatale, morte improvvisa del neonato (SIDS)¹.
- Esso può determinare un insieme di disabilità fisiche e mentali di diversa espressività e gravità, denominato *Fetal Alcohol Spectrum Disorder/s* (FASD)².
- Gli effetti dannosi dell'esposizione prenatale all'alcol sulla salute del bambino sono prevenibili al 100% se la donna in gravidanza non consuma bevande alcoliche.

Raccomandazioni

Ai genitori

I genitori e i futuri genitori dovrebbero considerare che quando una donna beve alcol in gravidanza e in allattamento anche il suo bambino “beve” con lei. Sulla base delle evidenze scientifiche disponibili non è possibile identificare quantità di alcol che non siano nocive in gravidanza, pertanto l'indicazione posta dagli organismi di tutela della salute per la donna in età fertile è quella di non consumare bevande alcoliche, neanche in piccole quantità, quando: sta programmando una gravidanza, è in gravidanza, allatta al seno.

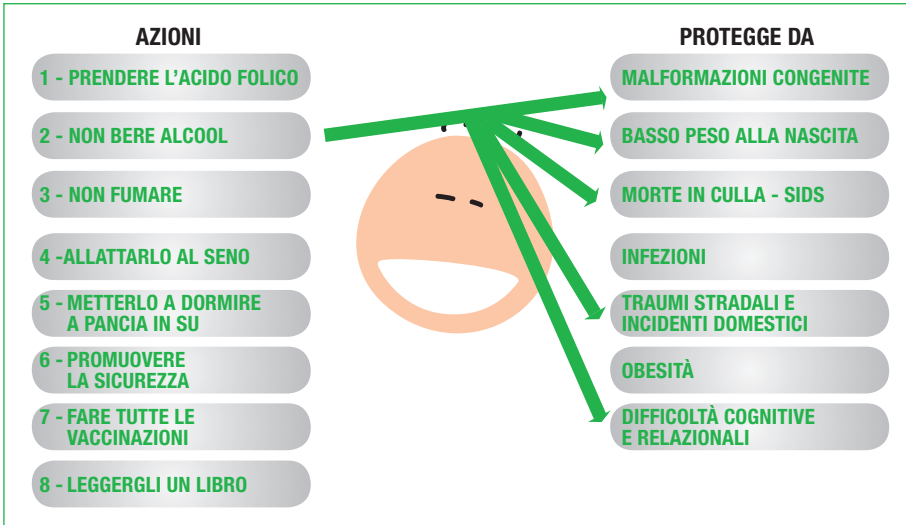
Agli operatori sanitari

- Poiché l'alcol è una sostanza tossica e teratogena, l'OMS raccomanda l'astensione completa dalle bevande alcoliche in gravidanza.

^a (Cfr. paragrafo *Fetal Alcohol Spectrum Disorder - FASD*)

- L'uso di bevande alcoliche è legale e carico di significati culturali e sociali che diminuiscono la percezione del rischio.
- La donna è più vulnerabile all'azione negativa dell'alcol in quanto la sua capacità di metabolizzazione è in pratica dimezzata rispetto all'uomo
- È importante fornire informazioni corrette, ponendo l'attenzione sulla tutela dello sviluppo sano del feto e del neonato ma anche sulla salute della donna.
- Dare attenzione e sostegno alle donne che non riescono ad astenersi dall'alcol o che scelgono di continuare ad assumerlo, anche se in piccole dosi, attraverso la predisposizione di programmi/protocolli di prevenzione e/o clinici.
- Attivarsi per acquisire le necessarie conoscenze, competenze ed abilità di counseling.

È importante che queste raccomandazioni siano inserite all'interno di un'offerta di un counselling mirato (Cfr. <http://www.mammabevebimbobeve.it>) e di sensibilizzazione da parte delle istituzioni (Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità Cfr <http://www.epicentro.iss.it/temi/materno/8marzo2012Alcol.asp>)



La valenza culturale dell'alcol

Il consumo di bevande alcoliche nel contesto sociale nazionale è fortemente radicato negli stili di vita. Il modello sociale di consumo dell'alcol che ci caratterizza, è determinato da significati culturali prevalentemente positivi, esaltati anche dalla pubblicità. Soprattutto agli occhi dei giovani, ciò non aiuta certo a definire dei limiti chiari e condivisibili che favoriscano la scelta di comportamenti sani e sicuri^b.

Infatti l'alcol è una sostanza che è oggetto di una grande ambivalenza culturale, non solo nella popolazione, ma anche nei professionisti, proprio perché appartiene alle abitudini del nostro quotidiano. In questi ultimi anni si sono verificati diversi cambiamenti nelle modalità di consumo: da sostanza che accompagna il pasto e simbolo di festeggiamento, è diventata per i giovani e anche per molti adulti, metafora di sbalzo e il suo uso avviene nei locali, come aperitivo o nel dopo cena. Il *binge drinking*^c è diventato quasi un obbligo del weekend, infatti l'alcol fa parte di un codice di gruppo a cui è difficile sottrarsi, un diktat non discutibile, in questo senso il problema sta diventando un'emergenza sociosanitaria^d.

^b E.Scafato. *Alcol, la nuova addiction*. Italian Journal on Addiction Vol. 1 Numero 1-2, 2011.

http://www.italianjournalonaddiction.it/index.php?option=com_content&view=article&id=149

^c Si definisce *binge drinking* consumare in breve tempo 4 unità alcoliche per le donne e 5 per gli uomini. 1 Unità Alcolica (U.A.) corrisponde a circa 12 gr. di etanolo. Quantità contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione, o in una lattina di birra (330 ml) di media gradazione o in una dose da bar (40 ml) di superalcolico (fonte: Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione – INRAN. LINEE GUIDA PER UNA SANA ALIMENTAZIONE ITALIANA (revisione 2003). http://www.inran.it/files/download/linee_guida/lineeguida_07.pdf).

^d Riscica P. *Giovani e consumo di alcol, nuove tendenze*. Atti del Convegno "Alcol & giovani". Rotary Club Treviso. Ed Cleup, Padova, 2011.

Il consumo nei ragazzi è sempre più precoce, nelle ragazze il consumo è quasi raddoppiato. Rimane ancora un'idea culturalmente condivisa che la donna "deve bere poco" e l'"uomo invece può, perché così è più virile", ma nelle giovanissime generazioni le femmine si fanno un vanto e una sfida a bere più dei maschi, come emerge dai dati rilevati dall'Osservatorio Nazionale Alcol^e. Diverse persone che avevano questa modalità d'uso da adolescenti, continuano a perpetuarla da adulti e su questa base è ipotizzabile un aumento futuro del consumo nella popolazione femminile. Si evidenzia infine che la percezione dei rischi di consumo nella popolazione è ancora bassa e le conoscenze sono scarse e imprecise. Sarebbe importante che la popolazione fosse almeno a conoscenza delle situazioni di rischio per le quali l'OMS raccomanda l'astensione dal consumo di bevande alcoliche^f.

Alcol e donna^g

La donna, che beve la stessa quantità di alcol dell'uomo, presenta un'alcolemia^h più alta. Nella donna infatti la quantità di alcol metabolizzato nello stomaco è indicativamente 4 volte inferiore a quella dell'uomo, in quanto presenta quantità più basse di ADH (= Alcohol Dehydrogenases: enzima che nel nostro organismo metabolizza l'alcol).

Inoltre²:

- L'organismo femminile presenta più massa di grasso e minore quantità di sangue, quindi la concentrazione di alcol è maggiore.
- Le fluttuazioni ormonali possono interferire sul livello di ADH epatico, riducendone la metabolizzazione.
- La metabolizzazione dell'alcol risulta diminuita se si assumono contraccettivi orali.

e Scafato E. I giovani, gli anziani, la famiglia: i target sensibili della prevenzione alcol-correlata, Alcohol Prevention Day - Roma 29 Aprile 2010. http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2010/Allegati/target-sensibili_Scafato_apd10.pdf (ultima consultazione 15-03-2012)

f Condizioni Alcool-Free suggerite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: se si ha meno di 16 anni di età, se si assumono farmaci, se si soffre di una patologia acuta o cronica, si è alcolisti o si hanno/si sono avuti altri tipi di dipendenza, se si è a digiuno o lontano dai pasti, se ci si deve recare al lavoro o durante l'attività lavorativa, se si deve guidare un veicolo o usare un macchinario. Tratto da: ALCOL: SAI COSA BEVI? PIÙ SAI MENO RISCHI! http://www.epicentro.iss.it/alcol/materiali/libretti/libretto_sai_cosa_bevi_blu.pdf (ultima consultazione: 15-03-2012). Cfr. Anche: World Health Organization. Framework for alcohol policy in the WHO European Region. 2006. ISBN 92-890-1384-2. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/79396/E88335.pdf (ultima consultazione 15.03.2012).

g L'alcol etilico (H₃CH₂OH) è un composto chimico derivato dalla fermentazione degli zuccheri. Non è un alimento e non ha un'azione nutritiva. Ha un alto potere calorico (7 Kcal per grammo, inferiore solo ai grassi), ma le sue calorie non sono assimilabili. È una sostanza che ha un'azione tossica: provoca danni diretti e indiretti alle cellule di molti organi. Ha un'azione teratogena e cancerogena, può determinare alterazioni strutturali e funzionali di tessuti e organi. L'alcol è una sostanza psicotropa, ovvero può alterare e modificare la sfera cognitiva, emotiva, affettiva e comportamentale di un individuo.

h L'alcolemia è la concentrazione ematica dell'alcol etilico. A parità di alcol assunto, l'alcolemia è in relazione a: peso corporeo, caratteristiche genetiche, assunzione di cibo, sesso, età, malattie.

Il consumo di alcol è associato all'infertilità femminile, inoltre alcuni studi hanno rilevato un legame tra l'assunzione di bevande alcoliche e forme tumorali quali quella al seno¹. Ci sono, quindi, evidenze specifiche di genere sull'uso di alcol. Per le donne, la più importante di queste riguarda il consumo durante la gravidanza.

L'azione teratogena dell'alcol

L'alcol attraversa la placenta e arriva al sangue fetale, che raggiunge un'alcolemia molto vicina a quella materna. Il feto non possiede quantità sufficienti di enzimi per metabolizzare l'alcol, perciò la concentrazione di alcol nel suo sangue rimane elevata per lungo tempo. L'effetto teratogeno si esplica attraverso diversi meccanismi patogenetici che possono provocare la morte prematura delle cellule o interferire con il loro normale sviluppo o collocazione, causando anomalie d'organo e funzionali. Il Sistema Nervoso Centrale (SNC) è il più vulnerabile³. Tali conseguenze si possono manifestare fin dal concepimento e durante tutto il periodo della gravidanza.

Perché evitare l'alcol in gravidanza e in allattamento?

Il danno fetale può essere di varia entità, in relazione a diversi fattori, quali¹:

- la quantità consumata dalla madre
- la frequenza e la tipologia del consumo
- lo stadio della gravidanza.

Le conseguenze più gravi e clinicamente riconoscibili si riscontrano nei casi di abituale consumo eccedente le linee guida ed i limiti che l'organismo femminile può metabolizzare e attualmente pari a circa 20 grammi di alcol al giorno, 1-2 bicchieri di bevanda alcolica. È molto importante sapere che il consumo di elevate quantità di alcol (di solito 4-5 o più unità alcoliche) in un arco di tempo molto ravvicinato (*binge drinking*) risulta essere più pericoloso del consumo della medesima quantità in un arco di tempo dilazionato⁴. Anche piccole dosi di alcol possono determinare nel tempo problemi cognitivi e comportamentali nel bambino: il consumo in gravidanza di 1-2 unità alcoliche al giorno è associato a possibili disturbi dell'attenzione, di apprendimento e dello sviluppo socio-emozionale⁵.

In relazione al periodo di gravidanza, c'è una diversa vulnerabilità fetale al danno alcolico, infatti gli effetti teratogeni primari si manifestano maggiormente nelle prime settimane di gravidanza. L'azione tossica dell'alcol è presente comunque durante tutta la gestazione⁶. Altri fattori possono influenzare la gravità del danno, quali: oltre all'età, allo stato socio-economico, allo stress, troviamo le abitudini e le condizioni alimentari della madre, la po-

¹ *American Society of Clinical Oncology. Guide to Breast Cancer. http://www.cancer.net/patient/Cancer%20Types/Cancer.Net%20Guide%20to%20Cancer%20PDFs/Cancer.Net_Guide_to_Breast_Cancer_PDF.pdf (ultima consultazione: 4-04-2012).*

liassunzione di sostanze (tabacco, droghe ecc.), lo stato di salute generale della madre, fattori ormonali e metabolici, fattori genetici⁷.

L'alcol ingerito dalla madre durante l'allattamento arriva al bambino attraverso il latte e nel sangue del neonato sono dosabili concentrazioni di alcol⁸. Il neonato può apparire sedato, più irritabile, affaticato nella suzione e possono comparire turbe del sonno. L'abuso di alcol può comportare intossicazione acuta, danni allo sviluppo psico-motorio. Inoltre, si può verificare un'alterazione del sapore del latte e può diminuire la quantità di latte prodotta per inibizione della prolattina⁹.

Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD)

L'insieme degli effetti che si possono manifestare negli individui le cui madri hanno consumato bevande alcoliche durante la gravidanza è definito **Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD)**^{10 11}. Il termine FASD non è una categoria diagnostica, ma include una gamma di differenti manifestazioni cliniche¹.

Le persone con FASD possono mostrare un ampio spettro di alterazioni fisiche, cognitive e comportamentali a breve e a lungo termine.

Queste alterazioni possono comportare danni neurologici, basso peso alla nascita, ritardo dello sviluppo psicofisico, malformazioni. Da un punto di vista cognitivo e comportamentale, si possono verificare difficoltà di memoria e di apprendimento, difficoltà di attenzione e della capacità di giudizio, difficoltà del linguaggio e disadattamento sociale.

Nel tempo (infanzia, adolescenza, età adulta) possono comparire conseguenze secondarie quali disoccupazione, perdita della famiglia, maggiore morbilità e mortalità, uso di sostanze psicoattive, problemi psichiatrici, problemi scolastici, problemi con la giustizia, alterazioni del comportamento sessuale.

j Oltre alla FAS, il FASD include un continuum di anomalie fisiche e deficit cognitivi e comportamentali legati all'esposizione prenatale all'alcol, variamente definiti: Partial FAS, Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder (ARND), Alcohol-Related Birth Defects (ARBD), Fetal Alcohol Effects (FAE), Static Encephalopathy. Queste diverse terminologie si riferiscono a situazioni cliniche in cui non tutte le caratteristiche della FAS sono presenti, oppure appaiono meno evidenti.

Caratteristiche delle persone con FASD

Le persone con FASD possono manifestare un ampio spettro di alterazioni cognitive e comportamentali a breve e a lungo termine.

Disabilità primarie^{12 13}

- difficoltà di memoria e di apprendimento;
- difficoltà di attenzione;
- difficoltà di elaborare concetti astratti;
- alterazione della capacità di giudizio;
- difficoltà ad elaborare le informazioni;
- difficoltà di comunicazione;
- problemi di comprensione ed elaborazione del linguaggio;
- compromissione delle funzioni esecutive;
- alterazioni dei sistemi sensoriali
- impulsività;
- disadattamento sociale.

Conseguenze secondarie

(infanzia, adolescenza, età adulta)^{14 15}

- disoccupazione;
- perdita della famiglia;
- maggiore morbilità e mortalità;
- uso di sostanze psicoattive;
- problemi psichiatrici;
- problemi scolastici;
- problemi con la giustizia;
- comportamento sessuale inappropriato.

La Sindrome Feto Alcolica (FAS)

La forma clinicamente più riconoscibile di FASD è la **Sindrome Feto Alcolica** (*Fetal Alcohol Syndrome*, FAS), che ne rappresenta l'espressione più severa e conclamata. La FAS è l'unica diagnosi specifica (Q86.0) legata all'esposizione prenatale all'alcol presente nell'*International Classification of Diseases* (ICD-10). Essa è stata descritta in letteratura medica nei figli di donne con anamnesi positiva per abuso di alcol alla fine degli anni '60 in Francia¹⁸ e all'inizio degli anni '70 negli Stati Uniti¹⁹.

La Sindrome Alcolica Fetale è caratterizzata dalla presenza di alterazioni fisiche e mentali, quali^{16 17}:

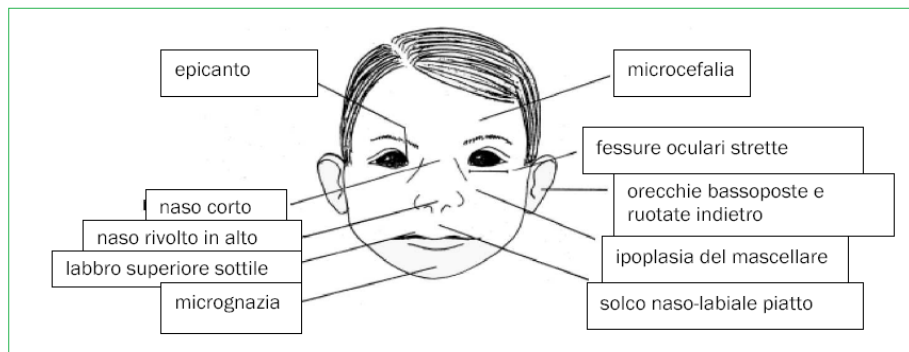
- ritardo nella crescita prenatale e/o postnatale;
- danni del SNC (alterazioni neurologiche, ritardo nello sviluppo mentale con deficit intellettivi e comportamentali);
- malformazioni craniofacciali caratteristiche (microcefalia, epicanto, fessure oculari strette, strabismo, naso corto e piatto, labbro superiore sottile, solco naso-labiale piatto, fronte alta e stretta, ipoplasia mascellare e mandibolare).

Inoltre, possono manifestarsi malformazioni congenite di tipo scheletrico, cardiaco, urogenitale, oculare, uditivo.

Non tutte le madri affette da dipendenza da alcol hanno figli con FASD. Sembra che con dosi alte e ripetute di alcol ci sia un 6-10% di probabilità che il feto sviluppi la FAS completa, mentre con dosi più basse ci sia il rischio che si manifestino effetti parziali²⁰.

È stato evidenziato che le donne che hanno avuto un figlio con FAS, e che continuano a bere nelle successive gravidanze, hanno una maggiore probabilità di dare alla luce altri figli con FAS²¹.

Figura 1. Caratteristiche facciali di una persona con FAS



La FAS è facilmente diagnosticabile se ne sono note le caratteristiche cliniche, in particolare quando si evidenzia l'abuso di alcol in gravidanza.

La diagnosi di FASD, invece, a causa della sua variabilità espressiva, non è semplice e rappresenta una sfida complessa, in continua evoluzione e ancora in corso.

I principali problemi di diagnosi sono legati alla difficoltà di raccogliere informazioni precise sul consumo di alcol, alla diagnosi differenziale con altre patologie, alla scarsa conoscenza del problema in ambito sanitario e alle barriere culturali, alla mancanza di criteri diagnostici precisi e uniformemente accettati, alla scarsità di esperti e cliniche specializzate^{22 23}.

Attualmente non c'è uniformità nei criteri diagnostici del FASD. Nel corso degli anni sono state proposte diverse linee guida. L'*University of Washington* ha predisposto il *4 Digit Diagnostic Code*, che si basa sulla rilevazione di quattro caratteristiche diagnostiche nel seguente ordine: difetto della crescita, fenotipo facciale del FASD, anomalie del SNC, esposizione prenatale all'alcol²⁴. Ogni caratteristica è valutata secondo una scala graduale che va dalla totale assenza della caratteristica stessa, alla sua completa o più evidente manifestazione. La presenza di tutte e quattro le caratteristiche nella loro massima espressività è indice di FAS, mentre le forme meno evidenti o parziali rappresentano l'intero spettro del FASD.

Poiché il FASD non è sempre associato ad alterazioni fenotipiche evidenti, spesso è possibile fare diagnosi solo quando il bambino entra in età scolare e compaiono le prime alterazioni di tipo cognitivo-comportamentale. In Italia, a differenza di altri paesi, a rendere più complessa la situazione, si aggiungono la scarsità delle conoscenze sulle problematiche legate al consumo di alcol in gravidanza, e la tendenza a sottovalutare le possibili conseguenze.

Alcuni dati sul problema

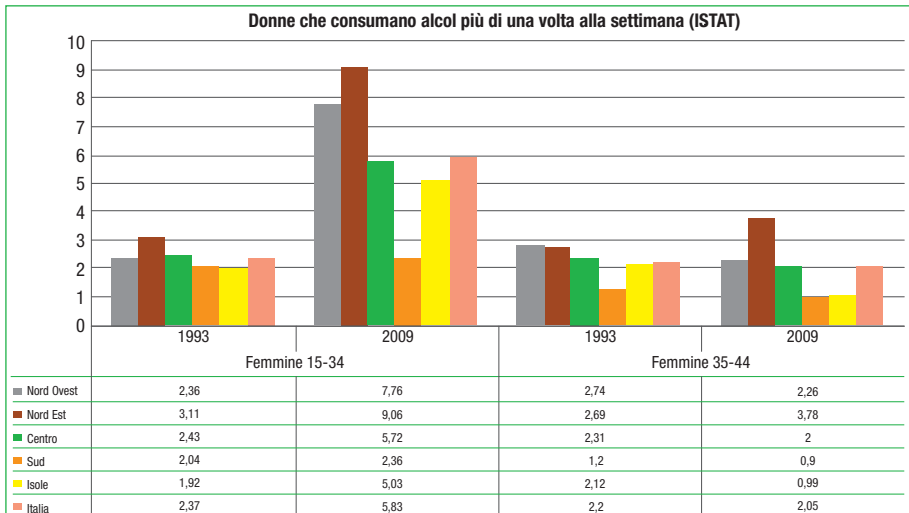
La prevalenza generale della FAS è stata stimata tra 0,5 e i 3 casi su 1000 nati vivi nella maggior parte delle popolazioni, con alcune comunità che hanno tassi più alti¹⁶. Negli Stati Uniti la prevalenza della FAS è valutata tra 0,5 e 2 su 1000²⁵. L'intero spettro del FASD, invece, intorno all'1% di tutti i nati vivi²⁶.

In Italia uno studio prospettico, effettuato nel 2003-2005 nei bambini di scuola primaria della Regione Lazio, ha stimato una prevalenza di FAS tra i 3,7 e i 7,4 casi su 1000 bambini e di FASD tra i 20,3 e i 40,5 su 1000 bambini²⁷. Nel 2011 lo stesso gruppo di lavoro ha pubblicato ulteriori dati che identificano prevalenze più elevate: tra il 4,0 e il 12,0 per 1000 di FAS, tra 18,1 e il 46,3 di FAS parziale, 23,1 e il 62,6 di FASD²⁸.

Gli studi effettuati nel Lazio hanno evidenziato una prevalenza di FAS e FASD molto più alta rispetto alle medie internazionali finora riportate nel mondo occidentale e hanno avuto delle importanti implicazioni legate alla prevenzione del FASD, in quanto hanno focalizzato l'interesse dei professionisti su un tema prima poco considerato e hanno determinato una diffusione di conoscenze specifiche^{29 30}.

Dal rilevamento "ISTAT" risulta che il consumo di alcol è più frequente nelle donne in età fertile che vivono nel Nord Est. Negli ultimi venti anni è triplicata la proporzione di donne giovani (15-34) del Nord Est che consumano alcol almeno una volta la settimana (grafico 1).

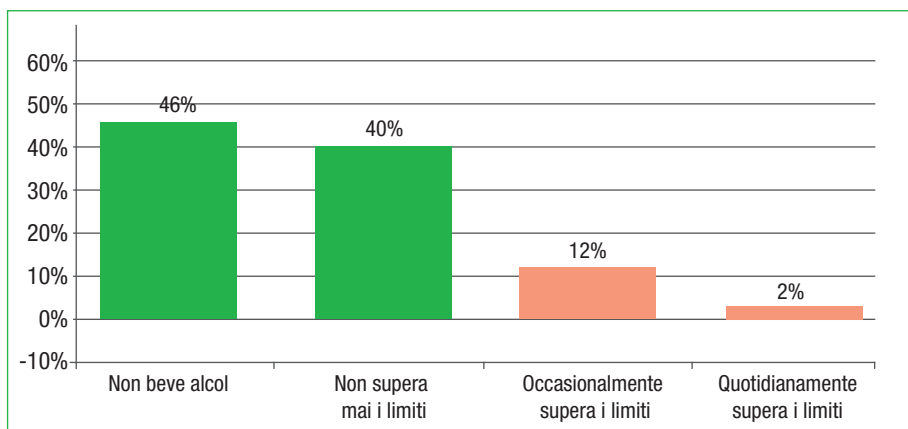
Grafico 1. Donne in età fertile che consumano alcol almeno una volta a settimana in Italia (% , fonte Istat)



Nel 2010 in Veneto l'**86%** delle donne intervistate dal sistema di sorveglianza PASSI tra i 18 e i 44 anni (1.338) non ha mai bevuto quantità di alcol superiori a quelle considerate rischiose per la salute (più di una unità alcolica al giorno).

Il 46% non beve, il 40% consuma alcol in modo misurato senza superare mai le quantità ritenute a basso rischio. Solo il 14% supera queste quantità e solo il 2% lo fa quotidianamente (grafico 2).

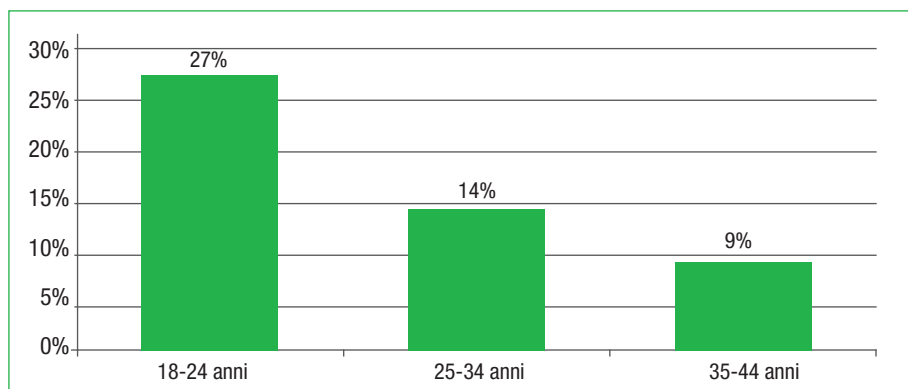
Grafico 2. Consumo di alcol delle donne in età fertile in Veneto nel 2010. (Studio PASSI)



La percentuale di donne che beve quantità di alcol rischiose per la salute è sensibilmente più alta tra le più giovani (27% tra i 18 e i 24 anni).

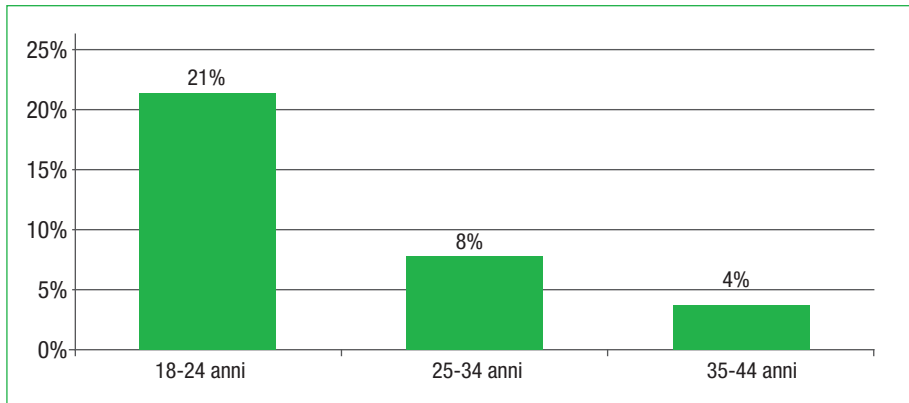
Il consumo di alcol è più frequente nelle donne in età fertile che vivono nel Nord Est. Negli ultimi venti anni è triplicata la proporzione di donne giovani (15-34) del Nord Est che consumano alcol almeno una volta la settimana (grafico 3).

Grafico 3. Consumo di alcol delle donne in età fertile per classe di età in Veneto nel 2010. (Studio PASSI)



Nel 2010 circa il 7% delle donne tra i 18 e i 44 anni almeno una volta nel mese precedente l'intervista ha fatto uso di alcol con la modalità *binge drinking* (almeno 4 unità alcoliche). Il *binge drinking* è molto più usato dalle donne giovani e costituisce la modalità nettamente più frequente di bere a rischio in questa fascia d'età (grafico 4).

Grafico 4. Frequenza di binge drinking delle donne in età fertile per classe di età in Veneto nel 2010. (Studio PASSI)



Il progetto "Kambio Marcia: in attesa, cambia"

Le informazioni sopra descritte hanno favorito lo sviluppo di ulteriori progetti sul campo, tra cui quello trevigiano "**Kambio Marcia: in attesa, cambia**", un progetto di ricerca e comunicazione dell' Azienda ULSS 9 di Treviso, avviato nel 2008 in collaborazione con l'Università degli Studi di Trieste.

Nel biennio 2009-2010 sono stati analizzati i fattori culturali e sociali associati ai consumi di alcol tra i giovani e le donne in gravidanza del territorio dell'ULSS N.9 di Treviso. Sono state raccolte, inoltre, le opinioni dei professionisti del percorso nascita ed età evolutiva, dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta.

I risultati più rilevanti sono riportati negli approfondimenti che seguono, in relazione a:

consumo d'alcol tra le giovani donne (18-20 anni)

- L'89% delle giovani donne consuma alcol.
- Il 49% fa talvolta un uso saltuario e smodato di alcol (*binge drinking*), bevendo più di sei unità alcoliche in breve tempo.
- Sono stati evidenziati dei fattori culturali associati ad un maggior consumo.
- Il consumo di qualsiasi tipo di bevanda alcolica in famiglia è associato ad un maggior uso tra le giovani.

consumo d'alcol prima della gravidanza

- Due terzi delle intervistate bevevano bevande alcoliche prima della gravidanza (65%).

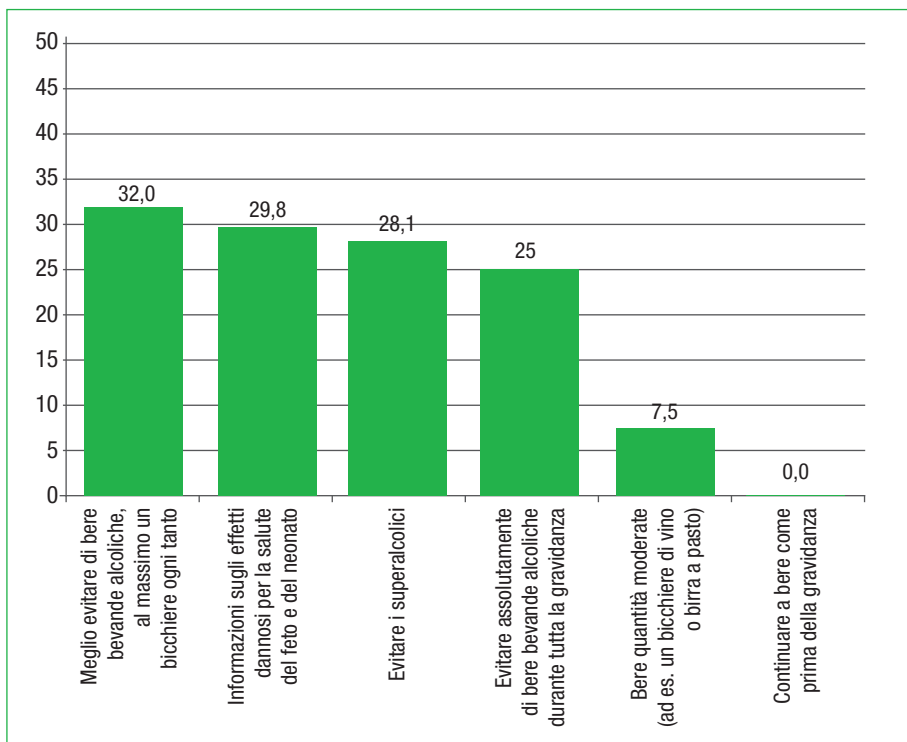
Una donna su dieci (11%) beveva almeno 2-3 volte a settimana.

- Un titolo di studio più alto si associa ad un consumo maggiore.
- Il consumo abituale di alcol prima della gravidanza e il ritenere l'alcol privo di effetti sono predittori della frequenza del bere e delle quantità consumate durante la gestazione.

consumo di alcol in gravidanza

- Una donna su tre delle intervistate consuma alcol in gravidanza (34%). Il 3% fa *binge drinking*.
- Circa una donna su due smette di bere alcol quando sa di essere incinta (47%).
- Il consumo di alcol in gravidanza è correlato alle abitudini di consumo preesistenti.
- Nessuna donna che non beveva prima della gravidanza inizia a bere con la gestazione.
- Le donne che hanno già figli tendono a modificare meno le abitudini di consumo.
- Le donne che bevono ritengono utile il consumo moderato di alcol in gravidanza e sottostimano gli effetti dell'alcol.
- Il 65% delle intervistate dichiara d'aver ricevuto informazioni su "alcol e gravidanza e/o allattamento" (Grafico 5). La principale fonte d'informazione è il ginecologo (37%), seguito da Internet/TV/giornali (28%), dai corsi di preparazione al parto (24%), e quindi dal medico di base (15%) e dall'ostetrica (15%).
- Le informazioni ricevute nel 45% dei casi sono contrastanti.

Grafico 5. Tipi di informazioni ricevute dalle donne su alcol, gravidanza e/o allattamento (%)



Le opinioni degli operatori sanitari

- Secondo un professionista su cinque, in gravidanza è possibile bere quotidianamente almeno una unità alcolica senza danni al feto.
- Due terzi degli operatori dei servizi del percorso nascita ed età evolutiva dell'Azienda ULSS di Treviso (65%) e la metà dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta (52%) dichiarano di conoscere la Sindrome Alcolica Fetale. Il 26% e il 19% riferiscono di aver visto dei casi. Chi conosce la FAS e/o ha visto casi di FAS è più attento al problema.
- Per i professionisti sanitari il consumo di bevande alcoliche in gravidanza e allattamento è un fenomeno poco diffuso nelle donne del territorio.
- Il 65% degli operatori dei servizi dell'azienda ULSS e il 59% dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta affermano di dare informazioni sull'alcol alle donne in gravidanza e/o allattamento. Le informazioni fornite sono eterogenee. Chi crede ci siano delle quantità non dannose è più probabile che dia informazioni orientate al consumo.

Cosa si può fare? Alcune linee guida

Il consumo di alcol durante la gravidanza è considerato in molti paesi un problema di salute pubblica ed è oggetto di numerose linee guida, di cui si riportano alcuni esempi:

- L'Organizzazione Mondiale della Sanità consiglia e incoraggia l'astinenza dall'alcol da parte delle gestanti^k. L'attenzione agli effetti dannosi dell'alcol sul feto è ribadita anche nel più recente European Status Report on Alcohol and Health 2010^l.
- Secondo la Commissione Europea, che nel 2006 ha adottato la Strategia Europea per la riduzione dei danni correlati all'alcol, una delle priorità è proteggere i giovani, i bambini ed il nascituro. Uno degli obiettivi è ridurre l'esposizione all'alcol durante la gravidanza^m.
- In Italia, secondo le Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN), le donne in gravidanza e in allattamento dovrebbero astenersi completamente dal consumo di alcolici, o comunque diminuirlo drasticamenteⁿ.

^k Centro Collaboratore OMS per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problemi alcol-correlati, ISS - Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS. "Alcol: le strategie di prevenzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità". Prima edizione Aprile 2006 - Il ristampa aprile 2009. http://www.epi-centro.iss.it/alcol/materiali/libretti/libretto_strategie_Oms.pdf (ultima consultazione: 5-06-2010).

^l World Health Organization (WHO). European Status Report on Alcohol and Health 2010. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf (ultima consultazione: 5-02-2011).

^m World Health Organization (WHO). The European Commission's Communication on alcohol, and the WHO framework for alcohol policy – Analysis to guide development of national alcohol action plans. 2010 http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/114323/E93937.pdf (ultima consultazione: 5-02-2010).

ⁿ Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN). LINEE GUIDA PER UNA SANA

- Secondo le più recenti “Linee Guida nazionali per la gravidanza fisiologica” i professionisti devono informare le donne in gravidanza o che hanno pianificato una gravidanza che la scelta più sicura è non assumere alcol⁹.
- Il Ministero della Salute, l’Istituto Superiore di Sanità, la Società Italiana di Alcolologia hanno prodotto una campagna di sensibilizzazione basata sul messaggio “ Una vita che nasce teme l’alcol. Proteggi il tuo bambino. In gravidanza non bere”.
- http://www.epicentro.iss.it/alcol/materiali/pieghevoli/pieghevole_gravidanza.pdf

Come fare prevenzione

Le conseguenze del FASD permangono tutta la vita, anche se possono migliorare con l’età e con trattamenti adeguati. Il FASD presenta implicazioni non solo sull’individuo, ma anche sulla famiglia e la società, per il carico che questa disabilità ha in termini di costi sociali ed economici³¹. Tuttavia, a differenza di altre patologie perinatali, il FASD è prevenibile se la donna in gravidanza, o che intende avere un figlio, si astiene completamente dal consumo di alcol³².

Le strategie di prevenzione del problema in ambito internazionale sono orientate ad approcci multisettoriali e integrati^{16 33 34}. Questi approcci devono coinvolgere sempre e comunque la donna, focalizzando sulla indispensabile prevenzione di genere (http://www.epicentro.iss.it/alcol/materiali/libretti/libretto_donna.pdf) e di età (http://www.epicentro.iss.it/alcol/materiali/opuscoli/opuscolo_ragazze_alcol.pdf) mirando al coinvolgimento mediato dell’intera comunità, con particolare attenzione alle donne forti bevtrici, ma anche alle donne in età fertile in generale, al partner e alle giovani generazioni.

Le strategie individuate si sviluppano in un continuum di azioni, quali:

- campagne di informazione ed educazione per la comunità;
- programmi educativi per i giovani, soprattutto attraverso la promozione della salute nelle scuole;
- adeguate informazioni alle donne in età fertile e in gravidanza;
- trattamento e supporto pre e post natale alle gestanti con problemi di dipendenza da alcol;
- riduzione delle gravidanze non programmate;
- sviluppo di politiche sanitarie;
- formazione dei professionisti sociosanitari e di altri attori.

I professionisti sanitari hanno un ruolo strategico nella prevenzione del FASD. Tutti gli operatori sociosanitari del percorso nascita ed età evolutiva (medici di medicina generale, ginecologi, pediatri ospedalieri e di famiglia, neuropsichiatri, psicologi, ostetriche, assistenti

ALIMENTAZIONE ITALIANA. (revisione 2003). http://www.inran.it/files/download/linee_guida/linee-guida_07.pdf (ultima consultazione: 13-12-2010).

o Istituto Superiore di Sanità. Sistema nazionale per le linee guida (SNLG). Linea guida Gravidanza fisiologica - 2010. http://www.snlgi-iss.it/cms/files/LGgravidanza_definitivo_31_01-11.pdf (ultima consultazione: 15-02-2011).

sanitari, infermieri ecc.) devono fornire informazioni sui possibili danni dell'uso di alcol in gravidanza, intercettare le situazioni a rischio e indirizzarle ai servizi specialistici.

È importante che gli operatori forniscano informazioni corrette, ponendo l'attenzione sulla tutela dello sviluppo sano del feto e del neonato ma anche sulla salute della donna ed i rischi e il danno alcolcorrelato primo tra tutti il cancro del seno.

Gli operatori sociosanitari devono essere opportunamente formati con adeguate conoscenze e competenze sul tema¹.

Per gli operatori inoltre è importante sapere, anche per cogliere le opportune occasioni di rinforzo, che il consumo di alcol dei familiari è associato a una maggiore frequenza di scottature domestiche nei bambini con meno di 5 anni d'età².

Un esempio, coerente con il modello di GenitoriPiù e le strategie di Guadagnare Salute come intervento integrato e multisettoriale è quello dell'Azienda ULSS9 di Treviso della Regione Veneto che si è resa promotrice di un piano d'intervento, dove ricerca, comunicazione e formazione sono frutto di una collaborazione e un confronto in progress con le istituzioni del territorio, l'Università, il privato sociale e commerciale. La strategia di promozione della salute pubblica dell'ULSS 9 sul FASD si fonda sulla convinzione che le informazioni fornite sul tema dagli operatori socio sanitari alle persone coinvolte, risultano più efficaci se contemporaneamente tutta la comunità viene adeguatamente sensibilizzata sulle possibili conseguenze dell'uso di alcol durante la gravidanza e l'allattamento. Dal 2010 è stata adottata una strategia di intervento che prevede l'uso del marketing sociale ed è stata avviata la campagna di comunicazione **“Mamma Beve Bimbo Beve”** (valutata nel 2011) costruita sulla base degli esiti della ricerca sulla popolazione nell'arco del biennio 2008-2010³.

L'attenzione innescata sul tema ha comportato lo sviluppo di processi di empowerment nella comunità e nel mondo sanitario. Il forte coinvolgimento degli *stakeholders* del territorio locale e nazionale; l'accresciuto consenso professionale, alimentato dall'obiettivo di favorire un'offerta formativa e progettuale sul tema, hanno dato avvio ad un processo virtuoso e promettente, anche se non dobbiamo dimenticare che in Italia, per quanto riguarda la prevenzione del FASD, siamo ancora in una fase iniziale.

p Orton E, West J, Kendrick D, Tata L. Independent risk factors for burns in children under 5 using a National primary care dataset. *Atti di EUROPEI 2010. Epidemiology and Public Health in an Evolving Europe e del XXXIV Congresso nazionale dell'Associazione italiana di epidemiologia. Epidemiol Prev 2010; 34 (5-6) suppl 1.*

q Bazzo S. (2011). *Il disturbo dello spettro fetale alcolico (FASD): un progetto di prevenzione rivolto agli operatori sanitari, ai giovani, alle gestanti. Tesi di Dottorato di Ricerca - Università degli Studi di Trieste.* <http://hdl.handle.net/10077/4491>. Ultima consultazione: 20-06-2011.

r WHO, *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century, 1997* <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/index.html> (ultima consultazione: 23.02.2012).

A cura di

Riscica Patrizia, Medico Dirigente. Direttore f.f. UOC SER.D 3 – Alcologia Mogliano V.to, Az.ULSS 9 Treviso.

Moino Giuliana, Educatore Professionale, Formatore. UOC SER.D 3 – Alcologia Mogliano V.to, Az.ULSS 9 Treviso.

Piovesan Gianna, Pediatra. SISP – Dipartimento Prevenzione, Az.ULSS 9 Treviso. Referente progetto “Genitori Più” per l’Az.ULSS 9 Treviso

Di Rienzo Vanda, Psicologa Psicoterapeuta. Collaboratore SISP – Dipartimento Prevenzione, Az.ULSS 9 Treviso.

Battistella Giuseppe, Medico Dirigente. Servizio di statistica ed epidemiologia. Az.ULSS 9 Treviso.

Bazzo Stefania, PhD. Dottore di Ricerca in Medicina Materno Infantile, Pediatria dello Sviluppo e dell’Educazione, Perinatologia. Università degli Studi di Trieste.

Hanno collaborato:

Padovan Mara, Ostetrica, Psicologa Psicoterapeuta, UOC Ginecologia-Ostetricia – Az.ULSS 9 Treviso.

Ramigni Mauro, Medico Dirigente. SISP – Dipartimento Prevenzione, Az.ULSS 9. Treviso; referente progetto “PASSI” - Az.ULSS 9 Treviso

Gallo Giovanni, Medico Dirigente. Direttore Dipartimento Prevenzione - Az.ULSS 9 Treviso.

Revisore: Emanuele Scafato

Direttore Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS, Reparto Salute della Popolazione e suoi Determinanti, Centro OMS per la Ricerca e la Promozione della Salute sull’Alcol, Istituto Superiore di Sanità.

Bibliografia

1. BMA Board of Science. *Fetal alcohol spectrum disorders: A guide for healthcare professionals*. 2007.
2. [http://www.bma.org.uk/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDFFetalalcohol/\\$FILE/FetalAlcoholSpectrum-Disorders.pdf](http://www.bma.org.uk/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDFFetalalcohol/$FILE/FetalAlcoholSpectrum-Disorders.pdf) (ultima consultazione: 8-08-2011).
3. Spagnolo A. *Teratogenesis of alcohol*. *Ann Ist Super sanità* 1993; 29:89-96.
4. Maier SE, West JR. *Drinking patterns and alcohol-related birth defects*. *Alcohol Res Health*. 2001;25:168-74.
5. *The Swedish National Institute of Public Health. Low dose alcohol exposure during pregnancy – does it harm? A systematic literature review*. 2009. <http://www.fhi.se/PageFiles/7261/R2009-14-low-dose-alcohol-exposure-pregnancy.pdf> (ultima consultazione: 15-11-2011).
6. O'Leary C. *Fetal Alcohol Syndrome: A Literature Review*. Publications Production Unit, Commonwealth Department of Health and Ageing Australia, 2002. [http://www.alcohol.gov.au/internet/alcohol/publishing.nsf/Content/746BAD892492B586CA2572610010C29A/\\$File/fetalcsyn.pdf](http://www.alcohol.gov.au/internet/alcohol/publishing.nsf/Content/746BAD892492B586CA2572610010C29A/$File/fetalcsyn.pdf) (ultima consultazione: 10-05-2011).
7. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Issues in fetal alcohol syndrome prevention. 10th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health*. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/10report/chap05c.pdf> (ultima consultazione: 5-03-2012).
8. Mennella J. *Alcohol's effect on lactation*. *Alcohol Res Health*. 2001;25:230-4.
9. Heil SH, Subramanian MG. *Alcohol and the hormonal control of lactation*. *Alcohol Health Res World*. 1998;22:178-84.
10. Hoyme HE, May PA, Kalberg WO, et al. *A practical clinical approach to diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders: clarification of the 1996 institute of medicine criteria*. *Pediatrics* 2005;115:39-47.
11. Chudley A, Conry J, Cook J, Loock C, Rosales T, LeBlanc N. *Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis*. *CMAJ*. 2005.1;172(5 Suppl):S1-S21.
12. Jacobson JL, Jacobson SW. *Effects of prenatal alcohol exposure on child development*. *Alcohol Res Health*. 2002;26:282-6.
13. Malbin DV. *Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) and the Role of Family Court Judges in Improving Outcomes for Children and Families*. *Juvenile and Family Court Journal*. 2004 Spring: 55-56.
14. Streissguth AP, Aase JM, Clarren SK, Randels SP, LaDue RA, Smith DF. *Fetal Alcohol Syndrome in Adolescents and Adults*. *JAMA*. 1991;265:1961-7.
15. Kelly SJ, Day N, Streissguth AP. *Effects of prenatal alcohol exposure on social behavior in humans and other species*. *Neurotoxicol Teratol*. 2000;22:143-9.
16. Stratton K, Howe C, Battaglia F, eds. *Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis, Epidemiology, Prevention, and Treatment*. National Academy Press. Washington, DC, 1996.
17. Bertrand J, Floyd RL, Weber MK, O'Connor ML, Riley EP, Johnson KA, Cohen DE. *National Task Force on Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effect. Fetal Alcohol Syndrome: guidelines for referral and diagnosis*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2004. http://www.cdc.gov/ncbddd/fas/documents/fas_guidelines_accessible.pdf (ultima consultazione: 21-08-2010).
18. Lemoine P, Harousseau H, Borteyru JB, Menuet JC. *Les enfants de parents alcooliques: Anomalies observees, a propos de 127 cas*. *Quest Medical*. 1968;21:476-82.
19. Jones KL, Smith DW. *Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy*. *Lancet*. 1973;2:999-1001.
20. Ornoy A, Ergaz Z. *Alcohol abuse in pregnant women: effects on the fetus and newborn, mode of action and maternal treatment*. *Int J Environ Res Public Health* 2010;7:364-79.
21. Abel EL. *Fetal alcohol syndrome in families*. *Neurotoxicol Teratol*. 1988;10:1-2.
22. Benz J, Rasmussen C, Andrew G. *Diagnosing fetal alcohol spectrum disorder: history, challenges and future directions*. *Paediatr Child Health*. 2009;14:231-7.

23. Chudley AE, Kilgour AR, Cranston M, Edwards M. Challenges of Diagnosis in Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Spectrum Disorder in the adult. *Am J Med Gen.* 2007;145C:261-72.
24. Astley SJ, Clarren SK. Diagnosing the full spectrum of fetal alcohol exposed individuals: introducing the 4-Digit Diagnostic Code. *Alcohol Alcohol.* 2000;35:400-10.
25. May PA, Gossage JP. Estimating the prevalence of Fetal Alcohol Syndrome. A summary. *Alcohol Res Health.* 2001;25:159-67.
26. Sampson PD, Streissguth AP, Bookstein FL, Little RE, Clarren SK, Dehaene P, Hanson JQ, Graham JM. Incidence of Fetal Alcohol Syndrome and Prevalence of Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorder. *Teratology.* 1997;56:317-26.
27. May PA, Fiorentino D, Gossage JP, Kalberg WO, Hoyme HE, Robinson LK, Coriale G, Jones KL, Campo M, Tarani L, Romeo M, Kodituwakki PW, Deiana L, Buckley D, Ceccanti M. Epidemiology of FASD in a Province in Italy: Prevalence and Characteristics of Children in a Random Sample of Schools. *Alcohol Clin Exp Res.* 2006;30:1562-75.
28. May PA, Fiorentino D, Coriale G. et al.. Prevalence of children with severe Fetal Alcohol Spectrum Disorders in communities near Rome, Italy: new estimated rates are higher than previous estimates. *Int J Environ Res Public Health.* 2011;8:2331-51.
29. Fiorentino D, Coriale G, Spagnolo PA, Prastaro A, Attilia ML, Mancinelli R, Ceccanti M. Fetal Alcohol Syndrome Disorders: experience on the field. The Lazio study preliminary report. *Ann Ist Super Sanità.* 2006;42:53-7.
30. Ceccanti M, Spagnolo PA, Tarani L, Attilia ML, Chessa L, Mancinelli R, Stegango M, Sasso GF, Romeo M, Jones KL, Robinson LK, Del Campo M, Gossage JP, May AP, Hoyme HE. Clinical delineation of fetal alcohol spectrum disorders (FASD) in Italian children: comparison and contrast with other racial/ethnic groups and implications for diagnosis and prevention. *Neurosci Biobehav Rev.* 2007;31:270-7.
31. Streissguth AP. *Fetal Alcohol Syndrome: A Guide for Families and Communities.* Paul H. Brookes. Baltimore. 1997.
32. Floyd RL, Weber MK, Denny C, O'Connor MJ. Prevention of Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Developmental Disabilities Research Reviews.* 2009;15:193-9.
33. Pool NA. Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) prevention: Canadian Perspectives. *Public Agency of Canada.* 2008. <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/prog-ini/fasd-etcaf/publications/cp-pc/pdf/cp-pc-eng.pdf> (ultima consultazione: 25-03-2011).
34. Department of Health, Western Australia. *Fetal Alcohol Spectrum Disorder Model of Care.* Perth: Health Networks Branch, Department of Health, Western Australia. 2010. http://www.healthnetworks.health.wa.gov.au/modelsofcare/docs/FASD_Model_of_Care.pdf (ultima consultazione: 25-03-2011).

Ulteriori informazioni sono contenute in:

- Centro Alcolologico Regionale Toscano (a cura di). *Alcol e gravidanza: il ruolo chiave degli operatori sanitari.* AOUC Firenze 2001.
- **Mancinelli R, Laviola G (a cura di). *Disturbi da esposizione ad alcol in gravidanza: il problema che non c'era.* Istituto Superiore di Sanità. Rapporti ISTISAN 08/37. 2008. <http://www.iss.it/binary/publ/cont/08-37%20web.1229960223.pdf> (ultima consultazione: 12-08-2011).**
- Scafato E et al. (a cura di). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute.* Istituto Superiore di Sanità (Centro Servizi Documentazione Alcol). Rapporti ISTISAN 11/4. 2012. http://www.iss.it/binary/pres/cont/rapporto_istisan_epidemiologia_e_monitoraggio_2012.pdf (ultima consultazione 18-04-2012)

- AA. VV. *Il libro italiano di alcologia*. Collana "Professione Medico", Vol. I e II. Ed. SEE- Firenze, 2000.
- ISS – EPICENTRO, *Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica*. http://www.epicentro.iss.it/problemi/alcol_fetale/alcol_fetale.asp (ultima consultazione 15-03-2012)
- SIFASD - Società Italiana sulla Sindrome Feto Alcolica. <http://www.sifasd.it> (ultima consultazione 15-03-2012)
- European FASD Alliance. <http://www.eufasd.org> (ultima consultazione 15-03-2012)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). USA. <http://www.cdc.gov/ncbddd/fasd> (ultima consultazione 15-03-2012)
- Mamma Beve Bimbo Beve – sito dell'Az.ULSS 9 di Treviso: <http://www.mammabevebimboveve.it> (ultima consultazione 15-03-2012)