

ALCOL & GRAVIDANZA

*Il ruolo chiave
degli Operatori Sanitari*

INDICE GENERALE

Introduzione

1.1 Risultati attesi da “Alcol e gravidanza. Il ruolo chiave degli operatori sanitari”.

Consumo di alcol a rischio in Italia

2.1 Consumo di alcol nelle donne in gravidanza

Conseguenze del consumo di alcol in gravidanza

3.1 In che modo l'alcol danneggia il feto e il bambino?

3.2 Evidenze del rischio: quantità, frequenza del consumo e periodo dell'esposizione

3.3 Possibili meccanismi che causano il danno

Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD)

4.1 Difficoltà di Inquadramento

Sindrome Feto Alcolica (FAS)

5.1 Alcuni dati sulla FAS in Italia e nel mondo

Il ruolo degli operatori sanitari

6.1 Perché gli operatori sanitari possono avere un ruolo chiave

6.2 Prima della gravidanza

6.3 Durante la gravidanza

6.4 Dopo la gravidanza

Linee guida per la gestione dell'uso di alcol in gravidanza

7.1 Cosa ostacola il monitoraggio del consumo di alcol in gravidanza?

7.2 Un approccio non giudicante

7.3 Sottostima del problema

7.4 Perché le donne bevono alcolici in gravidanza

7.5 Uso di alcol da parte del padre

Donne che richiedono un approccio specifico

Come indagare l'uso di alcol prima e dopo la gravidanza

8.1 A chi domandare?

8.2 Quando domandare?

8.3 Come domandare?

8.4 Strumenti di screening: l'AUDIT

8.5 Quantità, frequenza, tipologia di bevande alcoliche e contesto

8.6 Registrare il consumo di alcol

Come fornire informazioni sull'uso di alcol prima e durante la gravidanza

9.1 Informare riguardo le conseguenze

9.2 Donne che hanno bevuto prima di essere a conoscenza della gravidanza

9.3 Non è pronta per parlare della gravidanza?

10. Come assistere la donna nella gestione dell'uso di alcol in gravidanza

Minimizzazione del danno

10.2 Intervento breve

10.3 La metodologia FRAMES

10.4 Colloquio motivazionale

10.5 Ulteriori supporti

11. Dopo la gravidanza

Alcol e allattamento al seno

11.2 Sospetto di FASD

12. Conclusioni

Introduzione

Questo manuale è stato pensato come strumento di supporto per gli operatori sanitari affinché, nella loro attività quotidiana, possano affrontare il tema *alcol* in gravidanza.

I dati provenienti da un recente studio italiano condotto dal Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio (Ceccanti, Spagnolo, Balducci, 2007) e le indicazioni fornite dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità hanno mostrato come il

problema dell'alcol in gravidanza sia sottostimato da parte degli operatori stessi. Non rientra, infatti, nella prassi clinica italiana fare domande riguardo il consumo di alcol e gran parte degli operatori non si sentono adeguatamente preparati ad informare le donne sulle conseguenze dell'uso di alcol in gravidanza.

Al contrario, risulta di fondamentale importanza in questo ambito il ruolo degli operatori sanitari nel:

fare domande alla donna riguardanti l'uso di alcol prima e durante la gravidanza;

valutare il rischio dell'uso di alcol;

informare sulle conseguenze;

assistere le donne nel cessare o ridurre il proprio consumo di alcol, evitando l'intossicazione;

organizzare un ulteriore supporto, se necessario.

Per facilitare l'acquisizione di questo ruolo, il presente manuale intende fornire agli operatori informazioni riguardanti:

il consumo di alcol della donna prima e durante la gravidanza;

le conseguenze collegate al consumo di alcol in gravidanza;

le strategie da utilizzare per chiedere (ASK), valutare (ASSESS), avvertire/suggerire (ADVISE), assistere (ASSIST) e organizzare (ARRANGE) un intervento per le donne relativamente all'uso di alcol in gravidanza;

le risorse e i servizi presenti nel territorio che possono essere di supporto.

1.1 Risultati attesi da “Alcol e gravidanza. Il ruolo chiave degli operatori sanitari”.

Con questo manuale gli operatori sanitari possono:

conoscere le conseguenze del consumo di alcol durante la gravidanza;

comprendere le motivazioni che possono spingere la donna a non interrompere il consumo di bevande alcoliche sia nel momento in cui sta pensando di avere un figlio, sia quando scopre di essere incinta;

riconoscere l'importanza di fare domande sul consumo di alcol nella routine clinica e informare le donne sulle conseguenze del consumo di alcol in gravidanza;

conoscere l'efficacia di usare strumenti di screening per valutare il consumo di alcol delle donne;

riconoscere l'importanza di registrare informazioni sul consumo di alcol della donna prima e durante la gravidanza;

effettuare un *intervento breve* alle donne che sono state identificate come bevitrici sia che si trovino in stato di gravidanza o che la stiano programmando;

inviare ai servizi alcolologici le donne che possono avere bisogno di un intervento specialistico;

essere a conoscenza delle risorse del territorio e dei servizi che possono intervenire sulle donne che stanno usando alcol in gravidanza.

2. Consumo di alcol a rischio in Italia

La modalità di consumo che sembra prevalere in Italia è ancora quella “mediterranea” che riguarda circa l’80% della popolazione. Tuttavia esiste una consistente parte di popolazione che consuma bevande alcoliche in modo rischioso; in particolare, negli ultimi anni è cresciuto il numero delle donne bevitrici, parallelamente all’abbassarsi dell’età.

In generale sono da considerare **consumatori a rischio** tutte le donne che bevono più di 20 gr di alcol al giorno e tutti gli uomini che superano invece i 40 gr di alcol quotidiani (rispettivamente 1-2 bicchieri e 2-3 bicchieri di una qualsiasi bevanda alcolica).

In base alla metodologia adottata dall’Osservatorio Nazionale Alcol sui dati forniti dalle indagini Multiscopo ISTAT, risulta che il 17,4% della popolazione italiana sia maschile che femminile adotta consumi di alcol a rischio e non si attiene alle linee guida per una sana alimentazione. Complessivamente si stima che **9 milioni di italiani e italiane richiederebbero un intervento rispetto al proprio consumo di alcol** e potrebbero essere oggetto di Counselling e Brief Intervention. Dai punteggi rilevati dall’AUDIT C, infatti, sono risultati positivi il 18.6% della popolazione (9.670.202), il 19.2% (4.811.017) degli uomini e il 18% (4.859.185) delle donne.

Inoltre una modalità di consumo considerata a rischio e presente nella popolazione italiana, soprattutto giovanile, è il *binge drinking*, ovvero il bere per ubriacarsi, caratterizzato dall’assunzione di 6 o più bevande alcoliche in un’unica occasione. Dallo stesso studio risulta che il 9% delle ragazze di 17 anni presenta questo fenomeno (Scafato et al., 2008).

2.1 Consumo di alcol nelle donne in gravidanza

Gli unici dati sul consumo di alcol in gravidanza riferiti all’Italia e presenti in letteratura risultano essere quelli emersi in uno studio multicentrico del 2003, condotto dal Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio su 122 partorienti. Dalle interviste è emerso che il 62.1% delle donne ha confermato di bere alcolici prima della gravidanza e circa il 52.6% di aver continuato a farlo anche durante la gravidanza. Mentre il 68.4% ha dichiarato di aver diminuito o smesso di fumare, solo il 21.5% ha affermato di aver cambiato le proprie abitudini alcoliche nel corso della gravidanza e addirittura il 2% ha iniziato a consumare alcol, probabilmente per disinformazione o per il persistere di stereotipi continuamente riproposti sull’utilità del bere moderato e di luoghi comuni come quello che la birra favorisce la montata latte (Fiorentino et al., 2006). L’11.7% delle donne intervistate ha ammesso di aver consumato più di 7 bicchieri a settimana durante la gravidanza, quantità considerata ad alto rischio di provocare danni sul bambino (Kodituwakku et al., 2003).

Da questa prima indagine conoscitiva emerge l’importanza di intervenire per fornire informazioni corrette alla popolazione generale e, nello specifico, alle donne in gravidanza, ma anche agli operatori sanitari, affinché possano promuovere l’assunzione di consumi e stili di vita sani.

3. Conseguenze del consumo di alcol in gravidanza

3.1 In che modo l’alcol danneggia il feto e il bambino?

L'alcol è una sostanza teratogena **che può danneggiare lo sviluppo del feto**: il feto, infatti, ha una capacità limitata di metabolizzare l'alcol che, insieme all'acetaldeide, è in grado di attraversare la placenta e di raggiungere nel feto le stesse concentrazioni presenti nella madre. L'alcol, inoltre, può danneggiare anche la circolazione del sangue tra la madre e il feto che avviene attraverso la placenta, conducendo alla pericolosa condizione di ipossia.

L'aborto e la morte del feto sono tra le conseguenze principali dell'esposizione all'alcol in gravidanza; altri esiti negativi che possono presentarsi sono: danni cerebrali, difetti alla nascita, ritardo nella crescita e nello sviluppo, deficit cognitivi, sociali, emotivi e comportamentali, che diventano più evidenti con il crescere del bambino.

Tra i deficit cognitivi e comportamentali si sono osservati basso QI, deficit d'attenzione, impulsività, aggressione e problemi nell'interazione sociale.

I danni derivanti dall'esposizione all'alcol durante la gravidanza verranno descritti nel testo in maniera dettagliata.

3.2 Evidenze del rischio: quantità, frequenza del consumo e periodo dell'esposizione

La mancanza di un'adeguata consapevolezza da parte dell'opinione pubblica e, spesso, anche della classe medica rispetto alle conseguenze dell'uso di alcol in gravidanza, ha determinato nel tempo una sottostima delle patologie fetali alcolcorrelate, generalmente associate al vero e proprio abuso di alcol.

Attualmente il fenomeno, indagato anche attraverso metodi diagnostici più avanzati rispetto al passato, risulta essere di crescente attenzione ed entità.

Non solo l'abuso, ma anche un moderato consumo di bevande alcoliche può comportare dei rischi per alcuni soggetti particolarmente sensibili.

Ad oggi non è ancora stata determinata una quantità di alcol che possa considerarsi una soglia sicura per il feto.

Tutti i tipi di bevande alcoliche possono essere dannosi durante la gravidanza e il rischio per il feto è proporzionale alla quantità di alcol consumata. E' più probabile, dunque, che si verifichino danni al feto assumendo elevate quantità di alcol, soprattutto se queste vengono consumate in una singola occasione ("*binge drinking*").

Più controverse, invece, appaiono le conseguenze di un consumo di quantità di alcol basse o moderate. Alcuni studi hanno rilevato possibili relazioni tra basse quantità di alcol e basso peso alla nascita, aborto, morte del feto, difetti alla nascita, problemi di sviluppo e deficit neurocomportamentali. Tuttavia, la ricerca sulle relazioni tra il consumo di alcol in gravidanza e gli effetti sul feto è complicata da fattori multipli presenti nel periodo prenatale, postnatale e nell'infanzia e dalla difficoltà di ottenere informazioni accurate sui livelli di esposizione all'alcol in questi periodi. Inoltre, va sottolineato che la fisiologia femminile, differente da quella maschile per struttura fisica, corredo enzimatico e ormonale, è più vulnerabile agli effetti tossici della molecola dell'etanolo. In altre parole, le donne vanno incontro a intossicazioni più gravi rispetto agli uomini anche bevendo quantità minori di bevande alcoliche.

Non tutti i bambini esposti all'alcol durante la gravidanza ne subiranno conseguenze, né queste saranno le stesse per ogni bambino. Possono, infatti, verificarsi un'ampia variabilità

di effetti avversi che, così come il livello di danno, sono legati non solo alla quantità di alcol consumato, ma anche alla frequenza del consumo e al periodo dell'esposizione.

Tuttavia, si può affermare che non esiste un momento sicuro per bere alcolici durante la gravidanza.

Pertanto le donne dovrebbero essere informate che:

Non consumare alcolici in gravidanza è la scelta più sicura.

Fig. Unità alcolica

3.3 Possibili meccanismi che causano il danno

Sono diversi i meccanismi attraverso i quali l'alcol può esercitare i suoi effetti dannosi sul feto.

L'alcol può incrementare la formazione di radicali liberi dell'ossigeno inducendo l'apoptosi, il processo di morte cellulare programmata. Inoltre l'alcol può anche alterare i fattori di crescita, inibendo o stimolando la proliferazione cellulare nel corpo, e ridurre l'acido retinoico che ha un ruolo determinante nel normale sviluppo dell'embrione.

Un ruolo importante nella tipologia e nell'entità delle malformazioni associate è attribuibile al momento in cui si verifica l'esposizione all'alcol durante la gravidanza. Le anomalie craniofacciali sembrano essere in relazione con l'esposizione durante il primo trimestre, mentre i deficit di crescita sembrano essere correlati all'esposizione durante la seconda parte della gravidanza. Il cervello risulta vulnerabile all'alcol soprattutto nel primo trimestre, sebbene possa essere danneggiato in qualsiasi momento della gestazione, anche fin dai primi giorni dopo il concepimento, quando ancora la donna potrebbe non sapere di essere incinta.

È inoltre scientificamente accertato che il pericolo di danni al feto aumenta con l'aumentare della dose di alcol bevuto, anche se non esistono dati certi sull'entità del rischio in donne che bevono poco o in modo saltuario.

4. Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD)

FASD è un termine generico utilizzato per indicare l'insieme degli effetti che possono manifestarsi in un individuo la cui madre abbia consumato alcol durante la gravidanza. Questi effetti possono comprendere anomalie fisiche, alterazioni mentali, comportamentali e/o deficit di apprendimento, generalmente a carattere permanente.

Il termine FASD non è da intendersi come categoria diagnostica clinica. La diagnosi di condizioni che vanno sotto il termine generale di FASD è complessa; di seguito una lista di caratteristiche spesso manifestate da bambini con diagnosi di FASD:

Danni cerebrali
Ritardo nello sviluppo
Basso peso
Difficoltà di udito
Problemi alla vista
Difficoltà a ricordare
Difficoltà nel linguaggio
Povertà di giudizio
Difetti alla nascita
Problemi sociali e comportamentali
Basso QI
Problemi del sonno
Iperattività
Un breve span di attenzione
Problemi con il pensiero astratto
Difficoltà nel creare e mantenere relazioni

All'interno dello spettro FASD rientrano altre condizioni diagnostiche:

FAS - Sindrome Feto Alcolica (*Vedi di seguito*)

PFAS - Sindrome Feto Alcolica Parziale: quadro che presenta alcune caratteristiche della FAS ma non tutte.

ARBD - Alcohol Related Birth Defects: malformazioni congenite associate all'alcol a carico di molti organi ed apparati come il cuore, i reni, la vista e l'udito.

ARND - Alcohol Related Neurodevelopmental Disorders: disturbi dello sviluppo neurocomportamentale associati all'alcol. I deficit colpiscono il SNC generando spesso anche disturbi di apprendimento.

FAE – Fetal Alcohol Effects: termine abbandonato dal 1996 e sostituito dai precedenti perché utilizzato erroneamente per descrivere bambini con disturbi comportamentali provenienti da famiglie con problemi alcolcorrelati.

Con l'aumento di precisione nella diagnosi, l'Institute of Medicine ha raccomandato di distinguere oltre la FAS, anche le altre condizioni citate, la FAS Parziale, l'ARBD e l'ARND, riconoscendoli come esiti clinici in cui il bambino presenta solo alcuni sintomi clinici della FAS.

4.1 Difficoltà di Inquadramento

A differenza di altre alterazioni neonatali, da quando è stata documentata per la prima volta (fine anni '60), la FASD non è stata oggetto di particolari studi epidemiologici. Solo negli ultimi anni si è iniziato a indagare gli effetti nocivi del consumo di alcol in gravidanza, compiendo dei progressi nella conoscenza della patogenesi, dell'eziologia e dell'epidemiologia della FASD.

Restano, tuttavia, molte difficoltà nell'inquadramento diagnostico di questi disturbi e una reale stima della loro diffusione nel mondo ancora non è stata effettuata, per diverse ragioni (Ceccanti, Spagnolo, Balducci, 2007):

Assenza e scarsa conoscenza delle problematiche alcol correlate.

Difficoltà nell'identificazione dei soggetti affetti, a seguito dell'assenza di adeguate conoscenze degli effetti teratogeni dell'alcol.

Persistenza, anche in campo medico, di stereotipi e luoghi comuni riguardanti il consumo di alcol in gravidanza.

Presenza solo recente di criteri diagnostici universalmente riconosciuti.

Difficoltà nella diagnosi. In generale la diagnosi di FASD viene fatta in base alla presenza del tipico pattern di anomalie facciali, ma non tutti i soggetti mostrano tali alterazioni, per cui è necessario conoscere adeguatamente e saper valutare anche tutti gli altri deficit che la caratterizzano.

5. Sindrome Feto Alcolica (FAS)

Esposizione all'alcol in gravidanza confermata

Bere eccessivo caratterizzato da un consumo regolare di non trascurabili quantità di alcol o da episodi di elevato consumo.

Alterazioni somatiche del viso

microcefalia,	fessure palpebrali strette,
fronte lunga e stretta,	filtro piatto allungato e
ipertelorismo,	labbro superiore fine e vermiglio,
ipoplasia mascellare e mandibolare,	pieghe epicantiche.

Ritardo di crescita

Basso peso alla nascita

Insufficiente crescita postnatale non compatibile alla nutrizione

Peso non proporzionale all'altezza

Anomalie a carico del SNC: Strutturali – Neurologiche - Funzionali

anomalie cerebrali (riduzione nella dimensione della volta cerebrale e cerebellare, dei gangli basali e del diencefalo, anomalie del corpo calloso)

deficienze nello sviluppo psico-motorio

malformazioni cardiache (principalmente difetti del setto ventricolare, ipoplasia dell'arteria polmonare e interruzione dell'arco aortico) e

danni al sistema nervoso centrale

ritardo mentale per il quale la FAS costituisce una delle poche cause certe: le persone affette da FAS possono manifestare, in epoca variabile nel corso della vita, problemi nell'apprendimento, nella memoria, nella capacità di attenzione

deficit visivi ed olfattivi

Ne conseguono spesso problematiche di integrazione scolastica e inabilità permanenti che interessano e coinvolgono ogni aspetto della vita personale e di relazione.

Inoltre alcune evidenze indicano che l'esposizione prenatale all'alcol incrementa il rischio di depressione e scarsa autostima e può determinare disordini neuro-cognitivi permanenti come, ad esempio, scarsa capacità organizzativa e decisionale, difficoltà nel controllo degli impulsi.

Infine gli adulti che sono stati esposti durante lo sviluppo fetale all'alcol frequentemente

soffrono di disturbi mentali e comportamentali che generano difficoltà di adattamento e incapacità di essere pienamente autosufficienti ed indipendenti (Ripabelli, 2006, p. 394).

Tab. Criteri per la diagnosi degli effetti prenatali dell'esposizione all'alcol

Caratteristiche facciali compatibili con FAS	Conferma di esposizione prenatale all'alcol	Criteri diagnostici aggiuntivi	Diagnosi
Presenti	Presente	Nessuno	Sindrome fetoalcolica (FAS)
Presenti	Assente	Ritardo della crescita Anomalie al SNC Ritardi cognitivi Disordini comportamentali	Sindrome fetoalcolica (FAS)
Alcune	Presente	Nessuno	Sindrome fetoalcolica parziale (FAS)
Assenti	Presente	Anomalie congenite <i>(di cui è nota l'associazione con il consumo di alcol in gravidanza)</i>	Malformazioni congenite alcolcorrelate (ARBD)
Assenti	Presente	Evidenze di anomalie del SNC Evidenza di disordini cognitivi e disordini comportamentali	Anomalie neurocomportamentali alcolcorrelate (ARND)

SHAPE * MERGEFORMAT

Fig. Caratteristiche facciali associate ai bambini affetti da FAS (*RIVEDERE: inserire immagine con caratteristiche discriminanti e caratteristiche associate*)

5.1 Alcuni dati sulla FAS in Italia e nel mondo

La difficoltà di fornire cifre attendibili sulla diffusione della FASD, oltre che dai problemi di inquadramento, è determinata anche dalla variabilità dei dati a seconda della popolazione studiata e dai metodi di ricerca usati (screening neonatali, studi retrospettivi, studi prospettici).

Le conoscenze più aggiornate di cui oggi disponiamo sull'epidemiologia della FASD provengono dai numerosi studi effettuati negli Stati Uniti, molti dei quali nelle riserve indiane, e nella Repubblica Sudafricana.

Gli studi effettuati dai *Centers for Disease Control* americani rilevano un tasso di *incidenza* di FASD variabile tra 0.3 e 0.9 casi ogni 10.000 nati vivi. Una meta-analisi relativa a 19 studi epidemiologici effettuati in tutto il mondo, definisce un tasso complessivo pari a 1.9 casi ogni 1000 nati vivi (Abel e Sokol, 1987). Andando a distinguere diversi gruppi etnici, in accordo con i dati di screening del CDC, il tasso di incidenza della FASD su un totale di 10000 nati, risulta pari a 0.3 per gli asiatici, 0.8 per gli ispanici, 0.9 per i bianchi, 6.0 per gli afroamericani, 29.9 per i nativi americani. Non sembrano, tuttavia, esistere predisposizioni razziali o etniche per quanto riguarda la diffusione della FASD, sebbene individui differenti geneticamente esposti a simili quantità di alcol in gravidanza, possono manifestare differenti segni o sintomi di FASD. (Ceccanti, pg. 10).

Per quanto riguarda la *prevalenza*, gli stessi studi condotti dai CDC in USA indicano una variabilità tra 0.2 e 1.5 casi su 1000 nati vivi in varie popolazioni e si può stimare che, su circa 4 milioni di nati ogni anno, da 1000 a 6000 bambini nascono con quadri di FASD. In gruppi svantaggiati come i Nativi Americani o altre minoranze etniche, i tassi risultano sensibilmente più elevati, da 3 a 5 casi ogni 1000 nati vivi.

In Sud-Africa, dove le problematiche alcol correlate sono molte diffuse, gli studi epidemiologici realizzati a partire dal 1989, hanno evidenziato il tasso di prevalenza di FASD più alto finora stimato, compreso tra 40.5 e 46.4.

Uno dei maggiori fattori di rischio evidenziati in tutti questi studi è costituito dal basso livello socio-economico in gruppi di popolazione che presentano alti livelli di consumo e l'abitudine a consumare grandi quantità di alcol in una sola occasione (*binge drinking*) con conseguenti forti intossicazioni.

Ciò rende questi studi non propriamente applicabili alla popolazione italiana, in cui la tendenza al binge drinking è meno frequente e riguarda soprattutto i giovani, ed il livello socioeconomico è generalmente più elevato. Inoltre, in Sud Africa, gli studi sono stati effettuati in regioni gravate da elevati tassi di alcolismo e, quindi, i valori emersi sono influenzati da notevoli fattori di disturbo, quali denutrizione, elevata prevalenza di malattie infettive, standard di vita non sovrapponibile a quello presente in Italia (Ceccanti, 2004).

In **Italia**, tuttavia, la conoscenza delle problematiche connesse al consumo di alcol in gravidanza appare ancora oggi scarsa e sono sottovalutate le conseguenze per la salute del nascituro.

Non esistevano studi epidemiologici italiani sulla FASD fino al 2003, anno in cui il Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio ha avviato una collaborazione con il National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism degli Stati Uniti, inserendo l'Italia in uno studio di popolazione sulla FASD insieme ad altri paesi. Questo studio ha preso in esame 543 bambini di prima elementare della provincia di Roma e, da una prima analisi dei dati, per quanto riguarda la FAS nella sua forma completa, la prevalenza è risultata pari a

7.4 per 1000 bambini esaminati, mentre per tutte le altre forme della sindrome, il tasso è stato del 40.5 per mille.

Questi risultati hanno fatto emergere tassi di prevalenza più elevati rispetto alle aspettative e alle conoscenze sul fenomeno finora presenti nel nostro paese. Ciò, oltre a confermare le difficoltà della diagnosi, getta luce sulla necessità di conoscere il fenomeno e di intervenire precocemente per prevenire o ridurre gli effetti sullo sviluppo psicofisico dei bambini con FASD, sulle madri, sulla famiglia.

6. Il ruolo degli operatori sanitari

Gli operatori sanitari hanno avere un ruolo importante per prevenire danni correlati all'uso di alcol in gravidanza, in particolar modo attraverso l'identificazione precoce delle bevitrici a rischio.

Generalmente le donne non conoscono le conseguenze del consumo di alcol in gravidanza ma sono sensibili alle informazioni che provengono dagli operatori sanitari, a cui si affidano soprattutto nel periodo della gravidanza.

La gravidanza costituisce un'opportunità per cambiare stile di vita: molte donne, pensando alla salute del proprio bambino, possono essere disposte a ridurre o sospendere il proprio consumo di alcol se viene loro suggerito.

6.1 Perché gli operatori sanitari possono avere un ruolo chiave

Gli operatori sanitari possono avvalersi di punti di forza legati al loro ruolo per contribuire a rendere le donne consapevoli dei rischi connessi al consumo di alcol prima e durante la gravidanza:

Le donne si aspettano di ricevere consigli da parte degli operatori sanitari.

Il consiglio è personalizzato piuttosto che generale.

Le donne si aspettano che gli operatori sanitari abbiano conoscenze dettagliate su aspetti della salute.

Le informazioni che provengono dagli operatori sanitari forniscono conoscenze autorevoli per supportare la donna nel cambiare il proprio stile di vita.

La conversazione è riservata.

L'identificazione del rischio legato al consumo di alcol in gravidanza costituisce un'opportunità di cambiamento di stile di vita per la donna.

Esistono approcci brevi ed efficaci che gli operatori sanitari possono utilizzare per affrontare il tema dell'uso di alcol prima e durante la gravidanza.

6.2 Prima della gravidanza

Gli operatori sanitari nella loro attività clinica quotidiana possono indagare il consumo di alcol attraverso domande rivolte a tutte le donne in età fertile. Con le donne che stanno pianificando una gravidanza, è possibile discutere i benefici dello smettere di bere bevande

alcoliche prima dell'inizio della gravidanza in modo da evitare l'esposizione all'alcol del feto nelle prime settimane.

6.3 Durante la gravidanza

Gli operatori sanitari possono chiedere a tutte le donne in gravidanza quale sia il loro consumo di alcol e informarle sulle conseguenze che tale comportamento può avere sul feto. In questo modo è possibile identificare eventuali situazioni a rischio e assistere le donne nella riduzione o nella cessazione del consumo.

Le strategie includono: **screening sull'uso di alcol in gravidanza, fornire informazioni, intervento breve e colloquio motivazionale.**

Nel caso in cui si identifichino donne con un consumo di alcol problematico, è necessario programmare ulteriori colloqui di supporto. Può essere opportuno l'invio ai servizi specialistici o ai gruppi di auto aiuto.

6.4 Dopo la gravidanza

Gli operatori sanitari possono osservare se il bambino presenta segni o caratteristiche che possono far pensare a un caso di FASD e inviarlo al centro specialistico per una valutazione ed una diagnosi. La diagnosi precoce di FASD e l'appropriata presa in carico da parte dei servizi possono migliorare gli esiti a lungo termine del bambino.

7. Linee guida per la gestione dell'uso di alcol in gravidanza

I processi chiave per gli operatori che si trovano a gestire l'uso di alcol in gravidanza sono:

ASK: Chiedere a tutte le donne in età fertile e in gravidanza se consumano bevande alcoliche e in quale modalità e frequenza.

ASSESS: Valutare il livello di rischio relativo al consumo di alcol della donna.

ADVISE: Avvertire/Suggerire/Informare che:

non consumare bevande alcoliche è la scelta più sicura se una donna è in gravidanza o se sta programmando una gravidanza;

non è stata identificata una quantità di alcol sicura per il feto;

l'alcol nel feto raggiunge le stesse quantità presenti nel corpo della madre;

l'esposizione all'alcol del feto causa un'ampia variabilità di conseguenze.

Le donne che hanno consumato bevande alcoliche in gravidanza dovrebbero essere avvisate che:

è difficile predire qual è il livello di rischio presente per il feto;

smettere di bere in qualsiasi momento della gravidanza riduce il rischio per il feto;

il rischio di danno al feto è basso se si sono consumate solo piccole quantità di alcol prima di venire a conoscenza di aspettare un bambino;

tutto ciò che concerne lo sviluppo del bambino deve essere affrontato con il medico

specialista

ASSIST: Assistere le donne a ridurre il consumo di bevande alcoliche o a smettere di bere attraverso:

rinforzi positivi a coloro che si stanno astenendo dal consumo;

informazioni sulle conseguenze per il feto dell'esposizione all'alcol;

intervento breve o colloquio motivazionale allo scopo di supportare la decisione di astenersi, o, qualora non sia possibile, ridurre il consumo di alcol ed evitare episodi di intossicazione.

ARRANGE: Organizzare il supporto per la donna programmando ulteriori consulenze e, se necessario, un invio ai servizi specialistici.

7.1 Cosa ostacola il monitoraggio del consumo di alcol in gravidanza?

Gli operatori sanitari generalmente non fanno domande alle donne sul loro consumo di alcol per:

mancanza di conoscenze sulle conseguenze del consumo di alcol in gravidanza;

timore della risposta della donna alla domanda riguardante il suo consumo di alcol;

il fatto che si dia per scontato che non abbia una rilevanza per la donna;

mancanza di tempo;

il pensiero che l'uso di alcol abbia una bassa priorità rispetto ad altri aspetti della salute di cui ci si deve occupare;

insicurezza rispetto a come porre le domande;

mancanza di conoscenza sull'esistenza di strumenti efficaci di screening;

preparazione non adeguata nel fornire suggerimenti;

incertezza riguardo alle raccomandazioni spesso contraddittorie;

mancanza di assunzione di responsabilità;

mancanza di competenze sull'intervento breve e il colloquio motivazionale;

mancanza di conoscenza o di considerazione sulla possibilità di appoggiarsi ai servizi specialistici di riferimento per supportare ulteriormente la donna.

L'obiettivo di questo manuale è quello di diventare uno strumento di supporto per gli operatori sanitari nel superare alcune di queste barriere.

7.2 Un approccio non giudicante

Quando si devono fare domande o dare informazioni sull'uso di alcol, è importante considerare le seguenti abilità:

essere consapevoli delle proprie credenze e convinzioni in modo da avere un atteggiamento non giudicante nei confronti della donna;

essere consapevoli che l'uso di alcol è correlato spesso ad altri fattori psicosociali e culturali;

essere sensibili a problemi più generali come la povertà e l'abuso;

ascoltare attentamente le sensazioni e le percezioni della donna;

trattenersi dal fare commenti o dall'aver reazioni negative;
rendersi conto che rivelare il consumo di alcol in gravidanza può essere difficile;
focalizzarsi sia sulla donna che sul bambino;
fornire un rinforzo positivo alla decisione della donna di cercare informazioni e una sua presa in carico;
comprendere l'importanza di stabilire e mantenere una relazione di fiducia con la donna.

7.3 Sottostima del problema

Riferire aspetti problematici è di fondamentale importanza in gravidanza, ma le donne possono sentirsi imbarazzate o spaventate nel rivelare informazioni sull'uso di alcol e ci può essere la tendenza a non riportare esattamente i consumi reali.

Le donne possono anche sottostimare il loro consumo di alcol per mancanza di conoscenze sul valore corrispondente all'unità alcolica.

Una buona comunicazione, un approccio non giudicante e l'uso di strumenti di screening possono diminuire gli errori di una sottostima ed aumentare la raccolta e la registrazione di informazioni accurate.

Perché le donne bevono alcolici in gravidanza

In generale, le donne che bevono alcolici durante la gravidanza non sono consapevoli dei danni a cui può andare incontro il bambino.

Una donna può bere:

prima di sapere di aspettare un bambino
perché non conosce le conseguenze dell'esposizione del feto all'alcol
per tentare di fronteggiare problemi
perché è socialmente accettato

L'uso di alcol può avere origine o condurre ad un insieme di condizioni avverse sia socialmente che in termini di salute, tra cui:

incidenti o traumi
isolamento
problemi di salute mentale
bassa autostima
malattie trasmesse sessualmente
fumo
problemi legali
povertà
abuso o violenza domestica
dipendenza
comportamenti sessuali ad alto rischio
gravidanze non desiderate

L'uso di alcol può essere associato a:

fumo
malnutrizione
uso di altre droghe
stress
problemi psicologici
uso di farmaci

Quando si affronta il tema dell'uso di alcol in gravidanza, è importante prendere in considerazione anche altri comportamenti di salute, così come la rete sociale intorno alla donna ed il suo benessere emotivo. L'uso di alcol in gravidanza, spesso, non è isolato da altri fattori di rischio, sia sociali che emotivi.

7.5 Uso di alcol da parte del padre

L'uso di alcol del padre può provocare una riduzione della fertilità ma non è stato evidenziato che possa condurre alla FASD. Ciò che va sottolineato, tuttavia, è che il comportamento del padre può avere una forte influenza sociale e psicologica sul bere della madre.

I padri hanno un ruolo importante nel supportare la donna in gravidanza a smettere o ridurre il consumo di alcol, prendendo in considerazione anche il proprio.

E' stato evidenziato (Chang et al., 2005) come l'efficacia dell'intervento breve sia significativamente maggiore laddove il partner partecipa e supporta la scelta della donna.

Quando si affronta il problema con la donna, è importante considerare il consumo di alcol come uno stile di vita familiare che potrà incidere anche nello stile educativo dei figli.

7.6 Donne che richiedono un approccio specifico

Tutte le donne richiedono un approccio empatico, non giudicante e non minaccioso da parte degli operatori. Al fine di identificare e prendere in carico le donne che richiedono un approccio specifico, è particolarmente importante:

fornire informazioni accurate

essere non giudicanti

essere aperti e sinceri

esplorare anche gli aspetti culturali così che sia possibile avere una migliore comprensione dei bisogni della donna

evitare di fare supposizioni rispetto alle conoscenze, convinzioni e comportamenti della donna.

Donne con stato socio-economico medio-alto

L'uso di alcol è trasversale a tutte le classi sociali e culturali.

Evitare di fare supposizioni sul livello di conoscenza delle donne in base al loro stato economico, culturale e civile.

Donne provenienti da contesti linguistici e culturali diversi

Sono presenti svariate convinzioni e comportamenti culturali legati al ruolo della donna, all'uso di alcol, alle cure appropriate per la gravidanza e l'allevamento dei bambini.

Le donne immigrate possono, inoltre, avere barriere linguistiche e possono non conoscere i servizi presenti nel territorio.

E' importante essere sensibili alla scala di valori e alle convinzioni che hanno le donne indipendentemente dalla provenienza geografica e culturale.

E' importante mettere in contatto la donna immigrata con i servizi di mediazione culturale appropriati.

Donne che vivono in contesti violenti

Le donne possono ricorrere all'alcol per fronteggiare situazioni di abuso.

Valutare la presenza di situazioni di abuso, prestando particolare attenzione alle donne che bevono frequentemente e/o pesantemente.

E' necessario indirizzare le donne di cui si ha la conferma o si sospetta un abuso, ai servizi o associazioni di riferimento.

Assicurarsi che il partner non sia presente quando si fanno domande sull'abuso e fare attenzione a non aggravare la situazione.

Donne con stato socio-economico basso

Le donne che vivono in condizioni di povertà possono bere per fronteggiare alti livelli di stress e disperazione. La situazione può essere complessa e aggravata dall'inadeguatezza dell'alloggio, mancanza di abiti, cibo e prodotti per la cura del bambino, scarsi livelli di supporto e una storia di traumi e abusi.

Cercare di conoscere questi altri aspetti e, se possibile, cercare ulteriori supporti per queste donne.

Donne adolescenti

E' molto frequente che le adolescenti consumino bevande alcoliche in modo consistente con rischi per la salute, sia a breve che a lungo termine, e può essere probabile che si verifichino gravidanze indesiderate.

Come indagare l'uso di alcol prima e dopo la gravidanza

8.1 A chi domandare?

A tutte le donne in età fertile, sia che stiano pianificando una gravidanza o meno.

A tutte le donne in gravidanza.

8.2 Quando domandare?

Prima della gravidanza

L'alcol può influenzare lo sviluppo del feto dal momento del concepimento fino alla nascita. Considerando che molte gravidanze non sono pianificate o non sono note nelle prime settimane, è raccomandabile esplorare il consumo di alcol e informare le donne prima della gravidanza sulle conseguenze dell'esposizione all'alcol durante questa condizione.

L'uso di alcol, inoltre, può mettere le donne a rischio di gravidanze indesiderate.

Esplorare il consumo di alcol della donna come parte dell'anamnesi che, in generale, dovrebbe essere fatta durante la prima visita, quindi monitorare periodicamente.

Affrontare l'argomento dell'utilizzo di metodi contraccettivi con le donne.

Durante la gravidanza

L'uso di alcol dovrebbe essere valutato alla prima visita, al momento della conferma della gravidanza e ai controlli successivi.

Nelle donne che vengono identificate come consumatrici a rischio (ovvero che bevono alcolici in gravidanza), gli operatori sanitari dovrebbero pianificare un monitoraggio del consumo di alcol a ciascuna visita.

8.3 Come domandare?

Le strategie da usare per andare ad esplorare e assistere la donna rispetto al suo consumo di alcol prima e dopo la gravidanza dovrebbero essere valutate attentamente dagli operatori sanitari.

Rassicurare da subito sulla riservatezza del colloquio può aiutare l'apertura della donna riguardo al proprio consumo di bevande alcoliche.

L'operatore può inserire domande specifiche sul consumo di alcol all'interno di una serie di altre domande riguardanti lo stato di salute in generale, in modo da non suscitare nella donna la sensazione di essere giudicata rispetto al proprio stile di vita.

Possibili esempi di domande:

“Vorrei farle alcune domande di routine relative al suo stato di salute”

“Avrei bisogno di alcune informazioni da parte sua, quindi le farò alcune domande di routine riguardanti il suo stato di salute in generale.”

“Fuma? Consuma alcolici?”

Porre queste domande diventa un'occasione per spiegare che cos'è un'Unità

Alcolica.

8.4 Strumenti di screening: l'AUDIT

Un valido strumento di screening che permette di valutare il consumo di alcol e l'eventuale rischio è l'AUDIT che può essere somministrato alle donne sia prima che durante la gravidanza. E' importante tenere un approccio non giudicante nel porre le domande del questionario e sarebbe opportuno valutare se procedere alla somministrazione standard o se inserire le domande all'interno del colloquio, come esposto nell'esempio precedente.

L'utilizzo di uno strumento di screening può costituire l'inizio di una discussione e l'occasione per raccogliere informazioni riguardanti il consumo di alcol sia prima che durante la gravidanza.

L'AUDIT potrebbe indicare un consumo a rischio e costituire il primo passo per effettuare un intervento breve.

L'AUDIT è un questionario semplice sensibile all'identificazione precoce del consumo di alcol a rischio o dannoso.

L'Istituto Superiore di Sanità, il Centro Alcolologico Regionale della Toscana ed Eurocare promuovono la diffusione dell'AUDIT nella popolazione generale per l'identificazione precoce dei problemi alcolcorrelati. (APPENIDICE 1, AUDIT e punteggi)

8.5 Quantità, frequenza, tipologia di bevande alcoliche e contesto

E' necessario raccogliere e registrare informazioni dettagliate relative a:

quantità di alcol consumata dalla donna,
frequenza e modalità del consumo
tipo di bevande alcoliche consumate.

Nelle donne spesso è difficile misurare la quantità di alcol assunta in Unità Alcoliche, in quanto le modalità di consumo possono variare a seconda delle occasioni.

In questo caso diventa utile esplorare la quantità e la frequenza attraverso domande sul contesto dove abitualmente bevono.

Gli operatori sanitari possono avere un approccio informale nel fare domande sull'uso di alcol per valutare accuratamente il rischio.

Possibili esempi di domande:

“Quanti bicchieri di bevande alcoliche è solita bere ai pasti?”

“Quando esce, generalmente, beve cocktail alcolici o birra?”

“Quando le capita di bere? In quale contesto? Beve in compagnia?”

“Quanto spesso – intendo dire quanti giorni a settimana succede? Che cosa beve? Vino, birra, superalcolici? Le capita mai di bere più di 5 bicchieri in un'unica occasione?”

8.6 Registrare il consumo di alcol

E' importante registrare tutte le informazioni ottenute dalla donna sul consumo di alcol

prima e durante la gravidanza.

Gli operatori sanitari dovrebbero annotare:

quale strumento di screening è stato usato e il punteggio rilevato;

il livello di rischio identificato;

tutte le informazioni riguardanti quantità, frequenza, tipo di bevanda e modalità di consumo.

Queste informazioni costituiscono la fase iniziale dello screening e del successivo intervento breve.

Inoltre, possono facilitare una valutazione accurata e la diagnosi delle condizioni di FASD.

Come fornire informazioni sull'uso di alcol prima e durante la gravidanza

E' necessario avvisare la donna di smettere di bere alcolici se sta pianificando una gravidanza o se è in gravidanza, in quanto

“Nessun consumo di alcol in gravidanza è la scelta più sicura”

Utilizzare affermazioni chiare e dirette, cercando di essere molto franchi:

“Quando si sta pianificando una gravidanza è più salutare smettere di bere alcolici prima dell'inizio della gravidanza”

“Nessuna bevanda alcolica in gravidanza è la scelta più sicura”

“Se pensi di aspettare un bambino la scelta più sicura è smettere di bere alcolici”

“Non c'è un momento della gravidanza sicuro per bere alcolici”

Se una donna non riesce a smettere di bere alcolici, avvertirla che dovrebbe comunque ridurre il consumo quanto più possibile ed evitare episodi di intossicazione, ovvero ubriacature. Inoltre sarebbe necessario organizzarle ulteriori supporti.

9.1 Informare riguardo le conseguenze

Tutte le donne dovrebbero ricevere informazioni riguardo le conseguenze del bere alcolici in gravidanza ed essere informate che non è stata determinata una quantità di alcol che potrebbe essere sicura per il feto.

Gli operatori sanitari devono informare la donna che le conseguenze del consumo di alcol in gravidanza includono:

danni cerebrali

basso peso

ritardo nello sviluppo

difetti congeniti

problemi sociali e comportamentali

Basso Q.I. (Quoziente di Intelligenza)

Le conseguenze emergono durante tutta la vita e possono non essere evidenti alla nascita.

9.2 Donne che hanno bevuto prima di essere a conoscenza della gravidanza

Le donne che hanno consumato alcolici in gravidanza dovrebbero essere avvisate che: è difficile predire il livello di rischio per il feto; smettere di bere in ciascun momento della gravidanza può ridurre il rischio per il feto; il rischio di danno al feto è basso se sono state consumate basse quantità di alcol prima di essere a conoscenza della gravidanza; tutti i dubbi che riguardano lo sviluppo del bambino possono essere affrontati con uno specialista.

9.3 Non è pronta per parlare della gravidanza?

Se una donna non è pronta per dire che sta aspettando un bambino, l'operatore può fornire suggerimenti su come affrontare situazioni sociali, quali feste con amici o eventi sul luogo di lavoro, in cui è presente l'alcol.

Per esempio: *“Prova a dire che hai un problema di salute o che stai assumendo dei farmaci”*.

Come assistere la donna nella gestione dell'uso di alcol in gravidanza

10.1 Minimizzazione del danno

Sebbene la scelta più sicura sia non bere alcolici in gravidanza, molte donne non sono pronte, né disposte, né hanno la capacità di mantenere l'astinenza.

Raccomandare a queste donne di smettere di bere durante la gravidanza potrebbe avere l'effetto di allontanarle da tutte le cure prenatali, mentre queste attenzioni insieme alla riduzione di alcol sono essenziali per un buon esito della gravidanza.

Quando una donna è stata avvisata sui rischi del consumo di alcol in gravidanza e non è in grado di prendere in considerazione l'astinenza, gli operatori sanitari possono assisterla, in modo non giudicante, al fine di promuovere una riduzione del consumo di alcol, nei limiti del possibile per la donna ed evitare episodi di intossicazione. Inoltre è importante pianificare ulteriori colloqui o inviare la donna ai servizi alcologici di riferimento o ai gruppi di auto aiuto.

10.2 Intervento breve

L'intervento breve dovrebbe essere effettuato nei confronti di tutte le donne che stanno consumando alcol in modo rischioso. La gravidanza è un momento in cui la donna può

essere più sensibile ai cambiamenti, incluso il consumo di alcol, e l'intervento breve si è dimostrato efficace nel ridurre il consumo di alcol in gravidanza.

L'intervento breve può essere condotto in una delle visite, ma è opportuno programmare ulteriori follow up.

L'intervento breve permette di:

identificare il consumo di alcol in gravidanza;
valutare il livello di rischio di quel consumo;
fornire informazioni sulle conseguenze del consumo di alcol in gravidanza
comunicare con una modalità che faciliti il cambiamento di stile di vita, il monitoraggio del cambiamento e il progresso.

L'intervento breve dovrebbe orientare il colloquio sui fattori di rischio associati con il bere della donna e dovrebbe includere strategie di problem solving e l'invio ai servizi specialistici che possono aiutare la donna a rispondere ai suoi bisogni di supporto sociale, cibo, alloggio e sicurezza.

L'intervento breve dovrebbe includere un esame:

dello stato di salute generale della donna
del corso della gravidanza
del cambiamento di stile di vita che la donna ha fatto da quando è in gravidanza
dell'interesse nel cambiamento dello stile di vita legato al bere
degli obiettivi da fissare
delle situazioni in cui la donna è più probabile che beva.

Per valutare i livelli di motivazione del cambiamento dello stile di vita legato al bere, si può domandare:

quanto è importante per la donna modificare i suoi comportamenti pensando al bambino
quanto è sicura di realizzare un cambiamento.

Lo screening sul consumo di alcol seguito dall'intervento breve favorisce una riduzione del consumo di alcol nelle bevitrice ad alto rischio.

Le strategie utilizzate all'interno dell'intervento breve sono racchiuse nell'acronimo FRAMES.

10.3 La metodologia FRAMES

Feedback: fornire alla donna feedback individuali riguardanti il suo stato di salute. Il feedback può includere informazioni riguardanti il punteggio dell'AUDIT e le conseguenze del consumo di alcol per il bambino nel caso in cui dovesse essere in gravidanza.

Responsability/Responsabilità: sottolineare l'importanza della responsabilità individuale per il cambiamento e la libertà di scelta.

Advice/Informazioni: fornire informazioni riguardanti i rischi associati al consumo di alcol attraverso una modalità supportiva piuttosto che autoritaria.

Menu: proporre una lista di strategie per ridurre o cessare il suo consumo di alcol e fornire una serie di alternative in modo che la donna possa scegliere.

Empathy/Empatia: essere empatici e comprensivi del punto di vista della donna.

Self-efficacy/Autoefficacia: rinforzare l'aspettativa della donna riguardo al proprio cambiamento.

10.4 Colloquio motivazionale

Il colloquio motivazionale è una tecnica che è stata utilizzata in modo efficace all'interno dell'intervento breve per ridurre il rischio di esporre il feto all'alcol durante la gravidanza.

Il colloquio motivazionale cerca di incrementare la preparazione al cambiamento della donna, superando l'ambivalenza riguardante il comportamento da modificare.

I principi guida dell'intervista motivazionale sono: esprimere empatia, aumentare la frattura interiore, permettere la resistenza ed evitare il confronto, supportare l'autoefficacia.

Le cinque abilità da utilizzare sono:

fare domande aperte

ascolto riflessivo

elicitarne la discussione sul comportamento da modificare

sostenere

riassumere

Il colloquio motivazionale può iniziare con una domanda aperta che potrebbe evocare aspetti relativi alle conseguenze del consumo di alcol e consentire all'operatore di elicitarne una riflessione empatica.

Attraverso il colloquio motivazionale, l'operatore dovrebbe mostrare comprensione verso la donna, incoraggiandola ad esprimere il suo punto di vista facendo emergere le difficoltà e l'ambivalenza dei suoi comportamenti, rinforzando ciascun commento che lei fa sul proprio cambiamento di stile di vita.

Di seguito alcune domande aperte che l'operatore professionale può utilizzare per aumentare la consapevolezza ed evocare affermazioni di auto motivazione:

“Cosa ne pensi del tuo uso di alcol?”

“Quali sono alcuni aspetti positivi del tuo uso di alcol?”

“Quali preoccupazioni hai rispetto al tuo uso di alcol?”

“Quali potrebbero essere alcuni benefici nello smettere o ridurre la quantità di alcol che bevi?”

Ecco alcune affermazioni di sostegno che potrebbero essere utilizzate per creare un clima empatico e costruire un rapporto di fiducia per sostenere il cambiamento:

“Grazie per essere venuta oggi”

“Grazie per essere disposta a parlare di questo con me”

“Capisco che non sia facile parlare di questo con me”

“Questa è una buona idea”

L'ascolto riflessivo potrebbe essere utilizzato per riportare alla donna le informazioni che essa ha fornito riguardo alla sua situazione e alle proprie emozioni. L'ascolto riflessivo dimostra comprensione e incoraggia la donna a continuare a parlare.

Queste domande possono essere utilizzate per sottolineare discrepanze e ambivalenza riguardo al comportamento da cambiare e rinforzare il pensiero del cambiamento e le strategie per attuarlo.

“Vorresti che tuo figlio avesse le migliori opportunità per la sua vita?”

“Trovi difficile non bere quando sei fuori con i tuoi amici?”

“Pensi che potrebbe aiutarti chiedere al tuo partner di supportarti nello smettere di bere?”

Riassumere le informazioni che la donna ha fornito può sostenere il processo di ascolto riflessivo ed enfatizza le informazioni che supportano il cambiamento.

E' importante che il riassunto sia conciso.

“Trovi difficile non bere quando vai fuori nel week end e tutti i tuoi amici bevono”

“Hai visto delle donne bere mentre erano in gravidanza e il loro bambino non ha avuto problemi. D'altra parte sei preoccupata che bere alcolici in gravidanza possa avere delle conseguenze per il tuo bambino, e vorresti che il tuo bambino avesse tutte le migliori possibilità per la sua vita”.

Gli operatori sanitari possono promuovere il cambiamento di stile di vita incoraggiando la donna a riconoscere gli svantaggi del continuarlo e i vantaggi del modificarlo, stimolando un atteggiamento ottimista rispetto al cambiamento.

10.5 Ulteriori supporti

Alcune donne possono richiedere un approccio più deciso e un supporto maggiore per cambiare il proprio stile di vita rispetto al consumo di alcol.

Gli operatori sanitari dovrebbero essere a conoscenza dei servizi specialistici che possono essere d'aiuto alle donne che hanno un consumo a rischio durante la gravidanza.

11. Dopo la gravidanza

11.1 Alcol e allattamento al seno

Un consumo quotidiano di alcol non è raccomandato per le madri che allattano al seno a causa dei danni che può provocare al bambino.

L'alcol consumato dalla madre entra nella circolazione sanguigna e nel latte materno. I livelli di alcol nel latte materno sono simili a quelli presenti nel sangue della madre nel momento dell'allattamento.

Gli effetti sul bambino possono essere: sedazione, irritabilità e poca suzione. Il consumo di alcol della mamma può comportare, inoltre, la perdita del latte e la presenza di un odore particolare nello stesso.

E' meglio evitare l'allattamento per circa due ore dopo aver bevuto un'unità standard: le variazioni di concentrazione dell'etanolo nel latte dopo 30 minuti, 1 e 2 ore dall'ingestione rispecchiano quelle della concentrazione ematica.

Un consumo di alcol eccessivo può influire sul flusso del latte nelle madri che allattano al seno.

Effetti negativi sul bambino allattato al seno mentre la madre consuma alcolici, possono includere:

danni allo sviluppo motorio

riduzione nell'assunzione di latte

cambiamenti nel ritmo del sonno

rischio di ipoglicemia

L'esposizione all'alcol attraverso il latte materno può compromettere lo sviluppo neurologico del neonato. In particolare è stato dimostrato che il punteggio dell'indice di sviluppo psicomotorio è inferiore nei neonati esposti ad alcol durante l'allattamento rispetto a quelli non esposti a tale sostanza ed è stata evidenziata una correlazione positiva tra dose di etanolo assunta dalla madre e risposta (riduzione dell'indice psicomotorio) nel neonato.

Un altro studio ha mostrato che l'assunzione di una bevanda alcolica (ad esempio, un bicchiere di vino) da parte della madre un'ora prima di allattare, riduceva di più del 40% il sonno "attivo" in due neonati su 13. Inoltre, è dimostrato che l'ingestione di una quantità di

etanolo maggiore di 1 g/kg un'ora prima di allattare riduce significativamente il riflesso di escrezione del latte.

Il consumo di una birra (0.3 g/kg di etanolo) riduce l'apporto di latte nel neonato di circa il 20%.

E' infine importante sottolineare che il metabolismo dell'alcol segue una cinetica di ordine zero (già a partire da concentrazioni plasmatiche superiori a 10 mg/100 ml) e sono pertanto necessarie almeno due ore perchè un singolo drink venga eliminato.

In conclusione le donne non dovrebbero assumere alcolici durante l'allattamento al seno.

Nel caso di soggetti con dipendenza da alcol, risulta auspicabile, per un intervallo di allattamento di circa 2-3 ore, un consumo non superiore a un drink per intervallo.

11.2 Sospetto di FASD

Gli operatori sanitari sono quelli che probabilmente si trovano ad osservare per primi le caratteristiche tipiche della FASD in un bambino.

In caso di FASD, la diagnosi precoce e l'intervento appropriato sono associati con un miglior esito per il bambino e con la prevenzione di problemi secondari, quali difficoltà scolastiche, disoccupazione, problemi di salute mentale, problemi con la legge e comportamenti sessuali inadeguati

I genitori spesso trovano le strategie per far migliorare le capacità del bambino una volta che comprendono che i problemi comportamentali e di apprendimento sono causati da un danno cerebrale e non dalla decisione del bambino di essere non cooperativo o non attento oppure dallo stile educativo.

La diagnosi richiede un approccio multidisciplinare ed è importante sottolineare che:

le caratteristiche facciali (in caso di FAS) possono non essere evidenti alla nascita, tendono a normalizzarsi in adolescenza e possono essere difficili da identificare in alcuni gruppi etnici

le difficoltà di apprendimento, di attenzione e comportamentali possono non essere evidenti finché il bambino non va a scuola

le informazione sul consumo di alcol in gravidanza possono non essere attendibili o non essere accessibili.

L'identificazione precoce delle condizioni risalenti a FASD è importante inoltre per la prevenzione dell'esposizione all'alcol in gravidanze successive.

Se si sospetta una condizione che potrebbe rientrare nel termine generico di FASD, è opportuno inviare la donna ad un centro specialistico per avere una diagnosi accurata e una presa in carico.

12. Conclusioni

La gravidanza è un momento in cui la donna può essere maggiormente predisposta a riflettere sulla propria salute e a modificare alcuni stili di vita.

Pensando al proprio bambino e al proprio ruolo di madre, una donna in gravidanza,

potrebbe essere stimolata a modificare il proprio consumo di alcol.

La scelta più sicura è quella di non consumare alcolici durante tutta la gravidanza.

Il consumo di alcol in gravidanza può danneggiare lo sviluppo del feto a tutti gli stadi della gravidanza.

Smettere di bere è comunque importante in qualsiasi momento della gravidanza per ridurre il rischio.

Gli operatori sanitari hanno un ruolo chiave nell'indirizzare la donna rispetto alla scelta più giusta per la propria salute e quella del bambino.

Gli operatori sanitari possono:

ASK: chiedere a tutte le donne riguardo al proprio consumo di alcol

ASSES: valutare il livello di rischio presente rispetto al consumo di alcol

ADVISE: avvertire che “nessun consumo di alcol in gravidanza” è la scelta più sicura

ASSIST: assistere le donne nel cessare o ridurre il proprio consumo di alcol ed evitare intossicazioni

ARRANGE: organizzare il supporto per la donna programmando ulteriori consulenze e, se necessario, inviare ai servizi specialistici.

Supportare la donna in un cambiamento dello stile di vita, anche semplicemente fornendole informazioni corrette, è un compito che ciascun operatore sanitario può svolgere.

Inoltre intervenire sul consumo di alcol in gravidanza può contribuire ad implementare strategie di continuità assistenziale, dato che tutti gli operatori sanitari territoriali e ospedalieri, dell'assistenza sanitaria primaria e dei settori specialistici devono fornire il proprio contributo e creare una rete di servizi tale da permettere una affinché la presa in carico della donna, del nascituro e della famiglia possibile.

APPENDICE 1

Linee guida internazionali su alcol e gravidanza

APPENDICE 2

Indirizzario

BIBLIOGRAFIA

Secondo le Linee Guida nazionali per una sana alimentazione dell'INRAN che fanno proprie le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità e della Società Italiana di Alcolologia.

Sostanza teratogena: Sostanza in grado di modificare o alterare il normale sviluppo del feto.

Acetaldeide: prodotto di ossidazione dell'alcol etilico

Ipossia: condizione patologica determinata da una carenza di [HYPERLINK "http://it.wikipedia.org/wiki/Ossigeno"](http://it.wikipedia.org/wiki/Ossigeno) \o "Ossigeno" ossigeno

Binge drinking: si riferisce alla modalità del bere per ubriacarsi che corrisponde all'assunzione di 6 o più unità alcoliche in un'unica occasione