

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE

Sede Amministrativa del Dottorato di Ricerca

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE - UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO
Sedi Convenzionate

XXIII CICLO DEL DOTTORATO DI RICERCA IN

Medicina Materno – Infantile, Pediatria dello Sviluppo e dell'Educazione, Perinatologia

**IL DISTURBO DELLO SPETTRO FETALE ALCOLICO (FASD):
UN PROGETTO DI PREVENZIONE
RIVOLTO AGLI OPERATORI SANITARI, AI GIOVANI,
ALLE GESTANTI**

Settore scientifico-disciplinare **M-PSI/04**

DOTTORANDO :

STEFANIA BAZZO

RESPONSABILE DOTTORATO DI RICERCA: *PROF. ALESSANDRO VENTURA*

RELATORE E TUTORE: *PROF. LOREDANA CZERWINSKY DOMENIS.
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE*

CORRELATORE: *DOTT. GIUSEPPE BATTISTELLA.
AZIENDA ULSS N. 9 "TREVISO" - REGIONE VENETO*

ANNO ACCADEMICO 2009/2010

Indice

Introduzione.....	7
1. Il percorso di ricerca.....	10
Inquadramento generale del FASD e identificazione delle strategie di prevenzione.....	12
L'Az. ULSS n. 9 e le risorse professionali coinvolgibili nella prevenzione del FASD: mappatura e rilevazione di informazioni sull'esistente.....	13
I destinatari della prevenzione.....	15
Conclusioni, riflessioni operative e prospettive di sviluppo.....	16
2. Il Disturbo dello Spettro Fetale Alcolico (FASD): cause, caratteristiche, diagnosi, prevenzione.....	17
Il Disturbo dello Spettro Fetale Alcolico (FASD). Quadro generale.....	20
Definizioni.....	20
Il Disturbo dello Spettro Fetale Alcolico (FASD, "Fetal Alcohol Spectrum Disorders").....	20
La Sindrome Alcolica Fetale (FAS – "Fetal Alcohol Syndrome").....	21
Altre terminologie utilizzate per descrivere gli effetti dell'esposizione prenatale all'alcol.....	22
Fisiopatologia dell'esposizione intrauterina all'alcol.....	22
Meccanismi teratogeni dell'alcol ed effetti sullo sviluppo del Sistema Nervoso Centrale.....	22
Fattori che concorrono ai possibili danni dell'esposizione prenatale all'alcol....	23
Altri effetti legati all'esposizione all'alcol dal concepimento all'allattamento	25
Il dibattito sul consumo di alcol senza rischi in gravidanza.....	25
Epidemiologia della FAS e del FASD.....	26
Caratteristiche delle persone con FASD.....	27
Diagnosi.....	28
Prevenzione e trattamento del FASD.....	30
L'approccio multidisciplinare nel management del FASD.....	31
Il FASD: considerazioni critiche, etica, linee guida e prospettive di ricerca.....	32
Considerazioni etiche e posizioni critiche.....	32
Linee guida sul consumo di alcol in gravidanza.....	33
Prospettive di ricerca.....	33
La prevenzione del FASD.....	34
La prevenzione del FASD attraverso l'intercettazione delle donne che bevono in gravidanza.....	34
Lo screening preconcezionale e prenatale.....	34
La prevenzione attraverso la diagnosi di FAS.....	36
L'approccio multisettoriale ed integrato alla prevenzione del FASD in un'ottica di salute pubblica.....	36
La prevenzione del FASD attraverso approcci multisettoriali e integrati.....	37
Il dibattito sull'efficacia delle strategie di prevenzione.....	39

Gli attori nella prevenzione del FASD.....	42
I professionisti sanitari.....	42
Gli adolescenti e i giovani.....	43
La pianificazione della prevenzione del FASD. La contestualizzazione nella comunità	44
La situazione italiana	46
3. L'Azienda ULSS n. 9 Treviso e le risorse professionali coinvolgibili nella prevenzione del FASD. Gli studi sugli operatori del percorso nascita ed età evolutiva	48
L'Az. ULSS n. 9 Treviso. Caratteristiche socio-demografiche, mission, obiettivi	49
Gli studi	53
Materiali e metodi.....	53
Questionario.....	53
Reclutamento dei destinatari e somministrazione.....	55
Data management e analisi dei dati	56
Risultati. Professionisti sociosanitari dei percorsi nascita ed età evolutiva dipendenti dell'Az. ULSS n. 9.....	58
Parte descrittiva	58
Dati informativi	58
FAS e FASD: conoscenza ed esperienza.....	60
Opinioni sugli effetti dell'alcol in gravidanza, in allattamento e in generale	61
I consumi alcolici in gravidanza e allattamento: osservatorio del fenomeno e prassi professionale	63
La percezione dei consumi alcolici nelle donne del territorio dell'Az. ULSS n. 9	63
Le informazioni sull'uso di alcol in gravidanza e allattamento: contesti, frequenza, tipologie.....	65
Valutazione della ricerca e interesse per la tematica	66
Parte analitica	67
Risultati. Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta	69
Parte descrittiva	69
Dati informativi	69
FAS e FASD: conoscenza ed esperienza.....	69
Opinioni sugli effetti dell'alcol in gravidanza, in allattamento e in generale	70
L'osservatorio sui consumi alcolici in gravidanza e allattamento: percezione, esperienza ed atteggiamento professionale	71
La percezione dei consumi alcolici nelle donne del territorio	71
Le informazioni sull'alcol alle donne in gravidanza e allattamento: frequenza, contesti, tipologie	72
Valutazione della ricerca e interesse per la tematica	73
Parte analitica	74
Discussione	75
Considerazioni metodologiche	75
Considerazioni sui risultati.....	76
Considerazioni operative.....	77
4. I destinatari della prevenzione: adolescenti, giovani, donne in gravidanza.....	79

4.1 - Adolescenti	80
Materiali e metodi.....	80
Questionario: sviluppo qualitativo e predisposizione dello strumento.....	80
Selezione del campione, reclutamento e somministrazione.....	82
Data management e analisi dei dati.....	84
Risultati	85
Parte descrittiva	85
Informazioni anagrafiche e personali	85
Il consumo di bevande alcoliche	87
I consumi dichiarati del campione.....	87
I consumi riferiti di bevande in famiglia	88
Gli effetti dell'alcol sugli atteggiamenti di una persona.....	89
I determinanti della salute e del benessere.....	91
I fattori che contribuiscono alla salute e al benessere di una persona	91
La soddisfazione della propria vita.....	93
I determinanti di salute in gravidanza e le gravidanze nelle coetanee.....	94
I fattori che contribuiscono alla salute della donna incinta e del feto	94
Le gravidanze nelle coetanee	96
Validazione	97
Parte analitica.....	97
L'influenza del genere sulle opinioni e i comportamenti nei confronti dell'alcol	98
Caratteristiche e opinioni dei ragazzi in funzione del consumo di bevande alcoliche (AUDIT-C 1).....	98
Fattori anagrafici e familiari	98
I fattori generali del benessere: opinioni e soddisfazione della propria vita	99
Consumo di alcol nei ragazzi e consumo in famiglia.....	99
Le valenze soggettive del consumo di alcol in una donna	100
I determinanti della gravidanza sana e le gravidanze nelle coetanee	100
Caratteristiche dei ragazzi in funzione del "binge drinking" (AUDIT-C 3)	101
Fattori anagrafici e familiari	101
I fattori generali del benessere: opinioni e soddisfazione della propria vita	101
Il consumo in famiglia e le valenze del consumo	102
I determinanti della gravidanza sana e le gravidanze nelle coetanee	102
Alcune considerazioni su "consumo continuativo" e "binge drinking"	102
Discussione.....	103
Considerazioni metodologiche.....	103
Considerazioni sui risultati.....	104
Considerazioni operative	105
4.2 - Giovani neo-maggioresenni.....	107
Materiali e metodi.....	107
Questionario.....	107
Reclutamento del campione e somministrazione.....	109
Data management e analisi dei dati.....	109
Risultati	110
Parte descrittiva	110
Informazioni anagrafiche e personali	110
Il consumo di bevande alcoliche	111
I consumi dichiarati.....	111
I consumi riferiti di bevande in famiglia	113
Gli effetti del consumo di bevande alcoliche sugli atteggiamenti di una persona	113

I determinanti della salute e del benessere	115
I fattori che contribuiscono al benessere ed alla salute di una persona	115
La soddisfazione della propria vita	117
I determinanti di salute in gravidanza e le gravidanze nelle coetanee	118
I fattori che contribuiscono alla salute della donna incinta e del bambino	118
Le gravidanze nelle coetanee.....	119
Validazione	119
Parte analitica	120
Il rapporto tra aspetti anagrafici, familiari e l'uso di alcol.....	120
L'uso di alcol e le opinioni sugli effetti in una persona	121
I consumi di alcol, l'idea di salute e benessere e la soddisfazione della propria vita	123
L'uso di alcol, i determinanti della gravidanza sana e le gravidanze indesiderate	126
Discussione	127
Considerazioni metodologiche	127
Considerazioni sui risultati.....	127
Considerazioni operative.....	128
4.3 - Donne in gravidanza.....	129
Materiali e metodi.....	129
Questionario.....	129
Somministrazione.....	130
Data management e analisi dei dati	131
Risultati.....	131
Parte descrittiva	131
Informazioni anagrafiche e personali.....	131
Il consumo di bevande alcoliche.....	132
Consumi dichiarati prima e durante la gravidanza	132
Il consumo riferito di bevande in famiglia.....	134
Le opinioni sugli effetti del consumo di alcol sugli atteggiamenti di una persona	135
I determinanti della salute e del benessere	136
I fattori che contribuiscono alla salute e al benessere di una persona	136
La soddisfazione del vissuto.....	138
Le opinioni sui fattori utili alla salute di una donna incinta e del bambino.....	138
Le informazioni su "alcol e gravidanza"	140
Validazione	141
Parte analitica	141
I fattori associati al consumo di bevande alcoliche in gravidanza	141
I fattori legati alla diminuzione dei consumi in gravidanza	142
I fattori che influenzano il ricevere informazioni su "alcol e gravidanza/allattamento"	142
Discussione	143
Considerazioni metodologiche	143
Considerazioni sui risultati.....	143
Considerazioni operative.....	144

5. Conclusioni	145
Risultati degli studi	146
Professionisti sanitari.....	146
Donne in gravidanza	146
Adolescenti e giovani.....	147
Sviluppi operativi	149
Percorso di formazione per ostetriche/i ed infermieri pediatrici	150
Cartella informatizzata trasversale di anamnesi della donna	152
Campagna di Comunicazione “Mamma beve - Bimbo beve”	153
Prospettive future	153
Contributi originali della ricerca.....	154
 Bibliografia.....	 155

Introduzione

L'esposizione prenatale all'alcol, come ormai risulta da numerosi studi e ricerche in ambito internazionale, può avere conseguenze sullo sviluppo dell'embrione, del feto e del bambino. La presente ricerca si focalizza sulla prevenzione degli effetti che si possono manifestare in una persona la cui madre ha consumato bevande alcoliche in gravidanza, attualmente definiti come Disturbo dello Spettro Fetale Alcolico (FASD - "Fetal Alcohol Spectrum Disorders"). Questo termine descrive un continuum di conseguenze di maggiore o minore entità, che possono essere di tipo fisico, cognitivo e comportamentale, con implicazioni a breve e a lungo termine. La forma più grave e riconoscibile di FASD, la Sindrome Alcolica Fetale (FAS), è una diagnosi clinica riscontrata in figli di madri abusatrici di alcol in gravidanza ed è considerata da molti autori come una delle maggiori cause di disabilità cognitiva non genetica nel mondo occidentale.

È stata stimata una presenza di FAS nel mondo tra 0,5 e 3 bambini su 1000, anche se alcuni studi rivelano tassi più alti in diversi paesi, tra cui l'Italia. L'intero spettro del FASD, invece, sembra possa colpire l'1% di tutti i nati, anche se le stime riferite vanno considerate con molta cautela, a causa delle difficoltà nella rilevazione epidemiologica. Attualmente non c'è ancora concordanza nella comunità scientifica sulle quantità di alcol che possano essere considerate senza rischi per il nascituro.

Il management del FASD è complesso. La difficoltà ad attribuire un quadro clinico univoco a tutti i possibili effetti dell'esposizione prenatale e il complesso legame con le valenze culturali e sociali del consumo di alcol rendono difficile la prevenzione, la diagnosi e il trattamento. Poiché si ritiene che la causa delle varie problematiche comprese nella definizione di FASD sia il consumo di bevande alcoliche in gravidanza, di conseguenza si afferma che esse sono completamente prevenibili se la donna incinta si astiene dall'alcol. Nel corso degli anni, in ambito internazionale sono stati descritti diversi approcci alla prevenzione del FASD. La maggior parte di questi promuove l'astensione dall'alcol in gravidanza, attraverso l'implementazione di strategie articolate in differenti livelli di azione, che consistono sia nell'intercettazione e nel trattamento delle donne incinte e potenzialmente incinte che abusano di bevande alcoliche e/o hanno già figli con FASD, sia nell'avvio di percorsi di informazione ed educazione ad ampio raggio, rivolti alla comunità. Il presupposto è che diversi attori nella comunità possano avere un ruolo nella prevenzione del problema, primi fra tutti i professionisti sociosanitari, sviluppando una consapevolezza e mettendo in atto comportamenti volti a sostenere l'astensione in gravidanza. Questi approcci sono ritenuti importanti perché permettono di sensibilizzare tutti i possibili protagonisti

della prevenzione del FASD in una prospettiva di salute pubblica.

Anche se il dibattito intorno all'efficacia di queste strategie è aperto, i presupposti su cui si fondano possono essere considerati fondamentali per avviare percorsi di prevenzione, diagnosi e trattamento in un territorio. In particolare, gli approcci di comunità alla prevenzione del FASD, ampiamente descritti nelle esperienze del Nord America, si soffermano sulla necessità che qualunque azione di prevenzione sia contestualizzata a livello locale. Questa contestualizzazione prevede due passaggi fondamentali: la raccolta di informazioni sulla situazione testando le conoscenze e le opinioni sull'argomento, seguita dalla sensibilizzazione della comunità, costruita sulla base dei dati raccolti.

Nell'Azienda ULSS n. 9 di Treviso – Regione Veneto, la questione dell'uso di alcol in gravidanza e delle sue conseguenze sul nascituro è poco conosciuta ed è presente un approccio disomogeneo. Questa disomogeneità riflette una scarsa conoscenza riscontrabile anche a livello nazionale. Tuttavia, negli ultimi anni in alcuni dei servizi dell'azienda sanitaria si è manifestato un crescente interesse verso il rapporto tra alcol e gravidanza e, in particolare, verso le possibili strategie di prevenzione. Tale attenzione rientra in una più ampia strategia, finalizzata ad avviare percorsi di tutela della salute materno-infantile in un'ottica di salute pubblica e di comunità.

L'obiettivo di questa ricerca è contestualizzare l'argomento nel territorio dell'Az. ULSS n. 9, raccogliendo informazioni preliminari sulle conoscenze, gli atteggiamenti ed i comportamenti di differenti gruppi di popolazione, che possono essere protagonisti della prevenzione del FASD. Questi dati avranno la funzione di indicatori per la predisposizione e l'implementazione di programmi di sensibilizzazione e prevenzione del FASD, secondo l'ottica dell'astensione dall'alcol in gravidanza.

La ricerca si è sviluppata con sequenzialità progressiva e maggiorante. Essa è stata preceduta da un inquadramento teorico generale del FASD in una prospettiva psicopedagogica e da una mappatura generale dell'azienda sanitaria, delle sue caratteristiche e della sua organizzazione. Successivamente, sono stati definiti gli interessi e i bisogni conoscitivi sul tema, e questi sono stati comparati ed integrati con le esperienze di prevenzione descritte in letteratura. Sono stati poi individuati gli attori maggiormente coinvolgibili nella prevenzione del FASD, ovvero i professionisti sociosanitari che lavorano nelle aree materno-infantile e dell'età evolutiva. Tra i destinatari della prevenzione, invece, le donne in gravidanza, gli adolescenti e i giovani.

Sono stati realizzati cinque studi descrittivi, che hanno coinvolto rispettivamente professionisti sociosanitari (professionisti dipendenti dell'Az. ULSS n. 9, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta convenzionati), adolescenti di 14-15-16 anni, giovani di 18-19 anni e donne in gravidanza.

I dati raccolti dai professionisti sociosanitari hanno permesso di ottenere informazioni sul livello di conoscenza ed esperienza di FAS e FASD e sull'atteggiamento professionale rispetto al consumo di alcol in gravidanza.

È stato confermato un quadro disomogeneo e vario di approcci ed esperienze, che mostra la mancanza di una conoscenza e formazione condivisa della questione in ambito sociosanitario.

Per quanto riguarda gli eventuali destinatari della prevenzione, sembra che le donne in gravidanza siano un target relativamente a rischio: un terzo continua a bere anche in gravidanza, ma perlopiù in modo sporadico. Lo studio rivolto alle donne ha però evidenziato che una su tre ha ricevuto informazioni, spesso incomplete e difformi, su alcol e gravidanza, in modo occasionale e sporadico attraverso i mass media.

Sembra, invece, importante porre attenzione alle giovani, vista la presenza di comportamenti di consumo quali il “binge drinking” e il riscontro di opinioni favorevoli all’uso di alcol in gravidanza nelle ragazze bevitrici. Questa preoccupazione verso le adolescenti future madri è stata manifestata anche dai professionisti sociosanitari coinvolti negli studi.

Le strategie di prevenzione devono essere orientate verso progetti e approcci omogenei e condivisi. Questo livello di condivisione di strategie di prevenzione deve essere perseguito attraverso la formazione dei professionisti sanitari e la definizione di scelte operative che tengano conto anche di alcune posizioni critiche nei confronti della questione. L’obiettivo primario è dare informazioni coerenti e strutturate alle donne, ma soprattutto, favorire il riconoscimento delle donne ad alto rischio e l’invio a trattamenti specialistici.

Oltre a questo, appare importante sviluppare percorsi educativi per i giovani, non fornendo solo semplici informazioni, ma anche coinvolgendoli in un percorso più ampio di promozione alla salute nell’ambito della tutela materno-infantile, dove l’alcol rappresenta solo uno dei possibili fattori di rischio per la salute del feto. In questa prospettiva sarà anche possibile attenuare lo stigma, che inevitabilmente è presente nel consumo di alcol, e collocare la questione in una prospettiva più generale di promozione della salute.

Gli studi hanno suscitato attenzione e interesse all’interno dell’azienda sanitaria. Essi hanno facilitato un contatto tra i servizi delle aree materno-infantile, età evolutiva e delle dipendenze patologiche, favorendo un confronto costruttivo tra le diverse posizioni sull’argomento e ponendo le basi per l’avvio progetti integrati.

1. Il percorso di ricerca

La presente ricerca si colloca all'interno degli obiettivi di prevenzione dell'Azienda ULSS n. 9 di Treviso, che vedono la comunità di tutti i cittadini al centro della promozione della salute. Tra gli obiettivi dichiarati è presente la protezione della salute madre-bambino. In questo ambito l'azienda sanitaria propone l'avvio di programmi di prevenzione, di diagnosi e di trattamento dei danni che si possono manifestare in una persona esposta all'alcol in fase prenatale. L'azienda sanitaria ha manifestato una particolare attenzione sull'argomento per una serie di motivi.

- Il territorio dell'Azienda ULSS 9 presenta, come peraltro altri territori della nostra Regione, un significativo consumo di alcol da parte dei suoi cittadini¹ e una cultura tendente a valorizzare i benefici piuttosto che i rischi delle bevande alcoliche.
- I possibili danni che possono avere i soggetti esposti all'alcol in fase prenatale (FAS e FASD) sono considerati in numerosi paesi del mondo un problema di salute pubblica¹ e sono oggetto di numerosi studi.
- La forma clinicamente più grave, la Sindrome Alcolica Fetale (FAS), è ritenuta da molti autori la maggiore causa di disabilità cognitiva non genetica nel mondo occidentale.
- Tutte le problematiche legate all'esposizione prenatale all'alcol sono ritenute completamente prevenibili, in quanto la causa, il consumo di alcol da parte della madre, è un comportamento controllabile.

La questione non è stata fino ad ora affrontata nel territorio locale e sembra esserci poca consapevolezza del problema, sia da parte dei professionisti dell'Az. ULSS n. 9, sia nella comunità.

Avviare un approfondimento per sviluppare programmi di prevenzione appare sicuramente complesso. Il FASD è caratterizzato da una complicata relazione tra la sua causa, il consumo di alcol, e le conseguenze concrete sull'embrione, sul feto e sul bambino. Questa complessità si manifesta soprattutto a livello diagnostico. Infatti, attualmente non vi è nel mondo scientifico condivisione sui criteri di diagnosi di FAS e FASD. Anche perché alcuni danni di minore entità o

¹ Studio PASSI. Stato di salute e stili di vita tra i 18 e i 69 anni nell'Azienda ULSS 9. http://intranet.ulss.tv.it/magnoliaPublic/homepage/area-sanitaria-e-sociale/prevenzione/sisp/passi/contenuti/00/content_files/file/rappassi2009.pdf (ultimo accesso 12-09-2010)

parziali possono spesso essere simili ad altre patologie. Inoltre la mancanza di un consenso sulle quantità di alcol assumibili in gravidanza senza rischi, comporta difficoltà anche nell'identificare approcci e modelli di prevenzione condivisi. A seconda della prospettiva considerata, si può ritenere che la prevenzione debba essere rivolta solo alle donne abusatrici di alcol o a tutte le donne in generale. In tutto ciò, poi, entrano in gioco dinamiche economiche, sociali e culturali.

I percorsi di prevenzione del FASD in uno specifico territorio devono essere avviati in modo attento e progressivo, tenendo sempre in considerazione la complessità e la presenza di diverse sfaccettature.

Si ribadisce l'importanza che le strategie di prevenzione siano costruite sulla base di uno studio accurato e puntuale della realtà interessata, questo significa rilevare se il problema nel territorio considerato è presente, con quali caratteristiche, come lo si sta affrontando, quali idee e opinioni suscita nei cittadini e nei professionisti.

Date queste premesse, si è quindi ritenuto opportuno avviare un percorso di ricerca preliminare, finalizzato alla definizione di strategie di prevenzione, costruite ad hoc per il territorio dell'Azienda ULSS 9. Questa ricerca ha una funzione esplorativa, si sviluppa in modo progressivo e persegue i seguenti obiettivi generali:

- raccogliere informazioni, sulle conoscenze, gli atteggiamenti e i comportamenti sull'uso di alcol in gravidanza e le sue conseguenze sul nascituro;
- utilizzare le informazioni raccolte come indicatori per la predisposizione di programmi di prevenzione mirati e rispondenti alle reali caratteristiche ed esigenze del territorio.

Contemporaneamente, la ricerca ha l'obiettivo di aumentare la conoscenza e la consapevolezza del problema anche per l'avvio di percorsi di tipo diagnostico, in collaborazione con i servizi preposti.

La prima fase di ricerca ha visto un inquadramento teorico generale del Disturbo dello Spettro Fetale Alcolico, dal punto di vista clinico, epidemiologico, preventivo, attraverso l'analisi della letteratura esistente. Le indicazioni raccolte dall'approfondimento teorico hanno permesso di identificare e realizzare due percorsi di studio complementari.

1) L'identificazione degli operatori sociosanitari dell'Az.ULSS coinvolgibili come risorsa nella prevenzione del FASD e la raccolta di informazioni sulle loro conoscenze, opinioni, atteggiamenti e comportamenti. Questo ambito di studio è stato articolato in tre fasi:

- la mappatura generale dell'Az.ULSS 9 e delle sue caratteristiche (aspetti territoriali e demografici, mission, organizzazione, strutture, servizi),
- la rilevazione degli interessi generali sul tema attraverso il confronto con alcuni referenti significativi,
- la definizione degli operatori coinvolgibili come risorsa della prevenzione e la raccolta di informazioni attraverso la realizzazione di studi descrittivi.

2) L'identificazione dei destinatari della prevenzione e la predisposizione di studi descrittivi per la raccolta di informazioni su comportamenti e atteggiamenti dei target considerati.

I risultati raccolti sono stati analizzati e messi a confronto in funzione della definizione delle priorità di prevenzione e delle prospettive di sviluppo.

Le fasi della ricerca sono elencate nei paragrafi seguenti, in modo da fornire una panoramica generale del percorso fatto. Ciascuna delle fasi di studio è descritta in modo dettagliato nelle successive sezioni del presente lavoro.

Inquadramento generale del FASD e identificazione delle strategie di prevenzione

L'inquadramento generale della questione dell'esposizione prenatale all'alcol e delle sue conseguenze sul nascituro (FAS e FASD) è il risultato dell'analisi della letteratura esistente. Essa è stata effettuata tramite la consultazione di pubblicazioni scientifiche, di linee guida e di manuali prodotti da organismi e associazioni in ambito pubblico e privato, la navigazione nel Web, il confronto diretto con referenti significativi nazionali ed internazionali. L'obiettivo non era produrre un trattato sistematico sull'argomento, in quanto molti aspetti non sono propri di competenze professionali di tipo educativo, come quelle appunto che caratterizzano la mia formazione universitaria, ma fornire una serie di informazioni di base fruibili anche da parte di un professionista che si occupa di prevenzione in ambito socio-educativo. La decisione di dedicare un'ampia parte anche ai meccanismi fisiopatologici del FASD è funzionale a mettere in evidenza i diversi nodi critici che accompagnano la trattazione di questo argomento, e di cui è importante che anche un educatore sia consapevole per evitare il rischio di inopportune generalizzazioni.

L'analisi della letteratura scientifica esistente ha permesso di:

- descrivere il fenomeno
- fare il punto sull'entità e sugli sviluppi attuali della ricerca
- identificare le strategie di prevenzione utilizzate ed implementate a livello internazionale e nazionale.

Da quando la FAS è stata descritta in letteratura tra la fine degli anni '60 e i primi anni '70 sono stati e continuano ad essere pubblicati moltissimi articoli sull'argomento^{II}. La maggior parte delle ricerche e delle esperienze presenti in letteratura sono di provenienza internazionale, per lo più dal Nord America (Stati Uniti e Canada), mentre fin'ora in Italia sono stati descritti solo pochi casi ed è stato realizzato solo uno studio di prevalenza su ampia scala.

Dall'analisi della letteratura esistente emerge in modo evidente l'eterogeneità delle questioni implicate nel management della FAS e del FASD. Per quanto riguarda la prevenzione, sono state individuate le strategie più utilizzate a livello

^{II} Digitando i termini "alcohol" e "pregnancy" o "Fetal Alcohol Syndrome" o "Fetal Alcohol Spectrum Disorders" o "prenatal exposure alcohol" in PubMed, ad esempio, è possibile individuare migliaia di articoli

internazionale. Gli obiettivi riconosciuti della prevenzione sono l'astensione o almeno la riduzione del consumo di bevande alcoliche da parte delle donne in gravidanza.

Nella maggior parte delle esperienze descritte, tale finalità è perseguita attraverso approcci multisetoriali e integrati, che prevedono:

- l'intercettazione delle donne che bevono alcol in gravidanza, tramite test di screening oppure attraverso la diagnosi di FAS/FASD dei figli;
- il trattamento delle donne che bevono alcol in gravidanza, con un intervento che dipende dall'entità del consumo;
- la sensibilizzazione di altri target sensibili nella prevenzione, quali le donne in età fertile e i giovani in quanto futuri genitori;
- il coinvolgimento e la formazione di risorse da impiegare in modo attivo nella prevenzione, quali i professionisti sanitari e sociali;
- il coinvolgimento della comunità nelle sue diverse articolazioni come risorsa per promuovere e favorire l'astensione nelle donne in gravidanza.

La fattibilità e il successo delle azioni di prevenzione in realtà territoriali specifiche dipende da alcuni fattori:

- la conoscenza del territorio di riferimento;
- il consenso nella comunità ad affrontare la questione;
- il coinvolgimento di risorse impiegabili nella prevenzione;
- la contestualizzazione delle strategie d'intervento, con definizione delle priorità locali.

I presupposti individuati costituiscono i riferimenti di indirizzo della ricerca. Sebbene essi siano propri di esperienze prevalentemente del Nord America, si è ritenuto possibile utilizzarli come indicatori anche in questa realtà.

Questa parte di inquadramento teorico è descritta in modo approfondito nella seconda sezione del presente elaborato.

L'Az. ULSS n. 9 e le risorse professionali coinvolgibili nella prevenzione del FASD: mappatura e rilevazione di informazioni sull'esistente

Una volta identificate le strategie di prevenzione del FASD più condivise a livello internazionale, si è proceduto alla definizione dei professionisti coinvolgibili nella prevenzione del FASD nell'Az.ULSS 9 e alla realizzazione di due studi descrittivi finalizzati a raccogliere informazioni sull'argomento.

L'individuazione delle risorse professionali e la realizzazione degli studi sono state precedute da una fase di contestualizzazione preliminare dell'Az.ULSS n.9 (caratteristiche, mission, obiettivi), che è consistita in:

- la consultazione di documenti aziendali (atto aziendale, bilancio di salute, piani di zona);

- il confronto con un gruppo di professionisti referenziali per la questione alcol e gravidanza^{III}.

Il confronto e lo scambio con il gruppo di lavoro aziendale ha avuto luogo durante tutto il percorso di ricerca. Nella prima fase, sono stati realizzati diversi focus group e incontri individuali, che hanno permesso di individuare in modo orientativo gli interessi e i bisogni nei confronti dell'argomento.

È emerso un approccio disomogeneo sul consumo di alcol in epoca prenatale, che ha messo in evidenza diverse sfaccettature:

- sottostima diagnostica dei di FAS/FASD;
- assenza di dati sul fenomeno del consumo di alcol in gravidanza e di analisi delle sue caratteristiche;
- scarsa conoscenza delle opinioni e degli atteggiamenti della popolazione generale nei confronti dell'uso di alcol in gravidanza, e in particolare tra i gruppi di maggior rilievo;
- mancanza di omogeneità e di coordinamento nelle prassi professionali sulla questione, sia nell'ambito della prevenzione, sia della diagnosi.

I nodi critici appena descritti sono stati posti a confronto con il gruppo di referenti aziendali e sono stati tradotti in tre interessi conoscitivi:

- individuare i destinatari più sensibili alla prevenzione della FAS e del FASD e raccogliere informazioni sui loro atteggiamenti e comportamenti;
- individuare le risorse professionali che possono essere coinvolte nella prevenzione;
- identificare delle strategie da utilizzare per avviare programmi di prevenzione (azioni di sensibilizzazione, reti di servizi, protocolli di intesa), e avviare percorsi di tipo diagnostico.

Date queste premesse, sono stati individuati i seguenti professionisti più direttamente coinvolgibili nella prevenzione del FASD nei servizi Azienda ULSS 9:

- i professionisti sociosanitari delle aree materno infantile ed età evolutiva dei servizi dell'Az. ULSS 9;
- i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta del territorio convenzionati con l'Az. ULSS 9.

^{III} Il gruppo di professionisti appartiene a diversi servizi dell'azienda sanitaria ed è costituito da: il medico responsabile dell'U.O. di Alcologia del Dipartimento per le Dipendenze Patologiche di Treviso, il medico epidemiologo referente del servizio di Statistica ed Epidemiologia, il responsabile dell'U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia dell'ospedale di Treviso, il coordinatore ostetrico dell'U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia dell'ospedale di Treviso, un educatore professionale dell'UO di Alcologia del Dipartimento per le Dipendenze Patologiche di Treviso, il referente del servizio di Comunicazione e Marketing

Sono stati realizzati due studi descrittivi osservazionali, tramite somministrazione di questionari. Gli studi hanno i seguenti obiettivi:

- rilevare le conoscenze, le opinioni, l'osservatorio e la prassi professionale sul FASD, sul consumo di alcol gravidanza e anche in allattamento;
- utilizzare i dati raccolti come indicatori per la predisposizione di percorsi di formazione sulla prevenzione degli effetti dell'esposizione prenatale all'alcol, per l'avvio di confronti tra servizi sul tema e per la pianificazione di programmi condivisi.

Gli studi realizzati sono descritti in maniera completa nella terza sezione del presente lavoro. Essi sono preceduti da una presentazione generale dell'Azienda ULSS n. 9.

I destinatari della prevenzione

I destinatari della prevenzione nel territorio sono stati identificati nei seguenti target::

- le donne in gravidanza
- gli adolescenti e i giovani, maschi e femmine.

Le donne in gravidanza sono i destinatari prioritari in una prospettiva a breve termine, gli adolescenti e giovani, invece, maschi e femmine, sono target di interesse fondamentale nell'ottica di una futura genitorialità.

Sono stati realizzati tre studi descrittivi osservazionali, tramite somministrazione di questionari. Uno studio ha coinvolto le donne in gravidanza.

Due studi sono stati realizzati con la popolazione giovanile:

- un survey rivolto agli adolescenti di 14-15-16 anni;
- un survey rivolto ai giovani di 18-19 anni.

Lo studio rivolto alle donne in gravidanza ha i seguenti obiettivi:

- rilevare i consumi dichiarati di bevande alcoliche, e, conseguentemente, quanti feti risultano presumibilmente esposti all'alcol;
- rilevare le informazioni ricevute sul consumo di alcol in gravidanza e allattamento e le fonti di informazione;
- individuare i fattori associati al consumo di bevande alcoliche in gravidanza (determinanti).

Gli studi rivolti alle giovani generazioni hanno l'obiettivo di:

- rilevare i consumi di bevande alcoliche;
- rilevare le opinioni sul consumo di alcol in gravidanza.

I materiali e i metodi sono stati predisposti ed utilizzati in funzione dei diversi target. Essi sono descritti nei capitoli dedicati, nella quarta sezione del lavoro. È stato somministrato lo stesso questionario, predisposto appositamente per gli studi. Le versioni del questionario usate nei tre studi presentano alcune modifiche a seconda del target. Per evitare di focalizzare l'attenzione solo sull'alcol, nel questionario sono state inserite altre domande più generali sulla salute. Questi ulteriori item si sono rivelati molto utili per contestualizzare le abitudini e gli atteggiamenti associati all'uso di alcol in una più ampia dimensione di salute e benessere.

Conclusioni, riflessioni operative e prospettive di sviluppo

Gli studi hanno permesso di raccogliere numerose informazioni sia sui professionisti impiegabili nella prevenzione del FASD, sia sui destinatari ritenuti fondamentali nella prevenzione. Le informazioni sono state utilizzate come indicatori per:

- identificare le priorità su cui indirizzare le strategie operative e i piani di prevenzione degli effetti dell'esposizione all'alcol in gravidanza.
- Individuare eventuali aspetti su cui orientare altri approfondimenti di studio.

La realizzazione degli studi ha permesso anche di raccogliere un consenso nei confronti della ricerca che ha reso possibile un confronto critico sul tema tra alcuni dei soggetti coinvolti.

L'analisi dei risultati, l'interpretazione in funzione dell'implementazione di piani di prevenzione e gli sviluppi operativi della ricerca sono descritti e discussi a conclusione di ciascuno studio e nel capitolo finale del presente lavoro.

È importante ribadire che questa ricerca ha finalità conoscitive funzionali ad approcci educativi, rientra nell'ambito della prevenzione e non si occupa della diagnosi. Tuttavia, nei tre anni di ricerca l'aumento della consapevolezza sul tema ha suscitato attenzione e interesse anche in professionisti competenti nella diagnosi. La diagnosi delle patologie comprese nella definizione di FASD potrebbe essere uno sviluppo di ricerca nel territorio dell'azienda sanitaria e anche in altre aziende sanitarie che si sono dimostrate interessate alla questione.

2. Il Disturbo dello Spetto Fetale Alcolico (FASD): cause, caratteristiche, diagnosi, prevenzione

La prima sezione del presente elaborato è dedicata ad una descrizione generale Disturbo dello Spetto Fetale Alcolico (FASD, “Fetal Alcohol Spectrum Disorders”), dal punto di vista delle cause, della diagnosi, delle caratteristiche, del trattamento e della prevenzione. Questa esposizione non vuole essere un trattato sistematico sull’argomento, ma appare indispensabile per poter contestualizzare l’approccio psico-pedagogico. Essa è frutto di un confronto costante con differenti figure professionali (medici con differenti specializzazioni, ostetriche, pedagogisti ed educatori^{IV}). I contenuti sono stati selezionati ed organizzati in funzione di una fruibilità da parte di professionisti non medici, in particolare operatori in ambito socio-educativo. L’obiettivo è fornire un inquadramento generale ma non generico dell’argomento, per permettere anche ad un professionista non medico di comprendere la complessità che caratterizza l’argomento. Per questo, è stata utilizzata una bibliografia eterogenea, ma senza entrare nel merito di competenze proprie di altre discipline.

^{IV} In particolare, mi sono avvalsa della consulenza della dr.ssa Patrizia Riscica, medico

La sezione è articolata in tre capitoli.

Nel primo capitolo sono descritti:

- definizioni
- cause
- caratteristiche peculiari degli individui che presentano il problema
- diagnosi e trattamento
- considerazioni etiche, linee guida e prospettive di ricerca.

Nel secondo capitolo si approfondiscono le strategie di prevenzione del Disturbo dello Spettro Fetale Alcolico e della sua forma clinicamente più grave, la Sindrome Alcolica Fetale (FAS) descritte nella letteratura internazionale. Quasi tutti gli approcci sono definiti “integrati” o “olistici”. Le caratteristiche che li contraddistinguono sono essenzialmente tre: il coinvolgimento di diversi attori pubblici e privati, la molteplicità dei livelli e delle tipologie di intervento messi in atto ed una prospettiva di salute pubblica e di comunità.

Nel terzo capitolo si delinea la situazione in Italia.

La ricerca bibliografica è stata effettuata con modalità differenti. Gli articoli e le pubblicazioni sono stati individuati prevalentemente con PubMed. Altri canali di ricerca on line utilizzati per il recupero di documentazione sono: Google advanced search, i siti web di European FASD Network, Cochrane database, Public Health Agency of Canada, U.S. Department of Health and Human Services' Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA); U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), University of Washington FAS Diagnostic & Prevention Network (FAS DPN), World Health Organization (WHO) e, in Italia, dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Alcuni documenti sono stati recuperati grazie alla disponibilità e al confronto con dei referenti nazionali ed internazionali^V.

^V Tra i professionisti contattati, si ricorda la dr.ssa Diane Black (Foetaal Alcohol Syndroom Stichting Nederland), il prof. Emanuele Scafato (Istituto Superiore di Sanità), la dr.ssa Tiziana Codenotti (EUROCARE; European Alcohol Policy Alliance)

Il Disturbo dello Spettro Fetale Alcolico (FASD). Quadro generale

Definizioni

Il Disturbo dello Spettro Fetale Alcolico (FASD, “Fetal Alcohol Spectrum Disorders”)

Il termine Disturbo dello Spettro Fetale Alcolico^{VI} (FASD, “Fetal Alcohol Spectrum Disorders”^{VII}) descrive lo spettro di effetti che si possono manifestare in una persona la cui madre ha bevuto bevande alcoliche durante la gravidanza. L'alcol è riconosciuto come una sostanza potenzialmente teratogena, in grado di indurre anomalie nello sviluppo embrionale e fetale^{2 3}. Le conseguenze dell'esposizione prenatale all'alcol comprendono un continuum di effetti⁴ che includono disabilità e

^{VI} “Disturbo dello Spettro Fetale Alcolico” è la traduzione di “Fetal Alcohol Spectrum Disorders” ritrovata più frequentemente nella documentazione italiana (ad esempio, la denominazione “Disturbi dello Spettro Fetale Alcolico” è usata nella Gazzetta Ufficiale dell’Unione Europea, “Strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol. Risoluzione del Parlamento Europeo del 5 settembre 2007 su una strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol”. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:187E:0160:0166:IT:PDF>. Ultimo accesso 28-10-2010). Un'altra possibile traduzione è “Spettro dei disordini feto-alcolici” (fonte: http://www.epicentro.iss.it/problemi/alcol_fetale/alcol_fetale.asp#Prevenzione. Ultimo accesso 28-10-2010). Spesso, comunque, si utilizza anche nel nostro paese la denominazione originale inglese

^{VII} “Fetal Alcohol Spectrum Disorders” è il termine utilizzato negli Stati Uniti e nella maggior parte dei paesi anglofoni. In alcuni casi, soprattutto in Canada, si trova anche la forma al singolare, “Fetal Alcohol Spectrum Disorder”

problemi di tipo fisico, mentale, comportamentale e/o di apprendimento, con implicazioni che possono durare tutta la vita^{VIII}.

La tipologia e l'intensità degli effetti sul nascituro variano a seconda della quantità di alcol bevuta, del pattern di consumo materno, dello stadio della gravidanza, dell'interazione con altri possibili fattori di rischio⁵. Il termine FASD non è una diagnosi, è stato introdotto recentemente⁶ e riassume diverse terminologie e categorie diagnostiche usate nel corso degli anni per indicare i vari danni legati all'esposizione prenatale all'alcol^{7 8}.

La Sindrome Alcolica Fetale (FAS – “Fetal Alcohol Syndrome”)

La forma più grave e clinicamente più riconoscibile di FASD è la Sindrome Alcolica Fetale (FAS, “Fetal Alcohol Syndrome”)^{9 10}. La FAS è riscontrata nei figli di donne con un abuso di alcol¹¹ e ad ora 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 alla fine degli anni '60 in Francia¹² e all'inizio degli anni '70 negli Stati Uniti¹³.

La Sindrome Alcolica Fetale è caratterizzata dalla presenza di anomalie quali:

- ritardo nella crescita prenatale e/o postnatale (peso e/o lunghezza e circonferenza cranica inferiore al decimo percentile);
- danni del Sistema Nervoso Centrale (alterazioni neurologiche, ritardo nello sviluppo mentale con deficit intellettivi e comportamentali);
- malformazioni craniofacciali caratteristiche, quali 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^{2 14 15}.

Inoltre, possono manifestarsi malformazioni congenite di tipo scheletrico, cardiaco, urogenitale, oculare, uditivo^{16 17}.

Molti considerano la FAS la causa di disabilità prevenibile, di tipo cognitivo e non genetico, più comune nel mondo occidentale^{18 19 9}.

^{VIII} FASD Terminology Summit Consensus Statement, 2004;

<http://www.nofas.org/advocate/terminology.aspx>. Nel 2004, negli Stati Uniti, la National Organization on Fetal Alcohol Syndrome (NOFAS) ha convocato i rappresentanti delle tre agenzie federali (National Institutes of Health [NIH], CDC, e la Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA]) ed esperti nel settore, per predisporre una definizione di FASD. Il risultato è la seguente definizione, qui riportata in lingua originale: “Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) is an umbrella term describing the range of effects that can occur in an individual whose mother drank alcohol during pregnancy. These effects may include physical, mental, behavioral, and/or learning disabilities with possible lifelong implications. The term FASD is not intended for use as a clinical diagnosis”

Altre terminologie utilizzate per descrivere gli effetti dell'esposizione prenatale all'alcol

Nel corso degli anni sono stati adottati diversi termini per identificare differenti effetti dell'esposizione prenatale all'alcol^{IX}:

- "Fetal Alcohol Effects" (FAE – Effetti effetti fetali dell'alcol)^{20 21}
- "partial FAS" (pFAS – FAS parziale)
- "Alcohol-related neurodevelopmental disorders" (ARND – Disturbi dello sviluppo neurologico alcol-correlati)
- "Alcohol-related birth defects" (ARBD – Difetti alcol correlati alla nascita)¹⁶
- "Static encephalopathy" (Encefalopatia statica)²².

Queste diverse terminologie si riferiscono a situazioni cliniche in cui non tutte le caratteristiche della FAS sono presenti, oppure appaiono meno evidenti.²³ In particolare le alterazioni del Sistema Nervoso Centrale comporterebbero una serie di alterazioni cognitive e comportamentali a breve e a lungo termine^{24 25} che spesso sono difficili da identificare, perché possono subire modificazioni nel corso della vita e, inoltre, possono essere confuse con altre patologie^{26 17}.

Fisiopatologia dell'esposizione intrauterina all'alcol

Meccanismi teratogeni dell'alcol ed effetti sullo sviluppo del Sistema Nervoso Centrale

L'effetto teratogeno dell'alcol è stato molto studiato e sono stati individuati diversi meccanismi patogenetici. Tali meccanismi possono essere diretti e indiretti²⁷, sono diversi nei vari stadi dello sviluppo fetale, sono dose dipendenti^{28 29}. Le evidenze sui meccanismi patogenetici dell'alcol derivano prevalentemente da studi sugli animali³⁰. L'alcol attraversa la placenta e raggiunge concentrazioni nel sangue fetale simili a quelle materne³¹. Prevalentemente l'alcol agisce sull'organismo fetale provocando necrosi e apoptosi cellulare^{32 33 34 35}.

In una review recente Ornoy³⁶ descrive i seguenti meccanismi fisiopatologici:

- stress ossidativo
- alterata sintesi delle prostaglandine

^{IX} Traduzione a cura della dr.ssa Codenotti Tiziana (EUROCARE)

- alterazioni neuronali (in particolare su ippocampo, cervelletto e cellule della cresta neurale)
- disordini endocrini
- espressività dei geni.

Un ulteriore meccanismo d'azione può essere rappresentato dai cambiamenti persistenti del comportamento fetale dovuti all'esposizione all'alcol³⁷.

Sebbene non siano ancora stati chiariti tutti i meccanismi molecolari con cui l'alcol agisce sul normale sviluppo del feto, anche studi recenti sottolineano come i risultati possano essere drammatici e irreversibili³⁸. È soprattutto il Sistema Nervoso Centrale ad essere vulnerabile all'azione teratogena dell'etanolo. Gli effetti sul SNC possono manifestarsi durante l'infanzia e l'adolescenza e persistere tutta la vita. Numerosi studi, in particolare con l'utilizzo tecniche di neuroimmagine³⁹, hanno messo in evidenza le anomalie strutturali che possono caratterizzare il cervello di un bambino esposto all'alcol, supportando l'ipotesi che esse non investano il cervello in modo globale, ma siano relative ad aree specifiche^{40 41}. Dal punto di vista strutturale, possono essere presenti alterazioni della forma, del volume e dell'area superficiale dell'encefalo e di alcune sue parti⁴², a cui si associano anomalie funzionali⁴³. Lo studio di queste anomalie può permettere una migliore comprensione dei processi neurali sottesi ai problemi neuropsicologici riportati nei soggetti con FAS e FASD²².

Fattori che concorrono ai possibili danni dell'esposizione prenatale all'alcol

L'entità del danno causato dall'esposizione prenatale all'alcol dipende da diversi fattori. I principali sono le quantità di alcol consumata, il pattern di consumo e lo stadio della gravidanza^{5 44}. Gli effetti più gravi sul bambino derivano da un consumo elevato e continuativo da parte della donna⁴⁵.

Per quanto riguarda il pattern di consumo, bere grandi quantità di alcol in un'unica occasione, ad esempio 4-5 bicchieri o più ("binge drinking") può essere particolarmente dannoso per lo sviluppo dell'embrione e del feto, in quanto viene esposto ad elevate concentrazioni di alcol in un tempo ridotto⁵. Diversi studi sostengono che ci siano conseguenze negative dovute all'esposizione prenatale al binge drinking^{46 47 48}.

Jacobson e Jacobson⁴⁹ riportano che i figli di donne che hanno bevuto in media 5 o più bicchieri in un'unica occasione una o più volte a settimana possono avere deficit cognitivi significativi. Questi deficit si possono manifestare anche nel caso di consumi ripetuti di 3-4 Unità Alcoliche^X per volta⁵⁰. Secondo alcuni autori il "binge

^X 1 Unità Alcolica (U.A.) corrisponde a circa 12 grammi di etanolo. Tale quantità è contenuta in un

drinking” è associato solo ad effetti di tipo neurocomportamentale⁵¹, per altri, sembra essere associato a un rischio maggiore di morte fetale⁵².

Gli effetti dell'alcol si differenziano anche in base allo stadio di gravidanza. Ci sono dei periodi più critici in cui c'è una maggiore vulnerabilità fetale al danno alcolico⁵³, quali il periodo del concepimento² e nelle prime settimane di gestazione: infatti gli effetti teratogeni primari si manifesterebbero soprattutto nelle prime settimane di embriogenesi⁵⁴. Le conseguenze in chi è stato esposto all'alcol durante tutta la gravidanza possono essere diverse da chi è stato esposto solo nel primo periodo o solo in uno specifico stadio²³.

Vi sono anche altri fattori che possono contribuire agli effetti, attenuando o intensificando il danno^{55 56 57 58}.

- metabolismo dell'alcol materno e fetale
- diversa suscettibilità genetica^{59 60}
- differenza di vulnerabilità in diverse aree cerebrali
- stato nutrizionale materno
- età della madre^{61 62}
- uso concomitante di tabacco e droghe
- presenza di fattori associati alla povertà.

Alcuni autori sottolineano come la maggior presenza di FAS nelle classi sociali più svantaggiate non siano legate a maggiori consumi alcolici, in quanto l'uso di alcol attraversa tutte le classi sociali e negli Stati Uniti sembra essere più comune nelle classi medio-alte che nelle più povere^{63 64}. Nella riduzione del consumo di alcol in gravidanza possono avere un ruolo le differenze di razza⁶⁵.

I diversi meccanismi teratogeni dell'alcol e le interazioni con altri fattori di rischio possono avere conseguenze a breve e a lungo termine. Ogni persona esposta all'alcol in fase prenatale può manifestare diverse combinazioni di effetti alcol-relati, che rendono difficile la comparazione tra un individuo e un altro³³. La diagnosi di FAS identifica solo una piccola parte di queste persone⁴⁰ in quanto, come già evidenziato, solo un numero limitato di madri alcoliste avranno bambini con FAS.⁶⁶ Sembra che con dosi alte e ripetitive 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 parziali³⁶. Anche se non è definita chiaramente una quantità di alcol che causi la FAS, è stato rilevato che consumi riferiti di almeno 1,5 drink al giorno o 10 drink a settimana siano associati ad una maggiore incidenza di FAS/FASD⁶⁷. Diversi studi riportano che le donne che hanno avuto un figlio con FAS e che continuano a bere nelle successive gravidanze danno alla luce figli con problemi sempre più gravi^{68 69 70}.

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)

Altri effetti legati all'esposizione all'alcol dal concepimento all'allattamento

Oltre alle conseguenze fisiche, cognitive e comportamentali comprese nel range del FASD, l'esposizione intrauterina alcol può essere causa di aborti spontanei⁷¹⁷², di parto pre termine^{73 74 75} di feti piccoli per l'età gestazionale e di morte perinatale⁷⁶ o postneonatale⁷⁷. Altri effetti documentati in letteratura sono: ridotto punteggio dell'Apgar, riduzione della frequenza e dell'ampiezza della capacità di succhiare il latte, un'alterazione del ritmo sonno-veglia, ipotonia, tremori, ridotto tono corporeo nei neonati⁵⁶.

Alcuni autori ritengono che l'alcol possa avere effetti anche in allattamento, in quanto passa al bambino attraverso il latte materno^{78 79}. Una di queste conseguenze può essere una riduzione della quantità di latte assunta dal bambino dopo il consumo di alcol da parte della madre⁸⁰.

L'alcol può interferire con l'intero ciclo riproduttivo, femminile e maschile: gli effetti tossici possono avere un impatto sul concepimento interferendo con la qualità dell'ovocita e dello sperma e un consumo elevato di alcol è associato ad un aumentato rischio di infertilità e di alterazioni del ciclo mestruale^{81 82}.

Il dibattito sul consumo di alcol senza rischi in gravidanza

Una questione ancora aperta nel mondo scientifico è se esista una quantità di alcol che possa essere consumata senza provocare danni al bambino. Numerosi studi hanno analizzato gli effetti di basse quantità di alcol sul feto, tuttavia i dati della ricerca esistente sono ancora inconcludenti⁸³. Questo può essere spiegato dalla variabilità delle definizioni dei livelli di consumo⁸⁴, dai problemi metodologici nei disegni di studio e nell'analisi dei dati, dalle difficoltà nel determinare l'importanza di fattori confondenti (come ad esempio la predisposizione genetica)⁹

Il consumo in gravidanza di una media di 2 bicchieri al giorno sembra essere associato ad una diminuzione del QI in età scolare⁸⁵. Il consumo in gravidanza di 1-2 bicchieri al giorno, è associato a disturbi dell'attenzione e del comportamento nell'infanzia⁸⁶. Secondo Jacobson, il consumo di 7 drink a settimana può essere associato a problemi cognitivi e comportamentali nel bambino, anche se il pattern di consumo può avere la sua influenza⁵⁰. Altri studi riportano deficit nelle abilità scolastiche (quali lo spelling e la lettura) a partire dal consumo di 1 drink al giorno⁸⁷. 1 drink al giorno può essere associato a basso peso alla nascita e a parto pretermine⁸⁸. Altri studi hanno rilevato che il consumo fino a 1 drink a settimana può comportare in età prescolare e scolare problemi di attenzione, problemi relazionali, emozionali, comportamentali^{89 90}.

Una review dello Swedish National Institute of Public Health del 2008 conclude che anche dosi moderate di alcol, fino ad 1 bicchiere alla settimana, possano avere un

impatto sullo sviluppo cognitivo e socio-emozionale del bambino in età prescolare e scolare⁹¹. Henderson, in una review pubblicata nel 2007, individua negli studi analizzati debolezze metodologiche che impediscono di trarre conclusioni: l'analisi delle evidenze non permette d'identificare livelli di consumo sicuri in gravidanza⁹². Alcuni studi non rilevano deficit clinicamente rilevanti in bambini nati da madri che hanno bevuto basse dosi di alcol, ad esempio fino a 1-2 bicchieri a settimana, rispetto ai figli di madri astinenti^{93 94}.

Secondo altri studi, tuttavia, è possibile che livelli moderati di esposizione all'etanolo in gravidanza possano comportare un "fetal learning" dell'etanolo e che, pertanto, anche se non sono causa di evidenti alterazioni morfologiche o neuro-comportamentali nel bambino, possano avere un'influenza sull'uso di alcol nel corso della vita⁹⁵.

Attualmente, è ancora difficile definire la dose senza effetti per l'embrione e l'esatta relazione dose-risposta: la ricerca è ancora in corso³⁶. I ricercatori stanno continuando a studiare i meccanismi biochimici che sottostanno agli effetti dell'alcol, con l'obiettivo di individuare se ci siano fattori di protezione in gravidanza, come ad esempio gli antiossidanti⁹⁶ e se possano essere utilizzati dei trattamenti farmacologici a fini preventivi³³.

Epidemiologia della FAS e del FASD

La stima della prevalenza di FAS e FASD varia da popolazione a popolazione e da studio a studio. La letteratura sulla prevalenza non è conclusiva. Le difficoltà di stimare il FASD possono essere dovute ai differenti metodi di ricerca utilizzati, alla mancanza di sistemi accurati e routinari di raccolta dei dati e di criteri di diagnosi uniformemente accettati ed infine ad una scarsa conoscenza del problema in ambito sanitario⁹⁷. Diversi studi hanno suggerito come la FAS e il FASD siano spesso sottodiagnosticati^{98 99 100}.

La FAS è stata riscontrata in diversi paesi nel mondo²⁷ anche se è più comune nelle popolazioni che sperimentano alti livelli di povertà o deprivazione sociale, quali le popolazioni afroamericane degli Stati Uniti e le popolazioni indigene del Canada, degli Stati Uniti e dell'Australia⁹.

La prevalenza generale della FAS è stata stimata tra lo 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 stimata tra 0,5 e 2 su 1000 nati vivi⁹⁷, con tassi minori tra gli europei e maggiori tra le popolazioni indigene⁶⁶. Uno studio compiuto in Sud Africa su bambini in età scolare, ha stimato una prevalenza di FAS lievemente superiore ai 40 casi su 1000¹⁰¹. L'intero spettro del FASD è stimato invece intorno ai 9 casi su 1000 nati vivi¹⁰², dato ribadito anche da rilevazioni più recenti, secondo le quali la prevalenza del FASD nel mondo è intorno all'1% di tutti i nati¹⁰³.

In Europa, in Francia, è stato stimato che ogni anno sulle 750.000 nascite nascono dai 700 ai 3.000 bambini con FAS, con tassi più alti in alcune regioni¹⁰⁴. Altre rilevazioni francesi riportano una prevalenza di circa 2 casi su 1000 bambini^{105 102}. In Russia, si stima che la FAS in alcune aree possa avere una prevalenza superiore ai 50 bambini su 1000¹⁰⁶.

In Italia uno studio prospettico effettuato per valutare la prevalenza della FAS e della FASD nei bambini di scuola primaria ha stimato una prevalenza di FAS tra i 3,7 e i 7,4 casi su 1000 bambini, ed un tasso di FASD tra i 20,3 e i 40,5 su 1000 bambini¹⁰⁷.

Caratteristiche delle persone con FASD

Le persone con FASD possono manifestare un ampio spettro di alterazioni cognitive e comportamentali^{108 109}. Possono avere un QI più basso, hanno problemi scolastici e di apprendimento¹¹⁰, in particolare nel campo dell'aritmetica, e nelle funzioni adattive¹¹¹. I bambini con FASD hanno dei deficit nell'elaborazione ed integrazione delle informazioni¹¹². Le disabilità primarie che si possono manifestare in un individuo con FASD possono essere così riassunte^{113 114}:

- 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^{115 116}
- alterazioni dei sistemi sensoriali
- impulsività
- disadattamento sociale.

I bambini con FASD hanno comportamenti associati spesso a quelli dei bambini con deficit di attenzione ed iperattività (ADHD). Tuttavia, secondo alcuni studi i bambini con FAS o FASD non hanno necessariamente gli stessi deficit neurocognitivi dei bambini con ADHD e, anzi, mostrano un profilo comportamentale distinto^{117 118}.

Le persone con i deficit elencati sono più vulnerabili e possono manifestare disabilità secondarie in adolescenza ed età adulta, quali disoccupazione, perdita della famiglia, maggiore morbilità e mortalità, uso di sostanze psicoattive, problemi psichiatrici, problemi scolastici, problemi con la giustizia, comportamento sessuale inappropriato^{119 120}.

Un contesto di vita sano può migliorare le condizioni del soggetto proteggendolo dallo sviluppo delle disabilità secondarie. I fattori protettivi per un soggetto con FASD sono un contesto familiare stabile, non essere vittime di violenza, essere seguiti da servizi specializzati nelle disabilità dello sviluppo, avere ricevuto una diagnosi precoce¹²¹.

Diagnosi

La diagnosi della FAS e delle diverse sindromi comprese nella definizione di FASD rappresenta una sfida complessa, in continua evoluzione e ancora in corso^{122 123}.

Le sfide legate alla diagnosi sono descritte in letteratura e riguardano:

- difficoltà a raccogliere informazioni precise sul consumo di alcol nelle donne in gravidanza¹²⁴;
- difficoltà legate alla variabilità delle espressioni individuali delle sindromi ed alla diagnosi differenziale;
- scarsa conoscenza del problema in ambito sanitario e barriere culturali;
- mancanza di criteri diagnostici precisi e uniformemente accettati, mancanza di esperti e cliniche specializzate.

La diagnosi di FAS può essere fatta durante tutto l'arco della vita, anche se per la maggior parte delle persone è stata fatta durante l'infanzia⁷.

La diagnosi precoce è possibile solo in alcuni casi. Nell'infanzia, i danni del SNC dovuti all'esposizione prenatale sono difficili da identificare e diventano maggiormente evidenti nell'infanzia durante lo sviluppo^{16 125}. La diagnosi è complicata anche dal fatto che le caratteristiche fisiche associate alla FAS sono soggette a modifiche nel tempo, ad esempio i deficit della crescita e le alterazioni craniofacciali possono diventare meno evidenti con la pubertà²³. Non esiste una tipica FAS o un tipico FASD, ma tutti gli individui con FAS e FASD presentano deficit specifici e necessitano di strategie di supporto¹²⁶.

Secondo alcuni autori¹²⁷, nel Nord America le difficoltà diagnostiche da parte dei professionisti sanitari possono essere legate ai seguenti aspetti.

- Molti medici non conoscono la FAS. In alcuni casi la FAS non viene riconosciuta dai professionisti sanitari neppure nelle donne ad alto rischio¹²⁸.
- Molti medici ritengono che sia possibile utilizzare gli stessi programmi di intervento per tutte le forme di ritardo mentale o di deficit di attenzione e non riconoscono i complessi meccanismi di danno cerebrale che caratterizzano i soggetti esposti all'alcol durante la gestazione. Inoltre spesso non considerano l'importanza della diagnosi precoce della FAS, sia per il bambino stesso che per eventuali altre gravidanze della madre.

- Diversi operatori socio sanitari temono che la diagnosi possa stigmatizzare il bambino e la famiglia, esiste poi una certa riluttanza nel diagnosticare una condizione non curabile. Questo è evidenziato da alcuni studi che hanno rilevato nei professionisti la preoccupazione che la diagnosi possa essere troppo penalizzante, tanto che non vengono richieste di routine informazioni sul consumo di alcol e non c'è una condivisione sul fatto che una donna incinta debba astenersi dall'alcol^{129 130}.
- I pazienti con la FAS e le loro famiglie necessitano di servizi di supporto per attuare interventi educativi e riabilitativi, trattamenti specifici per i problemi alcolcorrelati ed eventuale assistenza giudiziaria. La maggior parte degli operatori socio sanitari non conosce i programmi di intervento in queste aree, non è collegata con altri professionisti ed, inoltre, molti pensano che la questione sia estranea alla loro competenza.

Una diagnosi e un intervento precoce per i bambini con FAS sono ritenuti fondamentali soprattutto per la gestione delle problematiche sociali e di apprendimento^{131 132}. I bambini con FAS dovrebbero essere identificati il prima possibile ed essere indirizzati ad interventi finalizzati alla prevenzione delle disabilità secondarie¹⁶.

Attualmente non esiste una uniformità nei criteri di diagnosi e nelle linee guida per prevenire i danni dovuti all'esposizione prenatale all'alcol. Nel corso degli anni sono state proposte diverse linee guida per identificare i criteri di screening e di diagnosi della FAS e della FASD, quali:

- Institute of medicine Guidelines¹⁶
- 4-Digit Diagnostic Code¹³³
- Hoyme Updated Institute of Medicine Criteria¹³⁴
- Canadian FASD Guidelines¹²³
- Centre for Disease Control Guidelines⁷
- British Medical Association Guidelines⁸³.

Recenti studi sui servizi di diagnosi del FASD a livello internazionale hanno evidenziato la mancanza di uniformità diagnostica del FASD, nonché di risorse, metodi e servizi offerti. Un articolo pubblicato nel 2008 da Peardon, finalizzato a descrivere i servizi specialistici di diagnosi e trattamento del FASD a livello internazionale, ha sottolineato come attualmente non sussista una condivisione dei criteri diagnostici. Queste diversità riducono la possibilità di comparazione dei dati e contribuiscono alla confusione diagnostica tra professionisti sanitari. Tutti i centri di diagnosi, invece, condividono l'importanza di avvalersi di team multidisciplinari¹³⁵. Attualmente la diagnosi e il trattamento del FASD sono una prerogativa dei paesi del Nord America. Nel mondo sono presenti 34 centri specialistici, di cui 29 nel Nord America e solo 5 da altri paesi, di cui 2 in Europa).

Prevenzione e trattamento del FASD

Per ridurre la morbilità del FASD possono essere utilizzati diversi approcci di prevenzione e di trattamento riabilitativo. Il management del FASD è solitamente diviso in due grandi aree³⁰. La prima, relativa alla prevenzione primaria riguarda l'informazione dei rischi dell'uso di alcol in gravidanza e la promozione di comportamenti protettivi. La seconda, relativa alla prevenzione secondaria, meno studiata, riguarda il trattamento e la riabilitazione delle persone che presentano la sindrome. All'interno di queste aree il management del FASD si sviluppa a diversi livelli: la prevenzione, lo screening, la diagnosi, l'intervento terapeutico, l'approccio di rete, la formazione e la formazione dei professionisti sanitari, il monitoraggio, la valutazione e la sorveglianza¹³⁶.

Sia le disabilità primarie sia le disabilità secondarie associate al FASD sono prevenibili al 100% se le donne si astengono dal consumo di alcol durante la gravidanza. La prevenzione del FASD è quindi considerata una strategia fondamentale per la riduzione dei casi di FAS e FASD. Si ritiene che il FASD contribuisca all'aumento della morbilità, dei costi sociali e della disparità di salute. È difficile misurare i costi sociali del FASD, ma secondo alcune stime sono alti^{137 138}.

Attualmente ci sono ancora poche evidenze sulla tipologia e qualità degli interventi specifici per il trattamento e la riabilitazione del FASD¹³⁵ e questo comporta anche una scarsa attenzione alla diagnosi da parte di alcuni professionisti¹³⁹. Le persone affette da FAS non diagnosticata o non specificatamente trattate afferiscono comunque ai servizi socio sanitari esistenti. L'introduzione sistematica di servizi mirati alla cura della FAS e delle altre problematiche comprese nello spettro del FASD potrebbe, invece, comportare un approccio più razionale e pianificato⁹. La questione del trattamento e della riabilitazione del FASD, da un punto di vista educativo, riguarda indiscriminatamente tutti i professionisti dell'ambiente scolastico, quali gli insegnanti, gli amministratori, gli psicologi scolastici e in generale tutti coloro che interagiscono con i bambini che hanno subito un'esposizione prenatale all'alcol¹⁴⁰. Oggi la sfida educativa per le persone con FASD rappresenta un importante ambito di ricerca per il futuro.

L'approccio multidisciplinare nel management del FASD

La diagnosi, la prevenzione e il trattamento del FASD richiedono il coinvolgimento di professionisti appartenenti a diverse discipline specialistiche^{7 123}.

L'approccio al FASD infatti è complesso, in primo luogo per l'eterogeneità delle possibili alterazioni fisiche, psichiche e comportamentali con cui si manifesta, facilmente confondibili con altre patologie prenatali. In secondo luogo, perché il FASD va principalmente affrontato a partire dalla sua causa primaria: il consumo di alcol in gravidanza. Ne deriva, quindi la necessità di un approccio strategico multiprofessionale. Infatti è necessario coinvolgere a livello di prevenzione, diagnosi e trattamento i vari professionisti socio sanitari^{141 142 143}.

Su questa base Murkherjee e altri³⁰ hanno proposto una linea di possibile intervento multidisciplinare nel tempo, dalla fase preconcezionale fino all'età adulta. La prevenzione in fase preconcezionale è basilare e vede impegnati le politiche sanitarie, gli specialisti del FASD, i medici di medicina generale e gli specialisti delle dipendenze patologiche, in termini di informazione e promozione della salute. Durante la gravidanza invece è fondamentale il monitoraggio della gravidanza stessa, fornire informazioni specifiche, con il coinvolgimento delle ostetriche, dei ginecologi e di altri professionisti, in rete tra loro per indirizzare e approfondire eventuali casi sospetti. Durante l'infanzia i pediatri, i neuropsichiatri infantili e il team di specialisti dell'infanzia, sono coinvolti nel riconoscimento precoce, nella diagnosi, nella riabilitazione, nelle azioni educative, nei controlli. Infine è necessario porre attenzione anche agli adulti con FASD, coinvolgendo i medici di medicina generale, i neurologi, gli psichiatri e gli psicologi, gli educatori, i logopedisti, i professionisti dei servizi delle dipendenze, gli operatori che si occupano di disabilità e dei servizi sociali. Nell'approccio alla diagnosi e alla pianificazione dei programmi per il FASD possono essere coinvolte, ove esistono, le cliniche specializzate sulla FAS¹⁴⁴. Secondo Astley e altri, le cliniche possono fare un'accurata diagnosi, possono proporre i programmi di trattamento e riabilitazione. Infine, possono diventare una risorsa anche nei programmi di prevenzione della FAS, sia per la popolazione generale, sia le famiglie che hanno figli che potrebbero avere la FAS.

Il FASD: considerazioni critiche, etica, linee guida e prospettive di ricerca

Considerazioni etiche e posizioni critiche

Molti autori hanno posto problemi etici rispetto all'opportunità di fare diagnosi di FASD e comunicarlo alle famiglie, le quali potrebbero vivere in modo colpevolizzante una situazione cronica irreversibile, causata da un preciso comportamento. Alcuni si sono posti anche il quesito se sia corretto o meno consigliare l'astinenza totale in gravidanza.

Recentemente Gavaghan¹⁴⁵ sottolinea come in assenza di una precisa relazione tra la quantità consumata ed effetti dannosi sul neonato, l'atteggiamento dei professionisti sanitari nei confronti delle donne non dovrebbe essere orientato a suggerire l'astinenza, bensì a fornire alle donne tutte le informazioni per scegliere in autonomia, abbandonando un atteggiamento che lui stesso definisce paternalistico.

Abel¹⁴⁶ ritiene che la FAS si manifesti solo con madri abusatrici durante la gravidanza, e quindi suggerisce di rinominare la FAS in FAAS, cioè 'fetal alcohol abuse syndrome'. Egli infatti pensa che bassi consumi di alcol non siano correlabili a danni fetali, anche se alla fine suggerisce l'astinenza in gravidanza perché clinicamente più prudente. Armstrong¹⁴⁷ evidenzia la componente moralistica che si accompagna alla diagnosi di FAS.

Altri autori mettono in evidenza come anche lo screening delle donne in gravidanza debba essere considerato con cautela perché non privo di implicazioni etiche¹⁴⁸.

Queste posizioni diverse propongono quello che è uno dei temi spinosi da affrontare quando in generale si parla di alcol, infatti esiste un'innegabile ambivalenza culturale legata al consumo, e le evidenze scientifiche sulle conseguenze dell'esposizione prenatale all'alcol si inseriscono in un complesso sistema di valenze sociali, culturali, economiche e politiche¹⁴⁹.

Linee guida sul consumo di alcol in gravidanza

Alla luce della mancanza di una evidenza scientifica condivisa rispetto alla quantità sicura che si possa consumare in gravidanza, le varie linee guida dei diversi paesi possono presentare variazioni¹⁵⁰. In generale, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la gravidanza è una delle circostanze che dovrebbero essere senz'alcol, in quanto in assenza di limiti sicuri dimostrati, l'astinenza totale dall'alcol da parte delle gestanti è raccomandata e dovrebbe essere incoraggiata¹⁵¹.

L'attenzione agli effetti dannosi dell'alcol sul feto è ribadita anche nel più recente European Status Report on Alcohol and Health 2010¹⁵². 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, e uno degli obiettivi è ridurre l'esposizione all'alcol durante la gravidanza, riducendo di conseguenza il numero di bambini nati con Disturbi Alcolici Fetalì^{153 154}.

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 diminuire drasticamente le dosi (1 Unità Alcolica 1-2 volte la settimana)¹⁵⁵. Secondo le più recenti "Linee Guida per la gravidanza fisiologica" "poiché le prove di efficacia non sono conclusive, per un principio precauzionale i professionisti devono informare le donne in gravidanza o che hanno pianificato una gravidanza che la scelta più sicura è non assumere alcol" e si ritiene necessario condurre studi prospettici per esplorare gli effetti dell'alcol in gravidanza¹⁵⁶.

Prospettive di ricerca

Attualmente gli obiettivi della ricerca internazionale attuale sono quelli di identificare i biomarker dell'esposizione prenatale all'alcol, ovvero i markers biologici che possono contribuire alla diagnosi di FAS e FASD¹, o i marker fenotipici che possono essere predittivi delle varie caratteristiche neurocomportamentali del FASD. La ricerca continua a studiare anche gli agenti neuroprotettivi che possono contribuire a bloccare gli effetti negativi dell'alcol in gravidanza¹⁵⁷.

La prevenzione del FASD

La prevenzione del FASD attraverso l'intercettazione delle donne che bevono in gravidanza

La FAS e le diverse problematiche comprese nello spettro del FASD sono considerate direttamente prevenibili perché a differenza di altre patologie perinatali la sua causa diretta, il consumo di alcol da parte della madre, è ritenuto un comportamento modificabile¹⁵⁸. Proprio per questo, il FASD è considerato la più frequente patologia con disturbi mentali prevenibile¹⁵⁹.

La prevenzione del FASD ha come obiettivo l'astensione dal consumo di alcol in gravidanza. Le donne che presentano un uso di alcol prima della gravidanza tendono a ridurre il loro consumo di alcol quando scoprono di essere incinta, ancor di più se sono informate dei rischi per il bambino^{160 161 162}.

Tuttavia, più della metà delle gravidanze non sono programmate e la maggior parte delle donne, nelle prime settimane di gestazione, non sa di essere incinta^{163 164}.

La strategia più diretta per la riduzione del consumo di alcol è l'identificazione delle donne consumatrici e l'attivazione di interventi specifici finalizzati all'astensione. Due sono gli approcci che permettono di intervenire sull'uso di bevande alcoliche in gravidanza:

- lo screening del consumo di alcol nelle donne in fase preconcezionale e prenatale⁹;
- l'individuazione delle madri ad alto rischio attraverso la diagnosi di FASD dei figli¹⁶⁵.

Lo screening preconcezionale e prenatale

Lo screening prenatale e preconcezionale del consumo di alcol è finalizzato ad identificare le donne che bevono bevande alcoliche. Esso può avvenire attraverso l'utilizzo di test specifici^{166 167}. I test di screening del consumo rischioso di alcol ritenuti più appropriati da utilizzare nel setting clinico con le donne in gravidanza sono il T-ACE¹⁶⁸ e il TWEAK¹⁶⁹.

Anche il test AUDIT-C, versione ridotta dell'Alcohol Use Disorders Identification

Test (AUDIT) può essere utilizzato per l'identificazione dei consumi alcolici delle donne in età fertile¹⁷⁰ e in gravidanza^{171 172 173}. Secondo alcuni autori¹⁷⁴ lo screening formale di routine per l'uso di alcol dovrebbe essere fatto nei contesti di salute pubblica. L'utilizzo di test di screening comporta anche delle criticità. Se sono autocompilati, spesso si assiste ad una sottostima dei consumi dichiarati dalle donne, con conseguenti problemi nello studio delle associazioni tra l'alcol assunto e gli indicatori di salute. Inoltre, a differenti strumenti utilizzati possono corrispondere differenti valutazioni¹⁷⁵.

Secondo Armstrong, Abel e altri¹⁷⁶, bisogna fare attenzione al significato delle dosi soglia considerabili dannose. Non appare corretto ai fini del possibile danno teratogeno utilizzare il dato dei consumi medi in quanto consumare un quantità di alcol in unica somministrazione è più pericoloso che consumarlo in più giorni. Un test di screening accurato, dovrebbe valutare con attenzione la frequenza, la quantità, la durata dell'esposizione all'alcol, lo schema di consumo nel corso della gravidanza.

Inoltre, nessun test di screening può individuare un bevitore a rischio o un bevitore non a rischio con un'accuratezza del 100%.

L'importanza dello screening è sottolineata da linee guida internazionali anche recenti¹⁷⁷.

Alcuni autori ritengono che il periodo cruciale per la prevenzione sia quello pre-concezionale^{178 179 180}. Intercettare le donne in età fertile permette sia di raggiungere coloro che sono ad alto rischio, sia di informare le donne che potrebbero continuare a bere prima di riconoscere la gravidanza^{181 182}.

Le donne incinta, che stanno pianificando una gravidanza o che non usano contraccettivi, dovrebbero essere avvisate di non bere in quanto il danno al feto può avvenire nel momento del concepimento¹⁷⁴.

Una strategia di intervento descritta ed utilizzata è l'intervento di counselling motivazionale breve^{183 184 185}.

L'intervento breve consiste comunemente in⁹:

- assesment
- feedback diretto
- definizione di accordi
- definizione degli obiettivi
- individuazione di tecniche per la modificazione del comportamento
- utilizzo materiali compilativi di supporto.

Attualmente, la ricerca è impegnata anche nell'individuazione di markers biologici che permettano di rilevare l'uso di alcol nella donna, quali il CDT (transferrina carente di carboidrati) e L'ETG (etilglucoronide), quest'ultimo è rilevabile anche sul meconio neonatale¹⁸⁶.

La prevenzione attraverso la diagnosi di FAS

I bambini con FASD hanno madri che sono a rischio di avere altri figli con FASD. La diagnosi di FAS e di altri disturbi rientranti nel range del FASD permette di raggiungere queste madri e di prevenire future gravidanze esposte all'alcol.

Secondo Astley¹⁴⁴ l'identificazione delle madri ad alto rischio attraverso la diagnosi dei loro bambini è una strategia fondamentale nella prevenzione della FAS e degli altri deficit alcolcorrelati. Focalizzando gli sforzi di prevenzione su questo gruppo selezionato di donne si può ridurre l'incidenza della FAS e del FASD senza sovraccaricare il sistema sanitario.

Tuttavia, spesso la diagnosi viene fatta su bambini adottati e non è possibile risalire alle madri biologiche, per cui queste donne sono raramente identificabili e non possono essere oggetto di azioni di prevenzione¹⁸⁷.

L'approccio multisettoriale ed integrato alla prevenzione del FASD in un'ottica di salute pubblica

L'intercettazione delle donne abusatrici di alcol e l'attivazione di strategie di intervento specifiche sono il nodo cruciale della prevenzione del FASD. Però la prevenzione si inserisce in una realtà complessa. Le articolate interrelazioni tra l'alcol, le donne, la gravidanza, il partner, la comunità e i professionisti sociosanitari, hanno comportato l'implementazione di strategie integrate che comprendono una varietà di approcci, definiti in base a diversi fattori.

- L'uso di alcol durante la gravidanza è prevalentemente associato a diversi modelli di consumo, con caratteristiche ed eziologie proprie.
- La prevenzione del FASD e delle condizioni ad esso correlate unisce intorno alle medesime finalità discipline mediche, assistenziali, politico-culturali, sociologiche e di salute pubblica.
- Le strategie di prevenzione del FASD si innescano in ambiti diversi e prevedono uno sviluppo ad ampio raggio, con livelli di azione multipli, differenziati e sovrapponibili¹⁸⁸. Tali azioni hanno funzione di rinforzo, incentivazione e controllo. Esse sono tanto più intense e specifiche quanto più il rischio è definito sul singolo e meno sulla comunità¹⁶.

La prevenzione del FASD attraverso approcci multisettoriali e integrati

Già dopo alcuni anni da quando la FAS è stata descritta in letteratura, le strategie di prevenzione si sono orientate verso approcci integrati che abbracciano una prospettiva di salute pubblica. Nel 1981 Little e Streissguth⁵⁶ individuavano tre direzioni in cui orientare le strategie di prevenzione della Sindrome Alcolica Fetale (FAS).

- Le campagne di informazione. Esse hanno l'obiettivo di aumentare la consapevolezza della popolazione dei rischi dell'alcol attraverso la veicolazione di messaggi di salute. Secondo gli autori, l'efficacia di una campagna di comunicazione dipende dalla qualità del personale coinvolto e dei materiali prodotti. Il successo delle campagne di informazione sta nel creare un consenso generale sull'opportunità di non bere in gravidanza.
- L'educazione professionale. I professionisti, soprattutto i medici, le ostetriche, gli operatori sociali, gli psichiatri, gli insegnanti e i professionisti che si occupano di alcol hanno bisogno di essere informati sugli effetti dell'alcol in gravidanza. La formazione dei professionisti sanitari assicura che le informazioni alle donne siano veicolate in modo accurato e siano rinforzate dall'autorevolezza che accompagna i professionisti.
- I servizi del percorso nascita. Questi servizi dovrebbero fornire informazioni sull'alcol all'interno del percorso. È opportuno che le informazioni vengano fornite a tutte le donne prese in carico e ai loro partner.

Le strategie di prevenzione della FAS sono state definite negli anni successivi utilizzando la classificazione di prevenzione primaria, secondaria e terziaria (Masis e May¹⁸⁹ e May¹⁹⁰) e, successivamente, quella più recente di prevenzione universale, selettiva e indicata (Stratton e Howe¹⁶).

Di seguito si propone una descrizione di un possibile approccio utilizzando la seconda e più recente classificazione:

- La prevenzione universale è finalizzata a educare la popolazione generale e femminile sui rischi del consumo di alcol in gravidanza e aumentare la conoscenza e la consapevolezza della comunità sulla FAS e sul FASD. L'obiettivo è che tutta la popolazione diventi consapevole che l'alcol può avere effetti in gravidanza. Il messaggio universalmente diffuso dovrebbe incoraggiare come alternativa più sana l'astinenza prima del concepimento o durante la gravidanza. Una delle tecniche di base usate nella prevenzione universale è il marketing sociale, che consiste nell'uso di poster e opuscoli, nel coinvolgimento dei mass media, e nella formazione dei professionisti che possono condividere la propria competenza nei vari settori della comunità.
- La prevenzione selettiva è rivolta ai gruppi di popolazione di donne incinte o in età fertile a maggior rischio di avere un figlio con FASD. Strategie di prevenzione selettiva possono includere lo screening, il riconoscimento precoce e il trattamento¹⁹¹.

- La prevenzione indicata consiste in trattamenti specifici per le donne che continuano ad essere forti bevitrici durante la gravidanza o che hanno già altri figli con FAS/FASD. Nella prevenzione terziaria sono compresi programmi di intervento che coinvolgono anche i figli, il partner e i familiari.

Anche in Canada sono stati definiti e utilizzati approcci multisettoriali nella prevenzione del FASD. Nel 2005 gli specialisti canadesi hanno riassunto la propria esperienza definendola un approccio "olistico" alla prevenzione del FASD¹⁹². Questo approccio è costituito da quattro livelli che si concatenano, attraversano azioni generali e specifiche, che vertono sulla promozione di stili di vita sani per le donne e i loro bambini, con il supporto della famiglia, dei networks, dei servizi soci sanitari e della comunità.

- Sviluppare una cultura della salute della comunità attraverso campagne di comunicazione e strategie di social marketing ad ampio raggio. Questo tipo di approccio vede partecipare un ampio numero di persone e di conseguenza permette una diminuzione dello stigma. Inoltre questo livello di informazione comunitario è già sufficiente per alcune donne per modificare i propri comportamenti di consumo, in particolare in un contesto in cui c'è carenza di informazioni o in cui le informazioni sono confuse. Tuttavia la semplice informazione non è sufficiente e non è utile se non è veicolata in contesti rappresentativi e supportata da figure di riferimento autorevoli.
- Realizzare collaborazione e partecipazione con tutte le donne in età fertile e con i loro networks di supporto. Questo comporta un impegno ad ampio raggio da parte di tutti quei servizi sociosanitari che si occupano della salute della donna. Le azioni previste riguardano informazioni specifiche sugli effetti dell'uso di alcol in gravidanza, ma anche la programmazione della gravidanza e la contraccezione. È importante fare un'anamnesi accurata alle ragazze e alle donne in età fertile, capire che conoscenze hanno e completare eventuali carenze di informazioni. Se vengono identificate ragazze o donne che presentano un consumo a rischio, possono essere aiutate a ridurre o smettere in gravidanza e quelle che manifestano problemi di dipendenza possono essere inviate a servizi specialistici, utilizzando modalità di counseling breve.
- Intercettare ed assistere ragazze e donne ad alto rischio durante la gravidanza, attraverso interventi specifici. Questo comporta fornire trattamenti alle ragazze e donne che consumano bevande alcoliche durante la gravidanza. In questi casi è comunque fondamentale anche il coinvolgimento delle famiglie.
- Dare supporto dopo il parto alle donne che hanno avuto problemi di alcol durante la gravidanza. L'attenzione è rivolta alla salute della donna e del bambino. Particolari attenzioni sono da dedicare all'allattamento, alla diagnosi di FAS/FASD e al monitoraggio dello sviluppo dei bambini che potrebbero manifestare un FASD.

Un altro approccio descritto in letteratura per la prevenzione del FASD è il modello sociale ecologico¹⁹³. Secondo tale approccio, un programma di prevenzione del FASD dovrebbe articolarsi in diversi livelli con strategie focalizzate sulle abilità individuali della madre, sulla comunità, sulle istituzioni e sulle politiche socio sanitarie.

Masis e May¹⁸⁹ hanno individuato alcuni fattori che possono contribuire alla nascita di bambini con FAS in una comunità:

- la mancanza di informazione e consapevolezza nella comunità degli effetti dell'alcol sul feto;
- la mancanza di informazione e consapevolezza da parte delle donne incinta degli effetti dell'alcol sul feto;
- le donne incinta che bevono alcol non sono state identificate in modo da prevenire la FAS;
- non c'è un consistente follow up delle donne incinta ad alto rischio;
- inadeguati strumenti di valutazione e trattamento dei bambini con FAS;
- mancanza di campagne di informazione che aumentino la consapevolezza nella comunità;
- la mancanza di strumenti di screening dell'uso di alcol da parte delle donne incinta;
- la mancanza di risorse per un adeguato followup dei bambini con FAS.

In Canada sono stati implementati approcci integrati nella prevenzione del FASD a livello di comunità. Si tratta di approcci che mettono insieme una serie di interventi volti ad aumentare comportamenti di salute e fattori di resilienza. Sono azioni finalizzate a cambiare i fattori che possono contribuire a mantenere il problema nella comunità e nell'ambiente sociale, attraverso strategie di salute pubblica e interventi precoci con le donne¹⁹⁴.

Nel lavoro con la comunità può essere utile considerare la prospettiva del "continuum rischio". Questo permette di identificare i differenti livelli di rischio e resilienza in una popolazione (rischio assente, basso, moderato, alto), determinare quali strategie possono essere usate a ciascun livello per ridurre il rischio e aumentare la resilienza in differenti gruppi di persone, identificare i programmi già esistenti nella comunità e integrarli con altri programmi, in una prospettiva coordinata e partecipativa.

Il dibattito sull'efficacia delle strategie di prevenzione

Il dibattito sull'efficacia delle prevenzione della FAS e del FASD è aperto, e riguarda soprattutto le strategie di prevenzione universale. Una recente review neozelandese sottolinea come ci sia poca evidenza sul fatto che un incremento della conoscenza dei rischi dell'alcol in gravidanza determini una riduzione dell'uso di alcol nelle gravide e delle nascite di bambini con FASD⁹. Ad esempio, a Saskatchewan, Canada, una campagna di sensibilizzazione non ha ridotto il numero dei casi di FAS in 20 anni¹⁹⁵. È difficile trarre conclusioni perché pochi studi pubblicati valutano gli effetti di questi interventi e, spesso, tali studi sono di scarsa qualità scientifica.

Alcuni autori hanno rilevato che le campagne di educazione su larga scala con diversi messaggi di informazione sono poco efficaci^{196 197}. Hankin^{198 199} sottolinea che negli USA le strategie di prevenzione universale attraverso messaggi di comunicazione tramite media e stampa abbiano favorito nel tempo un aumento della consapevolezza degli effetti dell'alcol in gravidanza, ma questo non sembra essere sufficiente a far cambiare i comportamenti. Secondo altri studi, la mancanza di differenze nei consumi di alcol delle donne che ricevono e non ricevono informazioni suggerisce che altri fattori devono essere considerati perché le donne beneficino delle informazioni ricevute²⁰⁰.

A livello di prevenzione selettiva e indicata c'è un'evidenza scientifica insufficiente per determinare quali elementi specifici di un trattamento siano più efficaci. Secondo la già citata review, solo pochi studi in cui le donne, in modi diversi, hanno ricevuto informazioni sul consumo di alcol in gravidanza, hanno rilevato significative riduzioni del consumo rispetto ai gruppi di controllo^{201 202 203}. Anche altre reviews²⁰⁴ riferiscono la presenza di insufficiente evidenza per raccomandare uno specifico intervento. In particolare, secondo una delle review Cochrane²⁰⁵ gli interventi educativi per ridurre il consumo di alcol nelle donne incinta o che stanno programmando una gravidanza, possono determinare un aumento dell'astinenza o quantomeno una riduzione del consumo di alcol, ma si sottolinea che non è possibile generalizzare i risultati dei diversi studi ed identificare quali tipi di intervento siano più efficaci. Sembra che solo le donne che bevono quantità ridotte riducano il loro consumo dopo semplici interventi informativi²⁰⁶, ma non le donne appartenenti a categorie più a rischio^{66 207}. Le donne abusatrici richiedono interventi più intensivi e complessi⁹. Infatti, l'intervento breve può essere efficace nella riduzione del consumo in gravidanza, ma solo nella popolazione di donne che beve quantità ridotte e occasionali di alcol; tale intervento può essere usato anche da personale non medico, purché le informazioni date alle donne siano chiare e basate su evidenze scientifiche⁸³. Inoltre, servono ulteriori studi per determinare se queste indicazioni siano generalizzabili a tutte le donne incinta in diversi contesti o se debbano esserci interventi specifici per le donne appartenenti a differenti gruppi etnici o socioeconomici¹⁹⁸. Gli interventi brevi sono più efficaci se coinvolgono anche il partner²⁰⁸.

Secondo Abel⁶⁶, l'assunto che educazione da sola possa modificare a lungo termine i comportamenti di consumo di alcol nella popolazione generale e nelle donne in gravidanza non trova evidenza empirica. L'inefficacia del materiale divulgativo (posters, etichette, depliant) non è dovuta al fatto di non essere letti, ma al fatto che l'aumento delle informazioni da solo non è sufficiente per la riduzione del consumo. Inoltre, è possibile che l'idea che ogni quantità di alcol possa essere nociva al feto possa alimentare sensi di colpa nella madre e a volte possa essere perfino causa di interruzioni volontarie di gravidanza^{209 210}.

Abel conclude sostenendo che la prevenzione universale può essere utile, ma deve essere accompagnata da strategie più pragmatiche che si focalizzino sul problema dell'abuso di alcol in gravidanza, associate dall'aumento dei prezzi dell'alcol²¹¹. Per prevenire la FAS bisogna comprendere il problema e abbandonare la retorica che la vede una seria minaccia di salute pubblica, in particolare nella società americana⁶³. Secondo questo punto di vista, la FAS non è endemica, il bere sociale o moderato non è un rischio e il problema riguarda le donne che abusano di alcol, soprattutto se hanno già dato alla luce un figlio con FAS.

Le donne più a rischio ad avere figli con FAS non sono una semplice variante delle donne consumatrici: bisogna conoscere chi sono queste donne e quali sono i fattori che le pongono a rischio.

Non è facile concettualizzare un approccio integrato alla prevenzione del FASD in una prospettiva di sanità pubblica. Sono necessari ulteriori sforzi e ricerche per valutare queste strategie: anche se si ritiene importante che nel frattempo tali approcci continuino ad essere utilizzati¹⁶. Astley¹²⁷ ha evidenziato che la prevenzione ha successo se si sviluppa in un continuum di strategie che vanno dall'educazione della comunità e il training diretto con le donne ad alto rischio, con sistemi di sorveglianza e accurati screening. Possono essere utili anche proposte di strategie di cambiamento di stili di vita, quali quelli che prevedono situazioni di socializzazione senz'alcol con il coinvolgimento del partner²¹². Probabilmente l'approccio di prevenzione universale più efficace è far in modo che il FASD diventi un problema sanitario da affrontare nell'ambito della routine medica¹⁶.

Linee guida più recenti in ambito internazionale¹³⁶ continuano a promuovere un approccio integrato alla prevenzione del FASD. Si ritiene che la prevenzione del FASD debba coinvolgere le donne in età fertile, le donne forti bevitrice in gravidanza, i giovani, l'intera comunità per favorire un salto culturale. Le strategie individuate sono quelle già nominate che vanno dalle campagne di informazione per la comunità ai programmi educativi da realizzare nelle scuole, agli screening delle donne in età fertile e informazioni alle donne incinta. Inoltre, fornire supporto pre e post natale alle donne incinte con problemi di dipendenza da alcol, ridurre le gravidanze non programmate. Infine, viene ritenuto fondamentale ridurre il consumo di alcol tra i giovani, focalizzandosi sui fattori di rischio e promuovendo i fattori protettivi e la resilienza, soprattutto attraverso la promozione della salute nelle scuole. Si ribadisce che l'implementazione delle strategie di prevenzione richiede lo sviluppo di politiche sanitarie, linee guida, procedure, strumenti di valutazione, formazione dei professionisti e di altri attori.

Gli attori nella prevenzione del FASD

Il management del FASD coinvolge soggetti afferenti a differenti realtà e discipline²¹³. Questo diventa ancora più evidente se la prevenzione del FASD ha un approccio integrato o “olistico”.

I professionisti sanitari

I professionisti sanitari nella prevenzione del FASD hanno un ruolo strategico nell'identificare, raggiungere ed informare le donne dei rischi associati al consumo di alcol in fase prenatale. Medici di medicina generale, ginecologi, pediatri, psichiatri, ostetriche, e in generale tutti coloro che, direttamente o attraverso i bambini, possono entrare in contatto con donne in età fertile avrebbero un ruolo nel fornire informazioni sui rischi del consumo in gravidanza e di indirizzarle a servizi specializzati^{214 215 216}. Le indicazioni che le donne ricevono dai medici e da altri professionisti sanitari sono un importante fattore nel cambiamento di consumo^{217 218}.

A livello internazionale, è evidenziata una scarsa conoscenza del FASD da parte dei professionisti sanitari²¹⁹. Alcuni studi hanno messo in evidenza il bisogno da parte dei professionisti di implementare la formazione sulla FAS, in quanto non si considerano in grado di fare una diagnosi e di usare metodi di screening del consumo nelle donne²²⁰, di inviare i pazienti con FAS e genitori con problemi di alcol a servizi specialistici²²¹.

La scarsa conoscenza del FASD e la scarsa attenzione clinica al problema possono essere in parte dovuti alla mancanza di consenso sul FASD nella letteratura scientifica⁸³, ed in parte alle opinioni contrastanti sul danno da alcol in gravidanza. Molti operatori sanitari non sono convinti che l'astinenza totale sia necessaria per una donna incinta^{222 223}. Inoltre, c'è la già citata paura di stigmatizzare le donne.

C'è consenso in ambito internazionale sulla necessità di aumentare le conoscenze e la consapevolezza del problema da parte di tutti i professionisti sanitari che possono avere un ruolo nella prevenzione e nel trattamento del FASD. La prevenzione e lo screening del consumo di alcol in gravidanza, la diagnosi e gli interventi adeguati possono essere potenziati attraverso un adeguato training dei professionisti sanitari^{83 224}.

Ci sono diversi contesti in cui fare formazione ai professionisti sul FASD⁵⁶: durante l'università, nei percorsi di studio effettuati dopo la laurea e attraverso l'educazione permanente¹⁹¹.

La formazione dovrebbe includere:

- i diversi consumi di alcol;
- il consumo dannoso di alcol, la sua identificazione e modelli di prevenzione;
- il rapporto tra alcol e gravidanza, l'impatto del FASD sugli individui e le famiglie;
- lo screening del consumo di alcol nelle donne in età fertile e durante la gravidanza;
- l'intervento di counselling breve sul consumo di alcol;
- appropriati protocolli di invio ai servizi per le donne e per i bambini a rischio;
- la prevenzione del FASD, lo screening, la diagnosi, l'intervento.

Potrebbe essere utile l'istituzione di centri specialistici che possano fornire supporto ai professionisti sanitari¹³¹. I programmi di formazione professionale possono essere molto efficaci per modificare gli atteggiamenti dei professionisti sanitari. A esempio, un percorso di formazione di due anni rivolto ai ginecologi nella zona di Washington ha comportato un aumento della percentuale di operatori che chiedevano i consumi di alcol alle pazienti e parlavano della FAS²²⁵.

La formazione di differenti figure sanitarie e sociali permette di aumentare la conoscenza del FASD. Le informazioni fornite a questo target devono essere scientificamente accurate e ben organizzate. La formazione sembra risultare più efficace quando è veicolata da un collega con la stessa qualifica professionale. È necessario tenere conto anche della disparità di punti di vista nei confronti del problema, ed incoraggiare il dialogo tra le organizzazioni professionali e le agenzie di salute pubblica²²⁶.

Gli adolescenti e i giovani

Le giovani generazioni sono considerate un target importante nella prevenzione del FASD. Conoscere le loro opinioni ed atteggiamenti sulla questione è fondamentale per avviare strategie di prevenzione mirate in una prospettiva a lungo termine²²⁷.

Durante l'adolescenza ed in età giovanile l'individuo comincia a scegliere autonomamente ed acquisire comportamenti che possono essere utili o dannosi alla sua salute. È in questa fase della vita che inizia il consumo di alcol e molte abitudini nei confronti di questa sostanza si definiscono e stabilizzano^{228 229}.

I giovani, maschi e femmine, devono essere consapevoli degli effetti dell'esposizione prenatale all'alcol prima di avere una gravidanza, e quindi vanno informati dei potenziali rischi alcolcorrelati¹⁹¹.

In particolare, dovrebbero essere informati sul fatto che alcuni comportamenti di consumo, come il “binge drinking”, possono essere dannosi soprattutto nelle prime fasi di gravidanza²³⁰. I giovani possono essere coinvolti attraverso interventi nelle scuole, con programmi educativi mirati^{38 136}. Gli interventi educativi sul FASD nelle scuole possono essere collocati all’interno di programmi più ampi di rinforzo sulla salute e sugli stili vita^{231 232 233}.

La pianificazione della prevenzione del FASD. La contestualizzazione nella comunità

Le persone con FAS hanno caratteristiche simili nei diversi paesi del mondo²³⁴. Sviluppare e implementare strategie di prevenzione del FASD con approcci a più livelli e olistici, tuttavia, richiede una contestualizzazione nel territorio.

In Canada sono stati usati approcci basati su una prospettiva di empowerment della comunità^{194 235}. Sebbene siano state programmate specificatamente per questi territori, diverse strategie possono essere utilizzate nei piani di prevenzione in altre realtà territoriali. In particolare:

- la pianificazione degli interventi deve tenere conto della cultura della comunità del territorio interessato;
- le azioni di comunità hanno più successo se sono costruite sulle risorse e sulle caratteristiche peculiari di quella comunità;
- i programmi territoriali che hanno maggior successo hanno target e strategie che coinvolgono sia l’individuo sia l’ambiente in cui vive¹⁹⁰.

Il processo di pianificazione della prevenzione utilizzato nell’approccio canadese identifica 5 fasi:

- preparazione dell’intervento
- raccolta di informazioni
- individuazione degli obiettivi e delle azioni
- sviluppo e attuazione di iniziative per la comunità
- valutazione degli interventi.

Le fasi preliminari di preparazione e raccolta di informazioni sono fondamentali per definire le strategie di prevenzione. Un passo indispensabile sarebbe stabilire la prevalenza del FASD nella comunità, anche se studi epidemiologici con questo obiettivo sono complessi e onerosi. A questo, si aggiunge l’importanza di approfondire le conoscenze, le opinioni, gli atteggiamenti, i comportamenti sul FASD, le prassi già avviate e le risorse del territorio che possono essere utilizzate per la prevenzione. Poiché le misure isolate (come ad esempio la semplice distribuzione di volantini) sembrano essere meno efficaci di quel che si creda, è opportuno pianificare accuratamente la prevenzione attraverso un lavoro comune multidisciplinare.

La raccolta di informazioni sulla FAS e sull'uso di alcol nella comunità permette una progettazione più puntuale e specifica³⁰. Inoltre, è fondamentale individuare quali risorse possono essere utilizzate a livello locale. Non si possono predisporre strategie di intervento finché non si conosce la propria comunità²³⁶.

Nella fase preliminare, la conoscenza della comunità di riferimento non dovrebbe essere limitata solamente al FASD, ma dovrebbe riguardare anche tutte le caratteristiche strutturali della comunità stessa (demografiche, politiche, economiche, sociali).

Inoltre, impostare un piano di prevenzione del FASD richiede di conoscere le barriere e le possibili resistenze. Per questo, è necessario sviluppare una visione comune del problema, che tenga conto anche dei fattori oppositivi e che garantisca che la questione sia affrontata apertamente e senza condizionamenti, ovvero che ci sia un certo consenso. Bisogna individuare e coinvolgere partner significativi. Infine, definire le priorità e gli obiettivi della strategia in modo chiaro, attraverso l'utilizzo di specifici strumenti di ricerca, quali questionari, interviste, focus group. Realizzare indagini su specifici gruppi di popolazione, quali gli adolescenti e le donne in età fertile, appare particolarmente utile per definire programmi educativi e informativi mirati²³⁷.

La situazione italiana

In Italia, attualmente, è stato realizzato un unico studio di ampia scala per valutare la prevalenza della FAS e del FASD. Lo studio si è svolto dal 2003 al 2005 attraverso un piano di collaborazione tra Stati Uniti e Italia con la partecipazione di ricercatori statunitensi e italiani²³⁸. Secondo gli autori, fino a questo studio non ci sono state stime attendibili della prevalenza della FAS, essa è sempre stata sottostimata nelle diagnosi ospedaliere alla nascita. Solo alcuni casi sono stati descritti in letteratura, alcuni dei quali in Friuli Venezia Giulia²³⁹.

Gli autori ritengono che sia importante indagare la prevalenza del FASD in Italia, in quanto è diffuso un consumo giornaliero durante i pasti, che richiede attenzione soprattutto nel caso delle gravidanze non programmate¹⁵⁹. Inoltre, il rischio di FAS sembra essere aumentato dalla presenza di idee popolari diffuse sui benefici delle bevande alcoliche. Anche per gli autori italiani consumo di alcol durante la gravidanza è un problema significativo per la salute pubblica²⁴⁰. Nonostante il consumo di alcol in Italia sia costantemente aumentato, soprattutto tra i giovani²⁴¹ ^{XI}, la conoscenza della FAS e gli effetti di alcol è del tutto assente.

Lo studio realizzato nel Lazio ha utilizzato modalità di ricerca attiva di casi di bambini frequentanti una scuola primaria. Per la diagnosi è stato utilizzato un team multidisciplinare. Allo studio hanno partecipato oltre 500 bambini del territorio di due aziende sanitarie locali. Si è rilevata una prevalenza di FAS e FASD molto più alta rispetto alle medie internazionali fino a quel momento riportate nel mondo occidentale. Per quanto riguarda la FAS, la prevalenza è stata stimata tra 3.7 e 7.4 casi su 1000, mentre il FASD tra i 20.3 e i 40.5 su 1000¹⁰⁷. I risultati dello studio hanno fatto supporre che nel mondo occidentale la FAS e il FASD siano probabilmente più comuni di quanto sia sempre stato stimato.

Le implicazioni di questo studio sulle strategie di prevenzione e trattamento del FASD sono state evidenziate ampiamente dagli autori e sono di seguito riassunte.

- Lo studio ha permesso di sollevare l'attenzione sul problema e ha rappresentato un grande passo avanti anche per la prevenzione. Infatti, ha permesso un aumento della consapevolezza tra le varie figure professionali che hanno partecipato allo studio (insegnanti, medici, psicologi ed altri operatori), nonché tra i servizi, le istituzioni e le famiglie coinvolte e di conseguenza nella comunità.

^{XI} Orsini S. Uso e abuso di alcol in Italia. I dati delle indagini Istat. *Alcohol prevention day, 2008*. http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/apd_2008/presentazioni/Apd08-slide_orsini.pdf (ultimo accesso 09-04-2010)

- Lo studio ha permesso di aumentare la consapevolezza di insegnanti e famiglie intorno ai problemi comportamentali e di apprendimento dei propri figli, a prescindere che siano legati al FASD.
- La formazione del team di esperti italiani per la diagnosi rappresenta un passo in avanti fondamentale per un aumento della consapevolezza del problema tra professionisti sanitari e la diffusione delle conoscenze e competenze acquisite agli altri colleghi. Tutte le informazioni ottenute dallo studio sono state inoltre messe a disposizione dei servizi territoriali dell'area coinvolta, potendo essere così usati per aumentare le conoscenze e implementare ulteriori progetti sul campo.

Gli autori quindi concludono ribadendo la necessità di continuare nel nostro paese un'accurata rilevazione della FAS e del FASD e di promuovere un'ampia campagna di educazione e sensibilizzazione, con il coinvolgimento dei mass media, per la promozione della salute della donna incinta e del nascituro. Pochi studi hanno indagato il consumo di alcol in gravidanza in Italia^{242 243}, e nessuno, fino ad ora, nel Veneto. Tuttavia, secondo stime più recenti dell'Istituto Superiore di Sanità, in Italia oltre il 60% delle donne in gravidanza beve bevande alcoliche^{XII}.

Gli autori sottolineano come nel nostro paese la consapevolezza del FASD possa essere aumentata attraverso un accurato assessment del rischio di FAS e FASD nel nostro paese, nonché da uno sforzo a livello nazionale per una campagna di educazione e informazione per la promozione della salute della donna e del futuro nato. Tuttavia, sottolineano ancora gli autori, questo sarebbe molto difficile in Italia, dove le campagne finalizzate alla riduzione dei consumi di alcol trovano forte opposizione nelle lobby di chi trae profitto dallo stesso.

Recentemente sono state promosse alcune campagne e iniziative di sensibilizzazione sui rischi del consumo di alcol in gravidanza^{XIII}. Altri materiali di comunicazione sul tema sono stati predisposti dall'Istituto Superiore di Sanità^{XIV}. Attualmente sono attivi un filone di ricerca relativo ai markers dell'esposizione intrauterina all'alcol^{244 245} e la presente ricerca²⁴⁶.

^{XII} http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/adp08_campagne.asp (ultimo accesso: 07-04-2010)

^{XIII} SIGO-ASSOBIRRA 2008. <http://www.seaspettiunbambino.it> (ultimo accesso 07-04-2010)

^{XIV} Pieghevole "Alcol e gravidanza: sei sicura?" Osservatorio nazionale alcol http://www.epicentro.iss.it/alcol/materiali/pieghevole/pieghevole_gravidanza.pdf (ultimo accesso 07-04-2010)

3. L'Azienda ULSS n. 9 Treviso e le risorse professionali coinvolgibili nella prevenzione del FASD. Gli studi sugli operatori del percorso nascita ed età evolutiva

In questa sezione sono descritti gli studi rivolti ai professionisti sanitari (professionisti dei servizi dell'azienda sanitaria e medici medicina generale/pediatri di libera scelta convenzionati). Sono riportati in maniera dettagliata i destinatari e gli obiettivi, i materiali e metodi, i risultati, la discussione sui dati e le considerazioni operative. La presentazione degli studi è preceduta da una descrizione generale dell'Az.ULSS n. 9.

L'Az. ULSS n. 9 Treviso. Caratteristiche socio-demografiche, mission, obiettivi

La Regione Veneto è suddivisa in 21 Aziende socio sanitarie locali. La Provincia di Treviso in 3. L'Azienda ULSS 9 "Treviso" è costituita da 37 Comuni, dove, al 31/12/2009, risiedevano 414 mila abitanti. A fine 1995 c'erano 350 mila residenti (+18,3%)^{xv}.

Nell'Azienda ULSS 9 vi sono quattro ospedali per acuti. L'Ospedale pubblico del capoluogo di provincia è un Ospedale di riferimento regionale. Vi è un secondo ospedale per acuti pubblico nell'area orientale, l'Ospedale di Oderzo. I due ospedali costituiscono un unico presidio ospedaliero. Oltre a questi vi sono due ospedali privati, complementari, che integrano la rete d'offerta di servizi. Un quinto ospedale pubblico, quello di Motta di Livenza, è stato di recente convertito in struttura riabilitativa e costituisce una sperimentazione gestionale regionale.

Nel territorio aziendale vi sono solo due punti nascita, a Treviso ed Oderzo, entrambi pubblici. Vi è un terzo punto nascita di rilievo ai confini meridionali del territorio, di competenza dell'Azienda ULSS Veneziana, l'Ospedale classificato "Villa Salus".

L'azienda è organizzata in quattro distretti sociosanitari. Il Distretto del capoluogo (n.1, Treviso) ha 105 mila abitanti. Il Distretto sud (n.3, Mogliano Veneto) confina con la provincia di Venezia ed ha 99 mila abitanti. Il Distretto nord (n.2, Paese-Villorba) 124 mila. Il quarto distretto (n.4, Oderzo) ha caratteristiche peculiari che lo differenziano rispetto al resto del territorio. È posizionato geograficamente tra il fiume Piave e il Livenza e confina ad est con la Regione Friuli. Ha una popolazione di 84 mila abitanti ed un ampio territorio a densità abitativa relativamente bassa.

In appendice (A) sono riportate delle tavole che riassumono alcune caratteristiche demografiche dell'azienda sanitaria, d'interesse in ambito pediatrico:

- la piramide delle età dei residenti al 31/12/2009;
- il tasso di fecondità aggiornato al 2007;
- il tasso di natalità aggiornato al 2007;
- l'andamento del numero di nati residenti nell'Azienda ULSS 9 per struttura di nascita;

^{xv} Fonte: Servizio di Epidemiologia e Statistica. Az. ULSS n. 9 TV

- la propensione al parto delle donne residenti nell’Az. ULSS n.9 nell’anno 2008;
- lo share dei parti nel presidio ospedaliero dell’Az. ULSS 9 per classe d’età delle partorienti nel 2008.

La missione e gli obiettivi dell’Azienda ULSS n. 9 sono ampiamente descritti nei documenti aziendali, di cui si riporta di seguito una breve rassegna. Nell’Atto Aziendale dell’Azienda ULSS n. 9 “Treviso” è descritta la missione dell’azienda sanitaria^{XVI}. Essa consiste nel “rispondere ai bisogni di salute della comunità, erogando prestazioni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale così come definito dalla programmazione regionale, secondo principi di buon andamento dell’amministrazione, e orientando la propria organizzazione alla centralità della persona, all’unicità dell’Azienda e alla dimensione multiprofessionale dell’intervento, in un contesto idoneo a garantire equità nel trattamento e nell’accesso ai servizi”.

La visione sottesa a tale missione è che l’Azienda ULSS 9 “si riconosce quale parte del sistema sanitario e sociale della Regione del Veneto, orientato al miglioramento continuo della qualità dell’assistenza e alla risposta ai bisogni complessi ed articolati dei propri cittadini, mantenendo sempre alta l’attenzione sulla competenza professionale degli operatori e sull’innovazione tecnologica, gestionale e sulle migliori pratiche cliniche e assistenziali.” “Gli obiettivi dell’Azienda, intesi quali risultati concreti e misurabili orientati a realizzare la propria missione in un dato arco temporale, sono definiti dalla programmazione regionale e dalla programmazione aziendale, sulla base dei riscontri epidemiologici e dei bisogni espressi dalla comunità locale”.

Uno dei “principi che presiedono all’azione gestionale dell’Azienda” è il “coinvolgimento dei cittadini: nel senso di promuovere la partecipazione alla definizione delle politiche della salute attraverso gli organismi preposti”; “la salute, costruiamola insieme” non è un semplice slogan, ma rispecchia la chiara volontà dell’Azienda di coinvolgere i cittadini, le istituzioni, le associazioni e il volontariato in genere, anche nella forma dell’auto mutuo aiuto, nell’affrontare e risolvere i problemi della salute e non solo della sanità”.

Le aree di intervento ad elevata integrazione socio-sanitaria sono:

- “l’area materno infantile,
- l’area delle politiche giovanili e comunitarie,
- l’area delle tossicodipendenze-disagio e devianza,
- l’area anziani,
- l’area salute mentale,
- l’area disabilità”.

La Legge n. 328/00, “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali” al capo V art. 22 definisce come, “ferme restando le competenze del Sistema Sanitario Nazionale in materia di prevenzione, cura, riabilitazione ed integrazione socio sanitaria, il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali individui alcune priorità che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali sotto forma di beni e servizi”: (omissis) “mi-

^{XVI} I documenti sono reperibili al sito <http://www.ulss.tv.it> (ultimo accesso 09-01-2011)

sure per il sostegno alle donne in difficoltà” e “prestazioni integrate di tipo socio educativo per contrastare le dipendenze da droghe, alcool, farmaci”.

La Legge Regionale n. 5/96, “Piano Socio Sanitario della Regione Veneto”, anticipando per taluni aspetti i contenuti normativi espressi dal livello nazionale, ha identificato tra le finalità da raggiungere “la promozione e la tutela della salute individuale e collettiva, fisica, psichica e sociale dei singoli, delle famiglie, dei gruppi e delle comunità, mediante interventi finalizzati alla rimozione delle cause di nocività, di disagio e malattia, potenziando in particolare le attività di prevenzione, riabilitazione, reinserimento e garantendo altresì la continuità terapeutica ed assistenziale”. È individuato quale ambito prioritario ed “obbligatorio” della programmazione locale socio-sanitaria la tutela materno -infantile.

Il Documento Regionale di programmazione economica finanziaria per l’anno 2005 (Delib. Consiglio Regionale n. 69/2005) ribadisce come l’attività della Regione Veneto per le Politiche sociali riguardi “principalmente la promozione ed il sostegno dello sviluppo della famiglia e dell’età evolutiva, la realizzazione ed il potenziamento del sistema integrato dei servizi sociali e socio-sanitari a favore delle persone anziane e delle persone disabili, l’attività di prevenzione e cura delle dipendenze, l’attenzione alle nuove povertà e alla marginalità, alla promozione e tutela della persona, il sostegno e lo sviluppo di progettualità a favore dei giovani, le iniziative di scambio socio-culturale per sviluppare il confronto e la collaborazione su specifiche aree di intervento sociale; la collaborazione con le associazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale, le cooperative sociali, per costruire un moderno sistema di welfare”.

Il Piano Attuativo Locale 2007-2009 dell’Azienda ULSS 9 “Treviso” enuncia i tre seguenti principi fondamentali dell’Azienda: “centralità del paziente, unicità dell’Azienda, approccio multi professionale”. Il presente PAL riprende con forza i tre principi, spostando in particolare l’attenzione dalla centralità del paziente alla centralità della persona. Compito dell’Azienda sanitaria locale è, infatti, non solo prendersi cura dei soggetti affetti da patologia ma anche impegnarsi per mantenere lo stato di salute della popolazione e prevenire la comparsa degli stati patologici. In tal senso va ricordato che il ruolo dell’Azienda sanitaria nel modificare positivamente i determinanti dello stato di salute della popolazione è limitato, in quanto essi sono solo in parte sotto il controllo dell’Azienda sanitaria, mentre dipendono anche dal singolo cittadino e dalla società. È quindi fondamentale coordinare l’attività aziendale con quella della società civile e della politica e soprattutto stabilire un’ “alleanza per la salute” con il cittadino, coinvolgendolo nelle scelte sanitarie e mettendolo nelle condizioni di partecipare responsabilmente alle scelte che riguardano la sua salute. A tale fine devono essere adeguatamente sviluppati processi di informazione e comunicazione al cittadino, realizzando la possibilità di passare gradualmente dal “consenso informato” all’ “empowerment” ed arrivando a sperimentare strumenti di modalità di partecipazione dei cittadini sugli indirizzi di politica sanitaria”. Esso cita che gli obiettivi di salute indicati nel Piano Sanitario Nazionale, tra cui la salute nelle prime fasi di vita, nell’infanzia e nell’adolescenza.

Il documento di “Direttive del Direttore Generale per la pianificazione delle attività aziendali 2007” prevede tra gli obiettivi strategici “analizzare i bisogni di salute della popolazione: per programmare i servizi con approccio integrato ospedale/territorio in un’ottica di area vasta”. Il documento di “Direttive del Direttore Generale per la pianificazione delle attività aziendali 2008” prevede esplicitamente la nascita tra le aree di bisogno da analizzare.

Nel PAL 2007-2009 “il fine ultimo della programmazione aziendale è rappresentato dalla transizione dai bisogni di salute della popolazione ai bisogni di salute della singola persona, che viene quindi a rappresentare l’elemento centrale della programmazione aziendale. Ogni obiettivo strategico ci aiuta a concorrere al soddisfacimento dei bisogni di salute della persona. A tal fine è necessario adottare e tradurre i contenuti degli obiettivi strategici, nei progetti e nelle attività quotidiane. Si riportano, di seguito, gli obiettivi strategici con una loro breve descrizione.

- Analizzare i bisogni di salute della popolazione per programmare i servizi con approccio integrato ospedale/territorio in un’ottica di area vasta. Partendo dai bisogni di salute, si vanno ad individuare la modalità di risposta, i processi coinvolti (Prevenzione, Diagnosi, Terapia, Riabilitazione, Assistenza Socio-Sanitaria territoriale) e le strutture interessate, in modo da garantire che l’approccio sia trasversale e multiprofessionale. Da ultimo verranno elaborati i progetti specifici, che vanno quindi a soddisfare il bisogno di partenza.
- Utilizzare le migliori pratiche cliniche ed assistenziali per garantire l’appropriatezza dell’erogazione delle prestazioni e dell’uso delle risorse (erogare prestazioni appropriate, in tempi adeguati, nei contesti assistenziali adeguati, a chi ne ha effettivamente bisogno).

Se la programmazione secondo un approccio integrato ospedale/territorio in un’ottica di area vasta rappresenta il punto di partenza, l’utilizzo delle migliori pratiche cliniche ed assistenziali è necessario per garantire l’erogazione di prestazioni appropriate in tempi adeguati a chi ne ha effettivamente bisogno. In questo secondo obiettivo strategico si integrano gli aspetti organizzativi con quelli clinico/assistenziali”.

Nel “Piano Attuativo Locale 2010-2012 dell’Azienda ULSS 9 di Treviso” sono definite le linee strategiche dell’Azienda e sono declinati i singoli obiettivi operativi per ogni anno. “Uno degli obiettivi strategici l’Azienda di insegnamento. Mettere l’Azienda in condizione di valorizzare le proprie risorse, nell’ambito della formazione, della ricerca e dell’innovazione tecnologica. Sviluppare rapporti di collaborazione con le Università per lo svolgimento di attività formative nelle discipline mediche, delle professioni sanitarie e di altri corsi di laurea”.

Gli studi

Questa fase di ricerca ha coinvolto i professionisti sociosanitari che lavorano nelle aree materno-infantile e dell'età evolutiva nel territorio dell'Az. ULSS n. 9 di Treviso.

Gli obiettivi si collocano su due livelli:

- a livello conoscitivo, raccogliere informazioni sulle conoscenze, le opinioni e gli atteggiamenti professionali rispetto al FASD e, più in generale, all'uso di alcol in gravidanza e in allattamento;
- a livello operativo, utilizzare le informazioni raccolte come indicatori per la predisposizione di percorsi di formazione professionale nell'ambito della prevenzione.

Materiali e metodi

Sono stati realizzati due studi descrittivi osservazionali. I target di studio sono:

- i professionisti sociosanitari dei servizi ospedalieri e territoriali dell'Az. ULSS n. 9 dedicati al percorso nascita ed età evolutiva;
- i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta convenzionati con l'Az. ULSS n. 9.

Sono stati esclusi i professionisti che lavorano solo privatamente.

Gli studi sono stati realizzati su popolazione e ciò ha permesso di evitare eventuali problematiche statistiche legate al campionamento.

Questionario

Lo strumento di indagine è un questionario autocompilato. La predisposizione del questionario è stata preceduta da un'analisi qualitativa.

L'analisi qualitativa è consistita in:

- *brainstorming preliminare con il gruppo di referenti aziendali*
- *predisposizione di uno schema di colloquio strutturato, costituito da 10 domande aperte, su focus di interesse individuati in fase di brainstorming*
- *individuazione e reclutamento di un campione di 30 referenti significativi, selezionati tra i responsabili dei servizi dedicati al percorso nascita ed età evolutiva nell'Az. ULSS n. 9*
- *realizzazione di un colloquio individuale con ciascuno dei referenti reclutati, secondo lo schema predisposto*
- *analisi delle informazioni raccolte nei colloqui e stesura degli item del questionario.*

Alcuni item sono stati tratti da uno studio condotto dal dr. Bruno Sacher, responsabile dell'Unità Operativa di Pediatria dell'Ospedale di San Daniele del Friuli (UD).

In totale, il questionario è composto da 44 item, alcuni a domande aperte, altre a scelta multipla e scale di valutazione. Questa versione è stata utilizzata nello studio sul personale dell'azienda sanitaria, mentre la versione per i medici di medicina generale e i pediatri di libera è stata oggetto di un'ulteriore fase di revisione qualitativa, a cui ha collaborato un rappresentante di ciascuna categoria professionale.

Il questionario è articolato in 5 aree di indagine:

- dati informativi
- conoscenza ed esperienza della Sindrome Alcolica Fetale e del Disturbo dello Spettro Fetale Alcolico
- opinioni sugli effetti dell'alcol, in gravidanza, in allattamento e in generale
- osservatorio sul consumo di alcol in gravidanza/allattamento e atteggiamento professionale
- valutazione della ricerca ed interesse per la tematica.

Nei paragrafi seguenti è riportata una descrizione più dettagliata di tali aree.

DATI INFORMATIVI.

Questa parte raccoglie informazioni di tipo anagrafico, formativo e professionale.

CONOSCENZA ED ESPERIENZA DELLA SINDROME ALCOLICA FETALE E DEL DISTURBO DELLO SPETTRO FETALE ALCOLICO.

Questa sezione ha l'obiettivo di raccogliere informazioni sulla conoscenza e sulle esperienze dirette di FAS e FASD.

OPINIONI SUGLI EFFETTI DELL'ALCOL.

Questo blocco di domande indaga le opinioni sugli effetti dell'uso di alcol in gravidanza, in allattamento e in generale. Si chiede di indicare se esistono e quali sono le quantità di alcol che possono essere bevute in gravidanza e allattamento senza danni al bambino, il ruolo dell'alcol rispetto ad altri fattori di rischio in gravidanza, le opinioni sugli effetti sulla fertilità. A questo, si aggiungono altre domande relative ai rischi dell'alcol sulla salute generale di una persona e al significato attribuito al concetto di abuso di alcol.

OSSERVATORIO SUL CONSUMO DI ALCOL IN GRAVIDANZA E ATTEGGIAMENTO PROFESSIONALE.

Un gruppo di item indaga la percezione della diffusione del consumo di bevande alcoliche nelle donne. Si chiede di indicare in quali categorie di donne, secondo loro, il consumo è più frequente, quanto è diffuso in gravidanza/allattamento. Inoltre, si vuole sapere se nell'esperienza personale e professionale hanno conosciuto donne che hanno abusato di alcol in gravidanza e la percezione dei consumi di alcol nel partner. Altri item riguardano le modalità con cui gli operatori si occupano della questione nell'attività professionale con le donne in gravidanza e allattamento. Le domande sono finalizzate ad avere una stima riferita di quanto il problema sia riscontrato e in quale misura rispetto ad altri fattori di rischio. Oltre a questo, si chiede di indicare se e come affrontano il tema alcol con le loro pazienti.

VALUTAZIONE DELLA RICERCA E INTERESSE PER LA TEMATICA.

Gli ultimi quesiti del questionario hanno una funzione valutativa della ricerca. Si chiede di indicare l'opinione sull'utilità della ricerca e l'interesse per un approfondimento dell'argomento. Si chiede di indicare per chi, secondo loro, la ricerca può essere maggiormente utile. Queste domande hanno la funzione di rilevare se c'è un consenso di base alla predisposizione di azioni formative.

Reclutamento dei destinatari e somministrazione

La somministrazione del questionario è avvenuta con modalità differenti a seconda del target.

Il questionario per i professionisti dei servizi dell'Az. ULSS n. 9 è stato predisposto in forma cartacea^{XVII}. La somministrazione è avvenuta tra marzo e luglio 2009.

Nello studio sono state incluse tutte le figure professionali di tipo sanitario e sociosanitario, per un totale di circa 380 professionisti. È stato escluso il personale amministrativo. In ciascun servizio è stato individuato un referente per categoria professionale incaricato di consegnare e raccogliere i questionari tra i colleghi. Per garantire l'anonimato, i questionari sono stati consegnati con una busta in cui inserire in questionario compilato.

Prima della somministrazione, è stata effettuata la mappatura delle strutture dei percorsi nascita ed età evolutiva dell'azienda sanitaria e sono stati contattati i diversi responsabili, con i quali sono state concordate le modalità di somministrazione.

^{XVII} La versione cartacea del questionario è in appendice (B)

Il questionario è stato somministrato ai professionisti dei seguenti servizi: nei due ospedali, le Unità Operative di Ginecologia e Ostetricia, Pediatria, Patologia Neonatale, Neuropsichiatria Infantile. Nei quattro distretti, il Consultorio Familiare, il Servizio Distrettuale Integrato per l'Età Evolutiva (SDIEE) e la Pediatria di Comunità.

Il questionario per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta convenzionati è stato somministrato tramite il sistema informatico "Survey Monkey"^{XVIII}. La somministrazione è avvenuta tra il mese di gennaio e il mese di maggio 2010.

"Survey Monkey" è un sistema web-based che permette la compilazione on line del questionario, tramite l'accesso ad un link inviato al proprio indirizzo di posta elettronica. I destinatari sono stati individuati grazie agli elenchi forniti dall'azienda sanitaria. Attraverso tali elenchi è stato possibile recuperare tutti gli indirizzi di posta elettronica. La popolazione è costituita da 271 medici di medicina generale e 50 pediatri di libera scelta convenzionati. Sono stati contattati i rappresentanti delle due professioni, che hanno dato la disponibilità a supportare e promuovere lo studio tra i colleghi.

L'invio del questionario è stato preceduto da una comunicazione di presentazione della ricerca e di richiesta di collaborazione.

Data management e analisi dei dati^{XIX}

Il data entry è stato effettuato con il software EpiData, versione 3.1. o gestito da SurveyMonkey. Per l'analisi statistica sono stati utilizzati SPSS per Windows versione 13.0 e WinPEPI versione 9.4. L'analisi è stata articolata in due fasi: un'analisi di frequenza descrittiva ed una analitica. E' stata fatta un'analisi di associazione stratificata tra le variabili in base ad una serie d'ipotesi e sono state fatti alcuni modelli di regressione logistica. La forza delle associazioni fra due variabili è stata stimata con l'Odds Ratio (OR), mentre quando una delle due variabili poteva assumere più valori crescenti è stato utilizzato il Generalized

^{XVIII} <http://www.surveymonkey.com>

^{XIX} Per l'analisi statistica mi sono avvalsa della consulenza del servizio di Statistica ed Epidemiologia dell'Az.ULSS 9

Odds Ratio (GOR). Allo scopo di verificare un'associazione tra due variabili con valori crescenti è stato utilizzato il coefficiente di correlazione per ranghi di Spearman (ρ). La correlazione tra variabili nominali è stata stimata con la V di Cramér.

I risultati dei due studi sono descritti separatamente di seguito.

Risultati.

Professionisti sociosanitari dei percorsi nascita ed età evolutiva dipendenti dell'Az. ULSS n. 9

Parte descrittiva

Sono stati compilati 302 questionari su una popolazione stimata di 380 professionisti. Il tasso di risposta è del 79%.

Dati informativi

La quasi totalità di coloro che hanno compilato il questionario è di sesso femminile (89%, 269 a fronte di 30 maschi). L'età è compresa tra i 23 e i 63 anni, con una media di 43 anni (mean 43,06 std. dev. 9,155, n 282). La metà dichiara di essere in possesso di un titolo di studio universitario (Tab. 3-1).

Tabella 3-1. Titolo di studio

TITOLO	N	%
licenza elementare o media inferiore	39	12,9
diploma di scuola superiore	94	31,1
titolo universitario	146	48,3
non risponde	23	7,6
totale	302	100,0

Diverse categorie professionali hanno partecipato allo studio. I più numerosi sono gli infermieri (35% del totale), seguiti dai medici (23%) e dalle ostetriche/i (20%). Tutte le figure professionali coinvolte sono elencate nelle tabelle seguenti (Tab. 3-2, Tab. 3-3).

Tabella 3-2. Professione

PROFESSIONE	N	%
infermiere	107	35,4
medico	69	22,8
ostetrica/o	61	20,2
altra professione	31	10,3
operatore sociosanitario	28	9,3
assistente sanitario	3	1,0
non risponde	3	1,0
totale	302	100,0

Tabella 3-3. Altra professione

PROFESSIONE	N	%
psicologo	8	2,6
assistente sociale	5	1,7
logopedista	5	1,7
ausiliario	1	0,3
coordinatore infermieristico	1	0,3
fisioterapista	1	0,3
psicologo psicomotricista	1	0,3
psicomotricista	1	0,3
puericultrice	1	0,3
terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva	1	0,3
	277	91,7
totale	302	100,0

Dei 69 medici, 30 sono pediatri, 27 ginecologi (27), 6 neuropsichiatri infantili e 6 possiedono altre specializzazioni. Sono medici la quasi totalità dei maschi (26 su 30). Sono inclusi nella categoria “altre professioni” i professionisti dei servizi dell’età evolutiva, quali psicologi, logopedisti, assistenti sociali.

Il 93% dei professionisti (280) lavora nell’Az. ULSS n. 9 con un contratto dipendente, i rimanenti hanno altri tipi di rapporti di lavoro (liberi professionisti in convenzione e specializzandi).

Tre quarti dei professionisti lavorano in ospedale, un quarto nei distretti socio-sanitari del territorio. Il 2% lavora in più sedi. La metà del campione lavora all’ospedale di Treviso (Tab. 3-4). In media, occupano l’attuale posizione di lavoro da circa 14 anni (mean 13,82, std. dev. 9,808, n 266), e lavorano nel settore da quasi 18 anni (mean 17,56, std. dev. 9,722, n 177).

Tabella 3-4. Sede di lavoro

SEDE	N	%
ospedale Treviso	154	51,0
ospedale Oderzo	72	23,8
distretto sociosanitario n.1 Treviso	17	5,6
distretto sociosanitario n.2 Paese-Villorba	19	6,3
distretto sociosanitario n.3 Mogliano Veneto	16	5,3
distretto sociosanitario n.4 Oderzo	19	6,3
altro (più sedi)	5	1,7
totale	302	100,0

FAS e FASD: conoscenza ed esperienza

Il 65% dei professionisti (196), dichiara di conoscere la FAS. Il 34% (103) riferisce di non conoscerla. È più conosciuta tra coloro che hanno un titolo universitario (84%), meno da chi ha un titolo di studio inferiore (Tab. 3-5).

Tabella 3-5. Conoscenza dichiarata della FAS per titolo di studio

TITOLO	sì		no		non risponde		totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
titolo universitario	122	83,6	23	15,8	1	0,7	146	100,0
diploma di scuola superiore	47	50,0	46	48,9	1	1,1	94	100,0
licenza elementare o media inferiore	14	35,9	24	61,5	1	2,6	39	100,0
non risponde	13	56,5	10	43,5	0	0,0	23	100,0
totale	196	64,9	103	34,1	3	1,0	302	100,0

Il numero di professionisti che dichiara di conoscere la FAS per categoria professionale è riportato nella tabella seguente (Tab. 3-6). Affermano di conoscerla quasi tutti i medici, la maggioranza delle altre professioni e delle ostetriche/i, la metà degli infermieri e meno di un terzo degli operatori socio-sanitari. I 4 medici che dichiarano di non conoscerla sono ginecologi.

Tabella 3-6. Conoscenza dichiarata della FAS per professione

PROFESSIONE	sì		no		non risponde		totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
medico specializzazione pediatria	30	100,0	0	0,0	0	0,0	30	100,0
medico altra specializzazione	12	100,0	0	0,0	0	0,0	12	100,0
medico specializzazione ginecologia	23	85,2	4	14,8	0	0,0	27	100,0
altra professione	24	77,4	7	22,6	0	0,0	31	100,0
ostetrica/o	44	72,1	16	26,2	1	1,6	61	100,0
assistente sanitario	2	66,7	1	33,3	0	0,0	3	100,0
infermiere	51	47,7	55	51,4	1	0,9	107	100,0
operatore socio-sanitario (OSS)	8	28,6	19	67,9	1	3,6	28	100,0
non risponde	2	66,7	1	33,3	0	0,0	3	100,0
totale	196	64,9	103	34,1	3	1,0	302	100,0

La FAS è conosciuta più dai professionisti dei distretti (84%, 61 su 73) che tra gli ospedalieri (59%, 135 su 229).

Il 28% (86) riferisce di aver visto persone con FAS/FASD. È capitato più frequentemente ai pediatri (87%), e ai medici con altre specialità (75%). Ne hanno visti anche la metà delle altre professioni (52%), meno le ostetriche (23%), i ginecologi, 15%, gli infermieri, 13%, fino ad un unico caso tra gli operatori socio-sanitari (Tab. 3-7).

Tabella 3-7. Esperienza diretta di casi di FAS/FASD per professione

PROFESSIONE	sì		no		non risponde		totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
medico specializzazione pediatria	26	86,7	4	13,3	0	0,0	30	100,0
medico altra specializzazione	9	75,0	3	25,0	0	0,0	12	100,0
altra professione	16	51,6	15	48,4	0	0,0	31	100,0
assistente sanitario	1	33,3	2	66,7	0	0,0	3	100,0
ostetrica/o	14	23,0	45	73,8	2	3,3	61	100,0
medico specializzazione ginecologia	4	14,8	23	85,2	0	0,0	27	100,0
infermiere	14	13,1	91	85,0	2	1,9	107	100,0
operatore sociosanitario	1	3,6	26	92,9	1	3,6	28	100,0
non risponde	1	33,3	2	66,7	0	0,0	3	100,0
totale	86	28,5	211	69,9	5	1,7	302	100,0

Si vedono più frequentemente casi di FASD nei distretti che in ospedale. Infatti, il 51% dei professionisti del territorio dichiara di aver visto casi di FASD (37 su 73) a fronte di un 22% dei colleghi in reparto (49 su 229).

Distinguendo per professione, nei distretti la percentuale dei medici che dichiarano di aver visto persone con FASD è dell'80% (12 su 15) contro il 50% degli ospedalieri (27 su 54), mentre le ostetriche/i sono il 30% (7 su 23) rispetto al 18% (7 su 38).

76 professionisti hanno indicato il numero di persone con FASD che hanno incontrato nella loro esperienza. 11 professionisti dichiarano di aver visto almeno una decina di casi: 6 medici (di cui 3 pediatri e 2 neuropsichiatri infantili), 2 ostetriche/i, 2 infermieri e 1 psicologo. 6 di questi professionisti lavorano all'ospedale di Treviso, 5 nei distretti.

Opinioni sugli effetti dell'alcol in gravidanza, in allattamento e in generale

Tutti i professionisti, tranne un caso, ritengono che l'alcol assunto da una donna incinta e in allattamento possa avere effetti sulla salute del feto e del bambino. L'alcol è considerato mediamente il più dannoso di altri fattori di rischio in gravidanza, quali il toxoplasma, l'HCV, il fumo e l'alimentazione scorretta (Tab. 3-8).

Tabella 3-8. Fattori ritenuti dannosi in gravidanza

RANGO	TIPO	N	Mean	Std. Deviation
1°	alcol	282	2,04	0,941
2°	toxoplasma	285	2,16	1,258
3°	fumo	284	2,77	1,027
4°	HCV	282	3,48	1,263
5°	alimentazione scorretta	285	4,49	0,862

Secondo il 38% (116) dei professionisti, è possibile bere una certa quantità di alcol in gravidanza senza danni al feto, e per il 35% (107) esiste una quantità di alcol sicura anche in allattamento (Tab. 3-9, Tab. 3-10).

L'opinione che ci sia una quantità sicura in gravidanza è più diffusa tra i medici (46%) e tra gli operatori sociosanitari (46%). I medici sono anche i professionisti che maggiormente pensano ci sia una quantità sicura anche in allattamento (49%).

Tabella 3-9. Opinioni sull'esistenza di una quantità di alcol sicura in gravidanza per professione

PROFESSIONE	sì		no		non risponde		totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
medico	32	46,4	35	50,7	2	2,9	69	100,0
ostetrica/o	23	37,7	37	60,7	1	1,6	61	100,0
infermiere	37	34,6	69	64,5	1	0,9	107	100,0
assistente sanitario	1	33,3	2	66,7	0	0,0	3	100,0
operatore socio-sanitario	13	46,4	14	50,0	1	3,6	28	100,0
altra professione	8	25,8	21	67,7	2	6,5	31	100,0
non indicato	2	66,7	0	0,0	1	33,3	3	100,0
totale	116	38,4	178	58,9	8	2,6	302	100,0

Tabella 3-10. Opinioni sull'esistenza di una quantità di alcol sicura in allattamento per professione

PROFESSIONE	sì		no		non risponde		totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
medico	34	49,3	34	49,3	1	1,4	69	100,0
ostetrica/o	23	37,7	36	59,0	2	3,3	61	100,0
assistente sanitario	1	33,3	2	66,7	0	0,0	3	100,0
infermiere	35	32,7	69	64,5	3	2,8	107	100,0
operatore socio-sanitario	7	25,0	18	64,3	3	10,7	28	100,0
altra professione	5	16,1	23	74,2	3	9,7	31	100,0
non risponde	2	66,7	0	0,0	1	33,3	3	100,0
totale	107	35,4	182	60,3	13	4,3	302	100,0

Secondo 18 professionisti c'è una quantità senza rischi in gravidanza e non in allattamento, 11 ritengono che si possa bere in allattamento ma non in gravidanza.

Entrando nel dettaglio delle quantità considerate sicure, un quarto dei professionisti (25%, 77) afferma che si possa bere quotidianamente almeno mezza Unità Alcolica (U.A.) in gravidanza e poco più di un quinto (22%, 67 professionisti) ritiene che la stessa quantità possa essere bevuta in allattamento.

Per quanto riguarda gli effetti dell'alcol sulla salute in generale, per il 79% degli intervistati (240) si può bere alcol senza danni, ma solo per il 3% (9) le quantità sicure sono superiori alle 2 Unità Alcoliche giornaliere. Le quantità definite sicure in gravidanza, allattamento e in generale sono riportate nella tabella seguente (Tab. 3-11).

Tabella 3-11. Quantità di alcol ritenute sicure per la salute

QUANTITÀ	gravidanza		allattamento		generale	
	N	%	N	%	N	%
più di 2 UA al giorno	3	1,0	3	1,0	9	3,0
2 UA al giorno	24	7,9	16	5,3	93	30,8
1 UA al giorno	37	12,3	41	13,6	84	27,8
1/2 UA al giorno	14	4,6	7	2,3	8	2,6
occasionalmente (non ogni giorno)	20	6,6	20	6,6	10	3,3
quantità moderate non specificate	8	2,6	8	2,6	7	2,3
dipende (dal sesso, dalla persona ecc.)	0	0,0	0	0,0	8	2,6
non so, nullo	4	1,3	4	1,3	6	2,0
non rispondenti	192	63,6	203	67,2	77	25,5
totale	302	100,0	302	100,0	302	100,0

Secondo il 53% (159) il consumo da parte di una persona di più di 2 Unità Alcoliche al giorno può essere già ritenuto abuso, mentre per il 32%, (98) l'abuso di alcol è bere più di 5/6 unità al giorno e per il 12% (36) è il bere più di quel che si possa tollerare^{xx}.

Per tre quarti dei professionisti (76%, 229), l'assunzione di bevande alcoliche può avere effetti sulla fertilità.

I consumi alcolici in gravidanza e allattamento: osservatorio del fenomeno e prassi professionale

La percezione dei consumi alcolici nelle donne del territorio dell'Az. ULSS n. 9

Secondo la maggior parte dei professionisti, le donne in gravidanza e allattamento del territorio non bevono bevande alcoliche. Oltre tre quarti (77%, 234), infatti, affermano che l'uso di alcol non sia per niente o sia al massimo poco presente in queste fasi della vita. Sia la gravidanza sia l'allattamento sono considerate mediamente le situazioni in cui è meno probabile che una donna beva alcol. Il consumo di bevande alcoliche è ritenuto più frequente tra le adolescenti (Tab. 3-12).

^{xx} L'opinione che l'abuso sia legato a quanto si riesce a tollerare, insieme ad altre definizioni, è espressa da un ulteriore 18% di professionisti (54), mentre per il 15% (45) abuso è anche il bere alcol fuori pasto e per l'8% (23) il bere nei fine settimana. Solo due professionisti affermano che l'abuso sia solamente bere fuori pasto

Tabella 3-12. Opinioni sulla diffusione del consumo di alcol nelle donne del territorio dell'Az. ULSS n. 9

RANGO	TIPO	N	Mean	Std. Dev.
1°	minorenni non gravide	272	1,86	0,889
2°	fertili non gravide	269	1,90	0,823
3°	menopausa	265	2,36	0,999
4°	gravide	252	4,41	0,628
5°	allattamento	252	4,48	0,575

A conferma di questa opinione, l'alcol è il problema che si incontra mediamente meno nell'attività professionale con le donne in gravidanza e allattamento: solo in 2 casi è la questione riscontrata più frequentemente (Tab. 3-13).

Tabella 3-13. Problemi riscontrati nella propria esperienza professionale con le donne in gravidanza e/o allattamento

RANGO	TIPO	Mean	N	Std. Dev.
1°	fumo	1,94	261	1,056
2°	alimentazione scorretta	2,50	253	1,350
3°	HCV	3,06	250	1,285
4°	toxoplasma	3,18	250	1,337
5°	alcol	4,12	249	1,025

Nell'esperienza professionale, un quarto dei professionisti afferma di aver visto almeno qualche volta donne abusatrici di alcol in gravidanza e/o in allattamento, e un quinto in ambito personale (Tab. 3-14). Il 43% dei professionisti (130), riesce anche a farsi un'idea, almeno qualche volta, dei consumi alcolici del partner.

Tabella 3-14. Donne abusatrici di alcol in gravidanza/allattamento viste

	esperienza professionale		esperienza personale	
	N	%	N	%
mai	113	37,4	135	44,7
raramente	112	37,1	98	32,5
qualche volta	72	23,8	56	18,5
spesso	3	1,0	3	1,0
non risponde	2	0,7	10	3,3
totale	302	100	302	100

Le informazioni sull'uso di alcol in gravidanza e allattamento: contesti, frequenza, tipologie

Il 38% dei professionisti (115), dichiara di affrontare la questione dell'uso di alcol con le donne in generale. Il 33% (100), se ne occupa almeno ogni tanto con le donne in allattamento e il 29% con le donne in gravidanza (88). Il 27% anche con le minorenni (83), il 26% con le donne in età fertile non incinte (77) e il 24% con le donne in menopausa (72).

I professionisti che riferiscono di dare informazioni sull'alcol alle donne in gravidanza e allattamento sono due terzi del totale (65%, 195).

Tutti i ginecologi parlano di alcol ad almeno qualcuna delle donne viste, il 79% delle ostetriche (48), il 67% degli altri medici (8), il 63% dei pediatri (19). Gli infermieri che danno informazioni alle donne sono il 38% (41), le altre figure professionali il 29% (9) e gli operatori sociosanitari il 18% (5). Ne parlano però alla netta maggioranza delle donne solo il 37% dei pediatri (11), il 33% dei ginecologi (9), il 16% delle ostetriche (10). Nei distretti i professionisti che parlano di alcol alle donne incinte o in allattamento sono il 63% (46 su 73), meno in ospedale, il 49% (113 su 229).

La maggior parte parla dell'alcol in ambulatorio durante le visite (68). Seguono il reparto/nido dell'ospedale (46) e i corsi pre-parto (39). 11 professionisti danno informazioni in sede di dimissione post-parto, 28 nei contatti dopo il parto.

55 operatori danno le informazioni alle donne sempre per primi, 20 ne parlano quando ricevono la richiesta dalle donne, in 98 casi dipende dalla situazione.

I professionisti si occupano in maniera più di fumo che di alcol, infatti, 95 professionisti dichiarano di parlare più del fumo, 91 parlano di alcol e fumo in ugual misura e solo 9 più dell'alcol.

Le informazioni date alle donne sono eterogenee. Si parla di alcol sia nell'ambito di un discorso generale sull'alimentazione (40%), sia quando si affronta il tema del fumo di tabacco e del consumo di droghe (19%). Il 9% ne parla solo se ha il sospetto di abuso. Per quanto riguarda i temi affrontati, il 31% cerca di sfatare alcuni luoghi comuni sull'alcol. Il 21% dà informazioni sui danni al feto e al neonato, il 16% suggerisce di fare più attenzione al consumo di bevande alcoliche in allattamento. Relativamente alle quantità consigliate, il 18% dice che è meglio evitare di bere, al massimo un bicchiere occasionalmente e il 12% suggerisce di evitare completamente le bevande alcoliche. Il 7% dà informazioni generali sulle quantità che una donna può bere senza rischi, e il 5% afferma che una certa quantità al giorno, come un bicchiere di vino o birra a pasto, non fa male. Un professionista scrive che si può bere fino a mezzo litro al giorno (Tab. 3-15).

Tabella 3-15. Informazioni date alle donne in gravidanza e allattamento

INFORMAZIONI (CONTESTI E TIPOLOGIE)	N	%
ne parlo nell'ambito di un discorso generale sull'alimentazione	122	40,4
cerco di sfatare alcuni luoghi comuni sull'alcol (es. la birra fa latte)	95	31,5
do informazioni sui danni al feto ed al neonato	63	20,9
ne parlo quando affronto il tema del fumo di tabacco e/o del consumo di droghe	58	19,2
dico che è meglio evitare di bere, al massimo un bicchiere di vino o un aperitivo ogni tanto	53	17,5
in allattamento suggerisco di fare più attenzione al consumo di bevande alcoliche	48	15,9
dico di evitare assolutamente di bere bevande alcoliche	35	11,6
ne parlo solo se ho il sospetto che la donna abbia problemi di abuso	26	8,6
do informazioni sui danni al feto ed al neonato	21	7,0
dico che 1 bicchiere di vino o birra a pasto non fa male	16	5,3
consiglio di bere vino o birra e di evitare i superalcolici	2	0,7
dico che si può bere fino a mezzo litro di vino al giorno	1	0,3

Considerando ogni categoria professionale, le informazioni sui danni al feto ed al neonato sono date più dalle ostetriche/i (41%, 25 su 61) che dai medici (29%, 20 su 69). Sono le ostetriche/i a suggerire maggiormente alle donne di evitare assolutamente l'alcol (26%, 16 su 61, contro il 12% dei medici, 8 su 69, e l'8% degli infermieri, 9 su 107). Non c'è invece particolare differenza tra medici, ostetriche/i e infermieri per quanto riguarda la percentuale di coloro che suggeriscono di bere un bicchiere di vino a pasto: sono infatti il 7% del totale nei primi due casi (5 su 69 e 4 su 61), il 6% nel terzo (6 su 107).

Valutazione della ricerca e interesse per la tematica

La maggioranza dei professionisti (86%), ritiene nel complesso utile una ricerca sui consumi di bevande alcoliche delle donne in gravidanza e allattamento nell'AULSS 9. Per l'85% è utile anche un approfondimento sulla questione dell'uso di alcol in gravidanza e allattamento (Tab. 3-16).

Tabella 3-16. Opinioni sull'utilità della ricerca e di un approfondimento dell'argomento

	utilità della ricerca		utilità di un approfondimento	
	N	%	N	%
per niente	0	0,0	2	0,7
poco	34	11,3	30	9,9
abbastanza	145	48,0	129	42,7
molto	111	36,8	130	43,0
non risponde	12	4,0	11	3,6
totale	302	100,0	302	100,0

La convinzione che un approfondimento sul tema sia poco utile è più diffusa tra le ostetriche/i (18%, 11 su 61) e tra gli operatori sociosanitari (18%, 5 su 28). L'opinione che sia molto utile è più frequente tra gli infermieri (44%, 47 su 107) e tra i medici (39%, 27 su 69).

Secondo il 22% dei professionisti la ricerca può essere utile per i minorenni (65) e gli operatori sanitari (64), poi per le donne in età fertile (17%, 51), per le donne in gravidanza e allattamento (14%, 42), per tutti (9%, 26), per neonati e bambini (3%, 9), per i maschi (1%, 4). E, secondo alcuni, anche per le donne in menopausa (9%, 26).

Parte analitica

I dati sono stati oggetto di approfondimenti secondo ipotesi diversificate. Le associazioni tra le diverse variabili di studio sono state analizzate con l'obiettivo di raccogliere indicazioni utili per la predisposizione di percorsi di formazione professionale.

I risultati dell'analisi sono descritti nei paragrafi seguenti. Sono state individuate delle associazioni tra caratteristiche personali, conoscenze, opinioni e atteggiamento professionale con le donne.

1) Le opinioni sui consumi di alcol in gravidanza sono associate al tipo di informazioni date alle donne. Essere convinti che l'alcol nuocia al feto e al bambino a prescindere dalla quantità significa orientare all'astensione totale. I professionisti che pensano non ci sia una quantità di alcol sicura in gravidanza hanno oltre quattro volte la probabilità di dire di evitare assolutamente bevande alcoliche rispetto agli altri (OR 4,30, reciproco OR 0,23 IC 95% 0,07-0,67). Invece, essere convinti che una donna incinta non possa bere non è associato al suggerire l'astensione non categorica, cioè permettere qualche bicchiere ogni tanto (OR 1,55; reciproco 0,65 IC95% 0,25-1,64).

Dall'altro lato, pensare che ci siano delle quantità sicure fa aumentare la probabilità che si diano informazioni orientate al consumo. La probabilità di parlare a una donna in gravidanza o allattamento delle quantità che può bere senza rischi (OR 5,04 - IC95% 1,70-15,16) o di dirle che un bicchiere a pasto non fa male (OR 4,48 IC95% 1,40-14,58) è molto più alta tra chi pensa che ci sia una quantità sicura.

Considerare l'alcol dannoso o meno per il feto e il neonato è associato all'opinione generale sugli effetti per la salute di una persona (Cramer's V 0,348, p 0,000). Chi ritiene l'alcol un rischio nell'adulto pensa che questo valga anche per il feto: quelli che considerano abuso di alcol un consumo superiore alle 2 Unità Alcoliche giornaliere hanno il 59% di probabilità in più di dare maggior importanza all'alcol tra i fattori di rischio per il feto (GOR 1,591 IC95% 1,035-2,448)

Tuttavia, questa associazione non è scontata né univoca: ad esempio, chi considera abuso un consumo superiore a 2 Unità Alcoliche al giorno non è detto che sia convinto che non ci sia un consumo sicuro per il feto; infatti non ha una probabilità significativamente maggiore di pensare che non c'è una quantità minima sicura in gravidanza (O.R. 1,35 IC95% 0,82-2,24), né di dire alle donne in allattamento o in gravidanza di evitare assolutamente o il più possibile di bere bevande alcoliche (Fisher's p 0,296).

2) Sapere cos'è la FAS è utile per informare correttamente le donne: chi dice di conoscerla ha l'88% di probabilità in più di dire alle donne in allattamento o in gravidanza di evitare o evitare il più possibile l'alcol (OR 1,88 IC95% 1,03-3,52). In particolare, chi dice di conoscere la FAS ha oltre tre volte la probabilità di dire alle donne d'evitare assolutamente le bevande alcoliche rispetto agli altri (OR 3,64 IC95% 1,36-10,13). Sapere cos'è la FAS è utile anche per essere più attenti al problema dell'abuso di alcol in gravidanza: c'è associazione positiva tra il conoscere la FAS e il sospettare donne abusatrici in gravidanza e allattamento (Kendall's tau-b 0,211, p 0,000). Invece, la conoscenza dichiarata della FAS non è associata all'opinione che non ci sia una quantità sicura di alcol in gravidanza (OR 1,56 IC95% 0,93-2,62); anche se coloro che ritengono che una donna incinta possa bere almeno mezza Unità Alcolica al giorno hanno il 50% in meno di probabilità di conoscere la FAS rispetto agli altri (OR 0,50 IC95% 0,28-0,89). Il fatto di suggerire di non bere in gravidanza non è significativamente associato nemmeno all'aver visto neonati con FASD (p 0,473, OR 1,33, IC95% 0,56-3,12).

3) La convinzione che ci sia una quantità sicura di alcol in gravidanza non è associata alle caratteristiche personali dei professionisti, quali il sesso (p 0,971), l'età (p 0,713), il titolo di studio (p 0,506).

La conoscenza della FAS non è associata al sesso (p 0,054) e all'età (F 1,191, p 0,276); è invece associata al titolo di studio (Cramer's V 0,280, p 0,000), alla professione (Cramer's V 0,442, p 0,000) e alla sede di lavoro (Cramer's V 0,290, p 0,005).

Anche l'aver visto persone con FASD è associato alla professione (Cramer's V 0,430, p 0,000) e alla sede di lavoro (Cramer's V 0,355, p 0,000). Nell'aver visto o meno casi di FASD gioca un ruolo anche l'età (Kendall's tau-b 0,184 p 0,000): chi ne ha visti ha un'età media significativamente più elevata degli altri (Tab. 3-17).

Tabella 3-17. Età media dei professionisti che hanno e non hanno visto casi di FASD

HA VISTO CASI DI FAS/FASD?	Mean	N	Std. Deviation
	40,50	4	10,247
no	41,77	197	8,890
sì	46,46	76	8,849
totale	43,04	277	9,111

C'è associazione significativa tra la professione e la frequenza con cui si danno informazioni alle donne (Cramer's V 0,267, p 0,000). E anche tra la sede di lavoro e al numero di donne in gravidanza a cui si danno informazioni (Cramer's V 0,238, p 0,001).

Risultati.

Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta

Parte descrittiva

Il questionario è stato inviato a 321 medici convenzionati, di cui 271 medici di medicina generale e 50 pediatri di libera scelta. In tutto, sono stati compilati 135 questionari. Il 75% (101) da medici di medicina generale, il 25% (34) da pediatri di libera scelta. Il tasso di risposta è del 37% tra i medici di medicina generale e del 68% tra i pediatri di libera scelta.

Dati informativi

Il 65% dei professionisti è di sesso maschile. I maschi sono la netta maggioranza nei medici di medicina generale (76%, 77 su 101), mentre tra i pediatri sono più numerose le donne (68%, 23 su 34).

I rispondenti lavorano in tutti i quattro distretti dell'Az. ULSS n. 9.

*41 nel territorio del distretto n.1, 41 nel n.2, 29 nel n.3 e 24 nel n.4.
L'anzianità di servizio media è di 21 anni (mean 21,16, std. dev. 7,744)
con un minimo di meno di 1 anno e un massimo di 37 anni.*

FAS e FASD: conoscenza ed esperienza

Il 52% dei professionisti afferma di conoscere la FAS, il 71% dei pediatri di libera scelta (PLS) e il 45% dei medici di medicina generale (MMG). Il 31% dei medici di medicina generale e il 15% dei pediatri dichiara di non conoscerla (Tab. 3-18).

Tabella 3-18. Conoscenza dichiarata della FAS

	sì		no		non risponde		totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
MMG	46	45,5	31	30,7	24	23,8	101	100,0
PLS	24	70,6	5	14,7	5	14,7	34	100,0
totale	70	51,9	36	26,7	29	21,5	135	100,0

Il 29% dei pediatri e il 16% dei medici di medicina generale hanno visto bambini con FAS e/o FASD (Tab. 3-19).

Tabella 2-19. Esperienza di casi di FAS/FASD

	sì		no		non risponde		totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
MMG	16	15,8	61	60,4	24	23,8	101	100,0
PLS	10	29,4	19	55,9	5	14,7	34	100,0
totale	26	19,3	80	59,3	29	21,5	135	100,0

In media, i professionisti dichiarano di aver visto circa 3 casi di FAS/FASD (mean 3,27, std. dev. 2,878, n 26) con un minimo di 1 e un massimo di 10. I 3 professionisti che riferiscono di aver visto una decina di persone con FASD sono tutti medici di medicina generale.

Opinioni sugli effetti dell'alcol in gravidanza, in allattamento e in generale

Secondo tutti i professionisti (esclusi 29 non rispondenti), l'alcol può avere effetti in gravidanza e allattamento. Solo in un caso si ritiene l'alcol non dannoso in allattamento.

L'alcol è considerato mediamente il più dannoso per il bambino rispetto ad altri fattori di rischio, sia secondo i medici di medicina generale, sia per i pediatri di libera scelta (Tab. 3-20).

Tabella 3-20. Opinioni sui fattori dannosi in gravidanza

RANGO	TIPO	MMG			PED			totale		
		Mean	N	Std. Dev.	Mean	N	Std. Dev.	Mean	N	Std. Dev.
1°	alcol	2,23	77	1,27	1,86	29	1,27	2,13	106	1,27
2°	toxoplasma	2,43	77	1,37	2,52	29	1,24	2,45	106	1,33
3°	fumo	2,62	77	1,12	2,66	29	0,97	2,63	106	1,08
4°	HCV	3,45	77	1,12	3,79	29	0,94	3,55	106	1,08
5°	alimentazione scorretta	4,26	77	1,12	4,17	29	1,26	4,24	106	1,15

Il 19% (26 professionisti) ritiene che si possano consumare giornalmente intere Unità Alcoliche in gravidanza. Mediamente, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta affermano che in gravidanza la quantità massima da con-

sumare sia 1 U.A. (mean 1,26, std. Dev. 0,815), con un massimo di 3 giornaliere.

Per quanto riguarda gli effetti dell'alcol sulla salute generale di una persona, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta ritengono che siano in media 2 le U.A. sicure (mean 2,00, std. deviation 1,34). Al massimo, secondo il 7% dei professionisti (10), le U.A. massime non dannose sono 5 al giorno.

Secondo la metà dei professionisti (51%, 69 soggetti) si può considerare abuso di alcol un consumo superiore alle 2 U.A. giornaliere, mentre per il 22% (30) abuso è il superare le 5/6 U.A giornaliere^{XXI}.

Per il 61% (82) c'è un legame anche tra alcol e fertilità.

L'osservatorio sui consumi alcolici in gravidanza e allattamento: percezione, esperienza ed atteggiamento professionale

La percezione dei consumi alcolici nelle donne del territorio

Il consumo di alcol è un comportamento ritenuto mediamente poco diffuso in gravidanza e allattamento, mentre è considerato più frequente tra le minorenni (Tab. 3-21).

Tabella 3-11. Opinioni sulla diffusione del consumo di bevande alcoliche nelle donne

RANGO	TIPO	Mean	N	Std. Dev
1°	minorenni	2,08	106	1,114
2°	donne in età fertile	2,13	106	0,782
3°	donne in menopausa	2,19	106	1,105
4°	donne in gravidanza	4,29	106	0,839
5°	donne in allattamento	4,30	106	0,807

La convinzione che il consumo di bevande alcoliche non sia diffuso nelle donne in gravidanza e allattamento è confermata dal fatto che solo il 4% degli intervistati (6) ritiene che più della metà delle donne in gravidanza del territorio beva bevande alcoliche.

Al 10% dei professionisti (14) è capitato di vedere professionalmente donne incinte alcoliste, al 14% a livello personale (19).

Il 21% (29) dichiara di farsi spesso un'idea dei consumi alcolici del partner.

^{XXI} Secondo il 16% (21) è abuso anche bere fuori pasto, per l'11% (15) bere più di quanto si riesca a tollerare e per il 7% (10) bere nei fine settimana

Le informazioni sull'alcol alle donne in gravidanza e allattamento: frequenza, contesti, tipologie

Il 59% dei professionisti (80) afferma di dare informazioni sull'alcol alle donne che vede, a prescindere dal fatto che siano incinte o in allattamento, mentre il 19% dichiara esplicitamente di non parlarne (26) e il 21% (29) non risponde. Sono i medici di base a riferire di dare più frequentemente informazioni alle donne, il 61% (62 su 101) contro il 53% dei pediatri (18 su 34).

Il 49% di medici di medicina generale e pediatri (66) ne parla alle donne incinte e in allattamento.

I medici di medicina generale che danno informazioni alle donne oscillano tra il 49% (49) nel caso delle gravide e il 54% (55) delle minorenni, i pediatri di libera scelta che parlano di alcol variano dal 44% (15) con le donne in menopausa al 56% (19) con le minorenni e le donne in allattamento.

Le donne a cui, in media, i professionisti si rivolgono più frequentemente quando parlano di alcol sono le minorenni e le donne in gravidanza (Tab. 3-22).

Tabella 3-22. Donne a cui sono date informazioni sull'alcol

RANGO	TIPO	MMG			PLS			totale		
		Mean	N	St. D.	Mean	N	St. D.	Mean	N	St. D.
1°	minorenni	2,45	55	1,26	2,32	19	1,336	2,42	74	1,271
2°	donne in gravidanza	2,80	49	1,59	2,67	18	1,414	2,76	67	1,538
3°	donne in età fertile	2,79	53	1,20	3,13	16	1,147	2,87	69	1,187
4°	donne in menopausa	3,04	52	1,75	3,60	15	1,724	3,16	67	1,746
5°	donne in allattamento	3,37	54	1,53	2,79	19	1,584	3,22	73	1,557
6°	altre	3,50	10	2,12	5,80	5	0,447	4,27	15	2,052

Solo il 13% parla di alcol a più del 70% delle donne in gravidanza e/o allattamento viste (18).

59 professionisti dichiarano di parlare di alcol sempre per primi, 25 riferiscono che l'argomento viene richiesto dalle donne.

Solo 5 professionisti parlano più spesso di alcol che di fumo. 49 parlano più o solo di fumo e 37 di entrambi in ugual misura.

Le informazioni date alle donne incinte e/o in allattamento sono eterogenee. Si parla di alcol sia nell'ambito dell'alimentazione (oltre il 40%), sia come droga (oltre il 25%). I diversi tipi di informazioni date sono riportati nella tabella sottostante (Tab. 3-23). Il 7% dei medici di medicina generale e il 3% dei pediatri suggeriscono che un bicchiere di vino o birra a pasto non fa male. Il 14% dei medici di medicina generale e il 9% dei pediatri consigliano l'astensione totale.

Tabella 3-23. Informazioni sull'alcol date alle donne in gravidanza/allattamento

INFORMAZIONI (TIPI E CONTESTI)	MMG		PLS	
	N	%	N	%
ne parlo nell'ambito di un discorso generale sull'alimentazione	48	47,5	14	41,2
ne parlo quando affronto il tema del fumo di tabacco e/o del consumo di droghe	26	25,7	9	26,5
ne parlo solo se ho il sospetto che la donna abbia problemi di abuso	12	11,9	1	2,9
do informazioni sui danni al feto ed al neonato	22	21,8	13	38,2
do informazioni sulle quantità che la donna può consumare senza rischi	10	9,9	2	5,9
cerco di sfatare alcuni luoghi comuni sull'alcol (es. la birra fa latte)	26	25,7	13	38,2
dico che un bicchiere di vino o birra a pasto non fa male	7	6,9	1	2,9
dico di evitare assolutamente di bere bevande alcoliche	14	13,9	3	8,8
dico che è meglio evitare di bere, al massimo un bicchiere di vino o un aperitivo occasionalmente	19	18,8	6	17,6
in allattamento suggerisco di fare più attenzione al consumo di bevande alcoliche	13	12,9	5	14,7

Un medico di medicina generale e un pediatra consigliano di bere vino o birra e di evitare i superalcolici, un medico di medicina generale spiega alle donne che l'alcol si diffonde in tutti i liquidi biologici e che è un tossico potente per il fegato dei bambini e un pediatra dice che si può bere mezzo bicchiere di vino ai pasti.

Valutazione della ricerca e interesse per la tematica

I professionisti ritengono nel complesso utili una ricerca sui consumi alcolici delle donne nel territorio dell'Az. ULSS n. 9 e un approfondimento sul tema dell'uso di alcol in gravidanza/allattamento, soprattutto i medici di medicina generale (Tab. 3-24).

Tabella 3-24. Opinioni sull'utilità della ricerca ed interesse per l'approfondimento

	utilità ricerca				utilità approfondimento			
	MMG		PLS		MMG		PLS	
	N	%	N	%	N	%	N	%
molto	15	14,9	7	20,6	24	23,8	10	29,4
abbastanza	51	50,5	8	23,5	44	43,6	8	23,5
poco	13	12,9	8	23,5	9	8,9	5	14,7
per niente	0	0,0	0	0,0	2	2,0	0	0,0
non risponde	22	21,8	11	32,4	22	21,8	11	32,4
totale	101	100,0	34	100,0	101	100,0	34	100,0

La ricerca è considerata utile innanzitutto per gli adolescenti e i giovani, femmine e maschi (23%, 31 professionisti), per le donne in età fertile e in generale (20%, 27), per i professionisti sanitari, soprattutto medici e ostetriche (15%, 20 casi), per le donne in gravidanza e allattamento (10%, 13).

Meno frequentemente, è ritenuta importante per la comunità, per le donne più a rischio, in particolare sole e/o depresse, per i bambini, per i servizi per le tossicodipendenze, per la politica sanitaria, per i maschi, per i familiari.

Parte analitica

Il basso tasso di risposta impedisce la generalizzazione dei risultati ottenuti. I risultati riportati di seguito possono essere utilizzati a fini orientativi.

1) È presente un'associazione tra le diverse opinioni sull'uso di alcol. L'opinione generale sull'alcol è associata alle opinioni sul danno in gravidanza (ρ 0,724, p 0,000) e in allattamento (ρ 0,724 p 0,000). Chi ritiene che l'alcol sia una sostanza dannosa in generale è molto più probabile che dica che faccia male al feto (OR 6.26 IC 95% 1,34-58,28).

Anche pensare l'alcol sia dannoso alla fertilità è associato all'opinione sugli effetti dell'alcol sulla salute (ρ 0,721, p 0,000), all'opinione sul danno da alcol al feto in gravidanza (ρ 0,727, p 0,000) e in allattamento (ρ 0,724, p 0,000). Chi ritiene che l'alcol sia sempre una sostanza dannosa per il feto è molto più probabile che consideri l'alcol dannoso per la fertilità (GOR 4,211 IC95% 1,646-10,771).

2) Le informazioni date alle donne sono associate all'opinione sui danni dell'alcol in gravidanza. Chi pensa che in gravidanza il danno dipenda dalla quantità di alcol assunta ha una probabilità di dare un'informazione sulla quantità sicura da bere in gravidanza quasi 5 volte superiore (OR 4,71 IC95% 1,13-22,81). Chi non parla di alcol solo se ha il sospetto di abuso ha una probabilità quasi 4 volte superiore degli altri di ritenere che bere alcol in gravidanza sia sempre dannoso per la salute del feto (OR 3,71 IC95% 1,09-13,31). Inoltre, chi dice che bere bevande alcoliche in gravidanza è sempre dannoso ha una probabilità doppia di dire che è più in grado di farsi un'idea sul consumo alcolico del partner (GOR 2,154 CI 95% 1,021-4,544).

3) La conoscenza della FAS e l'aver visto persone con FASD sembra rendere più attenti al problema. Chi dice di conoscere la Sindrome Alcolica Fetale ha il doppio di probabilità di sospettare professionalmente l'abuso di alcol in gravidanza (GOR 2,193 IC95% 1,074-4,480), e chi dice di aver visto casi di FASD ha una probabilità 3 volte superiore (GOR 3,316, IC95% 1,480-7,430). Chi, invece, dice di non aver visto casi di FASD ha una probabilità quasi tripla degli altri di aver dato minor importanza all'alcol come fattore di rischio in gravidanza (OR 2,837, IC95% 1,310-6,142).

4) Distinguendo tra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, i pediatri hanno una probabilità maggiore di dichiarare di conoscere la FAS (OR 3,23, IC95% 1,04-11,92). Inoltre, hanno anche una probabilità maggiore di ritenere l'alcol sempre dannoso in gravidanza rispetto ai medici di medicina generale (OR 3,23, IC95% 1,04-11,92).

Sono comunque i medici di medicina generale a parlare più frequentemente di alcol alle donne in generale, con una probabilità 6 volte maggiore dei pediatri di libera scelta (OR 6,76, IC95% 2,40-19,26).

Discussione

Considerazioni metodologiche

Gli studi presentano alcuni limiti.

Per prima cosa, lo studio rivolto ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta ha ottenuto un basso tasso di risposta. Questo può essere dovuto ai seguenti motivi.

- Difficoltà legate allo strumento di compilazione informatico. Molti medici non utilizzano la posta elettronica, e molte caselle di posta erano intasate.
- La mancanza di un contatto personale e diretto con i professionisti. Ciò può aver favorito una diminuzione della motivazione a partecipare allo studio.

Un secondo problema riscontrato in entrambi gli studi è la presenza di numerose risposte mancanti o incomplete, che ha ridotto la qualità dei dati raccolti. Nello studio sui professionisti dipendenti dell'Az. ULSS n. 9, questo può essere dovuto al fatto che lo strumento di rilevazione è stato sviluppato prevalentemente per i medici e le ostetriche del percorso nascita e si è rivelato meno specifico per gli altri professionisti coinvolti.

Oltre alla presenza di risposte mancanti, alcune risposte sono apparentemente contraddittorie. Ad esempio, qualche operatore ha riferito contemporaneamente di non parlare di alcol alle donne in gravidanza ma di dare informazioni. Questo può essere spiegato con una poca attenzione nella compilazione o una scarsa comprensione degli item. Ma può essere dovuto anche al fatto che la prassi professionale sull'alcol non è unitaria e quindi diventa difficile categorizzarla in modo univoco con gli item proposti.

Gli studi hanno presentato anche dei punti di forza.

- La somministrazione on line sperimentata con i medici convenzionati si è rivelata una strategia utile per contattare in maniera rapida e capillare i destinatari, con una conseguente riduzione di tempi e risorse impiegati per la somministrazione. Sarebbe utile perfezionare l'utilizzo attraverso ulteriori sperimentazioni, affinando le modalità di reclutamento del campione e verificando la dimestichezza con lo strumento.
- La somministrazione nei servizi dell'Az. ULSS n. 9 è stata occasione di scambio e confronto diretto con i vari soggetti coinvolti, di messa in rete di risorse, di condivisione di opinioni, perplessità, bisogni e proposte, di cui è importante tenere conto in fase di progettazione di percorsi formativi.

Considerazioni sui risultati

I risultati dei due studi possono essere così riassunti.

1) La conoscenza e l'esperienza diretta di FAS e FASD.

Non tutti i professionisti che hanno partecipato agli studi affermano di conoscere la FAS. Il 34% degli operatori dipendenti dell'Azienda Sanitaria, il 31% dei medici di medicina generale e il 15% dei pediatri di libera scelta riferisce di non conoscerla. Dall'altro lato, diversi professionisti hanno visto persone con problemi riconducibili all'esposizione prenatale all'alcol, soprattutto tra i pediatri dei servizi dell'Az. ULSS n. 9 (87%), i neuropsichiatri infantili (83%), i professionisti dell'età evolutiva (52%). Meno i pediatri di libera scelta (29%), i medici di medicina generale (16%), e i ginecologi (15%).

2) Le opinioni sugli effetti dell'uso di alcol in gravidanza.

I professionisti sanitari sono concordi nel ritenere che l'alcol possa avere effetti sulla salute del feto e del bambino, sia in gravidanza, sia in allattamento. Il 26% dei professionisti dell'Az. ULSS n. 9 e il 19% dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera ritiene che si possa consumare almeno mezza Unità Alcolica al giorno in gravidanza senza danni. Le opinioni personali sull'alcol sembrano influenzare le informazioni date alle donne.

3) L'osservatorio sui consumi alcolici delle donne in gravidanza e allattamento.

C'è opinione comune che il problema del consumo di alcol non riguardi le donne attualmente incinte e in allattamento. Questa opinione trova riscontro nell'esperienza professionale con le donne, anche se a qualcuno capita di vedere gestanti abusatrici di alcol. C'è invece una particolare attenzione ai comportamenti delle adolescenti e delle giovani donne, in previsione di gravidanze future.

4) Le informazioni date alle donne in gravidanza e/o allattamento. Circa due terzi (65%) dei professionisti sanitari dell'Az. ULSS e la metà (49%) dei medici del territorio parlano di alcol alle donne in gravidanza e allattamento. Le informazioni sono date con frequenze diverse e in contesti di vario tipo. I ginecologi sono la categoria professionale che più spesso parla di alcol. Tuttavia, coloro che danno informazioni sull'alcol alla maggior parte delle donne viste sono al massimo un terzo per professione. Le informazioni date riflettono le differenti valenze attribuite alla sostanza, per cui se ne può parlare sia come alimento, sia come droga. Solo meno del 10% suggerisce di bere un bicchiere a pasto, ma altrettanto pochi dichiarano di dire alle donne di astenersi completamente.

5) L'influenza della conoscenza dichiarata della FAS sulle informazioni date alle donne.

Conoscere la FAS sembra essere utile per dare alle donne informazioni più orientate all'astensione e per porre maggiore attenzione alla questione dell'uso di alcol in gravidanza e allattamento.

6) L'interesse per l'approfondimento dell'argomento dell'uso di alcol in gravidanza e dei suoi effetti.

C'è nel complesso una buona accettazione dello studio e si ritiene utile un approfondimento della questione. Questo consenso di base è fondamentale per l'avvio di programmi di formazione.

La situazione che emerge dai dati raccolti è eterogenea, per quanto riguarda sia le conoscenze, sia le opinioni, sia i comportamenti. Questa eterogeneità è difficilmente generalizzabile a livello statistico, essa riflette la varietà di contesti e di professionalità coinvolte nello studio. Nel momento in cui ci occupa della questione dell'uso di alcol in fase prenatale, ci si inserisce in questa complessità di figure e di valenze, anche culturali, e di esse si deve tenere conto.

Considerazioni operative

I due studi forniscono informazioni preliminari su conoscenze, opinioni e comportamenti dei professionisti sanitari in merito alla questione dell'uso di alcol in gravidanza e allattamento. Queste informazioni non sono esaustive: la varietà di valenze ed esperienze e la molteplicità di livelli di intervento richiedono, infatti, approfondimenti specifici. Tuttavia, sono utili per orientare la predisposizione di percorsi formativi nell'azienda sanitaria. È importante ribadire che la formazione dei professionisti sanitari descritta in questa ricerca non è orientata alla diagnosi di FASD, ma all'acquisizione di competenze utili per la prevenzione dell'uso di alcol in fase prenatale. Lo sviluppo di percorsi specialistici di diagnosi richiede un'attenzione e una consapevolezza da parte dei servizi sanitari non ancora presente al momento degli studi. Tuttavia, come più volte ribadito, questi studi possono rappresentare uno stimolo anche per la definizione di percorsi diagnostici.

Un primo fattore da considerare a livello operativo è la confermata disomogeneità della prassi professionale sulla questione. Le figure professionali che lavorano negli ambiti della nascita e dell'età evolutiva entrano in contatto con le donne e i bambini in situazioni diverse e con compiti differenti. I ginecologi e le ostetriche, ad esempio, hanno un ruolo fondamentale nell'informare le donne in età fertile e incinte, e nell'individuare le donne bevitrice. I pediatri, i neuropsichiatri infantili e i professionisti dell'età evolutiva sono coinvolti nella diagnosi e trattamento dei casi di FASD, e possono intercettare i casi di recidive. Altri professionisti, quali gli operatori sociosanitari, possono avere un ruolo marginale, ma una loro competenza sulla questione è funzionale alla condivisione di una visione comune del problema.

In questa fase, sono veicolate numerose informazioni sull'alcol e in diverse situazioni, ma sembra mancare un'orchestrazione degli approcci. Un'azienda sanitaria deve tener conto di questo se intende fare formazione ai propri professionisti sul FASD. Inoltre, la formazione sul tema deve essere inserita nel contesto culturale di riferimento e deve considerare le valenze attribuite all'alcol dal singolo professionista.

Non si tratta di modificare atteggiamenti e comportamenti nei confronti del consumo di alcol in generale, né come sottolineato in letteratura, di attribuire valenze morali alla questione. Affrontare il problema degli effetti dell'esposizione prenatale all'alcol non significa "creare una nuova patologia". L'uso di alcol in gravidanza può essere considerato uno dei determinanti di salute riproduttiva di una specifica popolazione e/o comunità. È però un problema poco conosciuto, ed è associato ad una complicata interrelazione tra scienza, cultura e società. Da quanto riferito dai professionisti, ci sono dei casi di FASD nel territorio; inoltre molti si occupano della questione alcol e gravidanza, anche se in maniera disarticolata e sporadica.

La formazione dei professionisti sanitari, quindi, è utile per:

- far acquisire conoscenze e competenze sul fenomeno, in un'ottica di salute riproduttiva;
- sviluppare una visione comune della questione nei servizi sociosanitari, favorendo l'adozione di pratiche preventive condivise e coerenti.

Dai risultati dello studio, emergono alcuni motivi per cui si può ritenere opportuno sviluppare dei percorsi di formazione incentrati sulla conoscenza del FASD.

- Non tutti i professionisti dichiarano di conoscerlo. Inoltre, non è detto che anche ci afferma di sapere cosa sia abbia delle informazioni approfondite.
- Nella popolazione studiata, conoscere il FASD significa dare importanza ai danni da alcol nel feto e informare correttamente le donne, a prescindere dalla propria opinione sull'alcol.
- Non conoscerlo, invece, significa fare disinformazione, soprattutto in un contesto in cui le idee e le prassi professionali sugli effetti dell'alcol in gravidanza sono confuse.

La formazione dovrebbe dare strumenti per superare le incongruenze di approccio, sviluppando pratiche operative condivise per rilevare i consumi e dare informazioni sui danni. I percorsi formativi devono essere specifici per professione, ma devono essere pensati in un'ottica di sviluppo comune. L'integrazione tra servizi è fondamentale perché ciascuno possa affrontare la questione secondo le proprie competenze, mantenendo la propria specificità professionale e contribuendo nel contempo a creare una visione coerente nella comunità.

4. I destinatari della prevenzione: adolescenti, giovani, donne in gravidanza

In questa sezione sono descritti in maniera completa gli studi condotti su adolescenti, giovani e donne in gravidanza. Ogni studio è presentato separatamente. Il primo di questi, lo studio rivolto agli adolescenti, contiene una presentazione più dettagliata dei materiali e metodi usati, a cui si rimanda nei seguenti. I tre studi hanno fornito numerose informazioni, molte delle quali esulano dalle finalità della presente ricerca. Sono riportati e commentati in maniera dettagliata solo i dati rilevanti per gli obiettivi di indagine.

4.1 - Adolescenti

Lo studio è rivolto agli adolescenti che frequentano il terzo anno di scuola secondaria di primo grado (14-15-16 anni). Gli obiettivi sono:

- rilevare i consumi dichiarati di bevande alcoliche
- rilevare le opinioni sui fattori che contribuiscono alla salute di una donna in gravidanza e del feto
- rilevare le opinioni sui fattori che contribuiscono alla salute generale di una persona
- individuare i determinanti del consumo di bevande alcoliche.

Materiali e metodi

È stato realizzato uno studio descrittivo osservazionale. Il target è costituito da tutti gli studenti, maschi e femmine, che frequentavano il terzo anno di scuola secondaria di primo grado presso le sedi scolastiche del territorio dell'Az.ULSS n. 9 nell'anno scolastico 2008-2009. Lo studio è stato effettuato su un campione casuale e rappresentativo di studenti. Dal punto di vista metodologico, la scelta della terza media ha permesso la rappresentatività della popolazione raggiungibile, in quanto l'obbligo scolastico garantisce che nessun adolescente sia potenzialmente escluso dallo studio.

Questionario: sviluppo qualitativo e predisposizione dello strumento

Lo strumento di indagine è un questionario autocompilato. Il questionario è articolato in 4 aree di indagine:

- informazioni anagrafiche e personali
- consumi di bevande alcoliche
- salute e benessere in generale
- gravidanza.

La predisposizione del questionario è stata preceduta da un'analisi qualitativa.

Essa è consistita in:

- *ricerca bibliografica;*
- *colloqui personali con alcuni professionisti che si occupano di età evolutiva e politiche giovanili nei servizi e nelle cooperative sociali convenzionate con l'Az. ULSS n. 9.*

Ciascuna di queste aree è stata articolata in sezioni specifiche. Gli item utilizzati nel questionario sono stati in parte predisposti appositamente per lo studio, in parte adattati da ricerche esistenti. Lo strumento è stato sottoposto ad un pre-test su un campione di 10 adolescenti, ripetuto in tre fasi. La versione definitiva è composta da 112 item. La maggior parte delle domande sono scale di valutazione, altre sono a risposta aperta o a scelta multipla.

Nelle scale di valutazione, in ciascun item si è chiesto di esprimere la propria opinione attribuendo un punteggio da 1 (meno utile e/o soddisfacente e/o probabile e/o frequente), a 5 (più utile e/o soddisfacente e/o probabile e/o frequente), o da 0 a 4, nel caso della rilevazione dei consumi alcolici.

La versione completa del questionario è in appendice (C).

Di seguito è presentata una breve descrizione delle sezioni di indagine, con le rispettive fonti.

INFORMAZIONI ANAGRAFICHE E PERSONALI

Questa sezione raccoglie informazioni di tipo anagrafico e personale: il genere, la coorte di nascita, il comune di residenza e la sede scolastica, la nazionalità dei genitori e la composizione familiare. La sezione relativa alla composizione familiare è un adattamento di una batteria di domande usate in una ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità²⁴⁷

SALUTE E BENESSERE

L'area di indagine incentrata sul benessere e sulla salute raccoglie informazioni su tre ambiti.

- *Le opinioni sui fattori che caratterizzano la salute e il benessere di una persona. Questa batteria di domande è costituita da 27 item che indagano differenti dimensioni della vita di una persona. Alcuni item riguardano il consumo di bevande alcoliche. Gli item sono tratti dal progetto "La salute secondo noi", realizzato nel 2008 nell'Az. ULSS n. 19 "Adria", Regione Veneto^{xxii}.*
- *La soddisfazione del proprio vissuto. Gli item sono tratti e modificati da questionari esistenti²⁴⁸.*
- *La percezione dei fattori soggettivi e oggettivi che possono influenzare la salute, attraverso l'uso di un locus^{xxiii}.*

^{xxii} Il progetto, condotto dal dr. Giuseppe Battistella, medico epidemiologo all'Az. ULSS n. 9 di Treviso, ha coinvolto due classi di studenti di un istituto superiore della città di Adria (Rovigo), con l'obiettivo di individuare le dimensioni e i valori della salute nel proprio territorio. Il percorso di ricerca e analisi svolto dagli studenti ha tracciato un'idea di salute ampia e sfaccettata, costituita da una costellazione di fattori di tipo fisico, psicologico, affettivo, economico, sociale. I fattori individuati sono stati selezionati ed adattati allo studio, con l'integrazione di altri item

^{xxiii} Il locus utilizzato è tratto dal questionario del progetto "Kambio Marcia: alcol e guida", dell'Az. ULSS n. 9 Treviso. In Bazzo S. "Sensibilizzazione ai problemi della guida in stato di ebbrezza:

GRAVIDANZA

Le domande riguardano:

- le opinioni sui fattori che contribuiscono alla salute e al benessere di una donna incinta e del feto
- la conoscenza di coetanee che hanno avuto gravidanze e le opinioni sulle cause di gravidanze non programmate nelle adolescenti.

CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE

L'area di indagine riguardante l'uso di alcol e i suoi effetti raccoglie informazioni su:

- i consumi dichiarati
- la percezione dei consumi del proprio nucleo familiare
- le opinioni relative agli effetti dell'uso di alcol su una persona.

I consumi di bevande alcoliche sono stati rilevati utilizzando i primi tre item dell'Alcohol Use Disorders Identification Test (Test AUDIT-C)²⁴⁹^{XXIV}. Il test AUDIT è costituito da 10 item ed usato in assistenza sanitaria primaria per l'identificazione del consumo alcolico a rischio, della dipendenza alcolica e del consumo dannoso. La versione ridotta, a 3 item (AUDIT-C) può essere somministrata per individuare i consumatori a rischio. Questa versione indaga differenti dimensioni del consumo di bevande alcoliche: la frequenza del consumo, le quantità consumate e il "binge drinking", cioè l'uso di notevoli quantità di alcol in un arco di tempo ravvicinato. In fase di analisi dei risultati ci si riferisce alla frequenza del consumo utilizzando la denominazione di "consumo continuativo" o "consumo regolare". Il "binge drinking", è definito nel test come consumo di 6 o più bevande alcoliche in un'unica occasione. Attualmente, tuttavia, la quantificazione del fenomeno del "binge drinking" è in fase di modificazione, con un abbassamento delle soglie di consumo e un adattamento a differenti categorie di popolazione.

Per l'acquisizione di informazioni sulla percezione dei consumi di bevande in famiglia, sono stati adattati alcuni item tratti da indagini I-STAT²⁵⁰.

Le opinioni sulle conseguenze dell'uso di bevande alcoliche da parte di una persona sono un adattamento di un gruppo di domande del questionario dell' "European School Survey Project on Alcohol and other Drugs", versione 2003²⁵¹.

Il questionario indaga il punto di vista dei ragazzi in una prospettiva soggettiva.

Selezione del campione, reclutamento e somministrazione

Il campione è costituito da tutti gli studenti di terza media, maschi e femmine, frequentanti 8 sedi scolastiche. Tali sedi sono state selezionate tramite rando-

un'indagine conoscitiva" (Tesi di laurea). 2005

^{XXIV} La versione utilizzata nello studio è tratta da: Società Italiana di Alcolologia (SIA). "Guida utile alla identificazione e alla diagnosi dei problemi alcol-relati". 1999

mizzazione di tutte le sedi degli istituti secondari di primo grado, principali e succursali, presenti nel territorio dell'Az. ULSS n.9.

Per poter avere una distribuzione omogenea degli istituti nel territorio, è stato effettuato un campionamento a cluster, con selezione casuale di 2 sedi in ognuno dei 4 distretti sociosanitari in cui è suddivisa l'azienda sanitaria. Qualora una sede si fosse rifiutata di partecipare alla ricerca, sarebbe stata randomizzata un'altra sede dello stesso distretto. Il coinvolgimento di 8 scuole, ha consentito una numerosità di soggetti tra i 500 ed i 600, la massima numerosità raggiungibile con le risorse disponibili e, nel contempo, adeguata per l'analisi a livello di Azienda ULSS.

Le sedi scolastiche selezionate sono:

- Istituto Canossiano "Madonna del Grappa" Treviso, scuola "Martini" Treviso; (distretto sociosanitario n. 1)
- Carbonera, Spresiano (distretto n. 2)
- Casier^{xxv}, Casale sul Sile (distretto n. 3)
- Gorgo al Monticano, Mansuè (distretto sociosanitario n. 4).

Lo studio ha avuto il supporto dell'Ufficio Scolastico Provinciale (USP). Per ciascuna sede, sono stati contattati i dirigenti scolastici. Ogni dirigente ha individuato uno o più insegnanti di riferimento, preferibilmente i referenti dei progetti di prevenzione e promozione della salute. È stato effettuato un incontro preliminare con ciascun insegnante referente.

Il questionario è stato somministrato a tutti gli studenti frequentanti le classi terze, ed è stato compilato autonomamente.

I criteri di esclusione dallo studio sono: l'assenza nel giorno di somministrazione, impedimenti dovuti a deficit psichici o fisici o ad insufficiente conoscenza della lingua italiana, il rifiuto. La modalità di somministrazione è stata concordata con le scuole. È stata curata personalmente nelle scuole di Gorgo al M., Mansuè, all'Istituto Canossiano "Madonna del Grappa". È stata delegata ai docenti a Carbonera, Casale sul Sile, Casier e Spresiano. Nella scuola "Martini" di Treviso la somministrazione è stata effettuata con le classi riunite in plenaria.

^{xxv} La scuola di Casier è subentrata alla scuola di Zenson di Piave

Data management e analisi dei dati^{XXVI}

Il data entry è stato effettuato con il software EpiData, versione 3.1, ed è stato seguito da una verifica della qualità del dato tramite analisi di congruenza.

Per l'analisi statistica sono stati utilizzati SPSS for Windows versione 13.0 e WinPEPI versione 9.4.

L'analisi è stata articolata in tre fasi.

- Analisi descrittiva con distribuzione della frequenza delle variabili.
- Valutazione della consistenza dei risultati tra gli item del questionario, nella sua interezza e nelle singole sezioni, con validazione dello strumento ("reliability analysis"). La validità interna del questionario è stata testata con l'Alpha di Cronbach.
- Analisi stratificata per valutare le associazioni tra le variabili e analisi multivariate tramite regressione logistica binaria.

La forza delle associazioni fra due variabili è stata stimata con l'Odds Ratio (OR), mentre quando una delle due variabili poteva assumere più valori crescenti è stato utilizzato il Generalized Odds Ratio (GOR). Nella presentazione dei risultati sono riportate le associazioni tra variabili risultate statisticamente significative, con l'indicazione degli Odds e i rispettivi intervalli di confidenza al 95%.

^{XXVI} Per l'analisi statistica dei dati mi sono avvalsa della consulenza del servizio di Statistica ed Epidemiologia dell'Az. ULSS n.9

Risultati

Lo studio ha coinvolto in totale 616 studenti. I questionari compilati sono 569. Il tasso di risposta medio è del 92,4%, con un minimo dell'88,57% nella scuola di Carbonera e il massimo del 97,06% nella scuola "Martini" di Treviso (Tab. 4.1-1).

I 47 studenti che non hanno compilato il questionario sono stati esclusi per assenza nel giorno della compilazione, o per impossibilità a compilarlo a causa di una insufficiente conoscenza della lingua italiana o di deficit cognitivi. Nessuno si è rifiutato di partecipare allo studio.

Tabella 4.1-1. Tasso di risposta per sede scolastica

SEDE	frequentanti (N)	rispondenti (N)	tasso risposta (%)
Treviso "Martini"	68	66	97,06
Gorgo al Monticano	36	34	94,44
Mansuè	48	45	93,75
Treviso "Istituto Canossiano"	44	41	93,18
Spresiano	106	98	92,45
Casier	117	108	92,31
Casale sul Sile	92	84	91,30
Carbonera	105	93	88,57

Parte descrittiva

Informazioni anagrafiche e personali

Il campione è costituito da 315 maschi (56%) e 252 femmine (44%). 2 ragazzi non hanno indicato il genere. La maggioranza (82%, 469), è nata nel 1995, il 14% (82) nel 1994 e il 3% (15) nel 1993. Un caso è nato nel 1996. Il campione risiede in 21 comuni del territorio dell'Az. ULSS 9. Il comune con il maggior numero di ragazzi residenti è Treviso, seguito da Spresiano (Tab. 4.1-2).

106 ragazzi (19%) dichiarano di risiedere nel distretto sociosanitario n.1, 196 (34%) nel n.2, 176 (31%) nel n.3, 76 (13%) nel n.4. 9 ragazzi dichiarano di essere residenti fuori Az. ULSS 9.

Tabella 4.1-2. Comune di residenza

COMUNE	N	%
Treviso	104	18,3
Spresiano	93	16,3
Casale sul Sile	83	14,6
Casier	78	13,7
Carbonera	73	12,8
Mansuè	39	6,9
Gorgo al Monticano	27	4,7
Preganziol	13	2,3
Ponzano Veneto	12	2,1
altri comuni Az. ULSS n. 9	32	5,6
altri comuni non Az. ULSS n. 9	9	1,6
non rispondenti	6	1,1
totale	569	100,0

L'83% (470) ha il padre italiano, l'81% (460) la madre. Il 79% (447) ha entrambi i genitori italiani, il 12% (67) ha padre e madre stranieri, il 5% (28) è figlio di coppie miste.

L'86% (474) dichiara di abitare con entrambi i genitori, il 12% (66) con un solo genitore, il 2% (12) senza genitori. Il 76% abita con fratelli, il 12% con altri parenti, il 3% con il nuovo compagno del genitore e il 2% con altre persone non parenti (Tab. 4.1-3).

Tabella 4.1-3. Persone conviventi. "In casa con te abitualmente vivono:"

	N	%
Padre	481	84,5
Madre	533	93,7
Fratelli	433	76,1
altri parenti	67	11,8
partner del genitore	16	2,8
altri non parenti	11	1,9
da solo	2	0,4

Dei 66 ragazzi che vivono con un solo genitore, 59 abitano con la madre, 7 dichiarano di vivere con il padre. 11 vivono anche con il nuovo partner del genitore (perlopiù il nuovo compagno della madre, solo in un caso la nuova compagna del padre). Dei 12 ragazzi che dichiarano di vivere senza genitori, 8 vivono con i fratelli, 2 con altri parenti, 2 con il nuovo partner del genitore.

La struttura familiare più diffusa è composta da padre, madre e fratelli (60%, 339). Il 13% vive solo con i genitori ma senza fratelli (75). L'8% (44) vive con genitori, fratelli e altri parenti.

Il consumo di bevande alcoliche

I consumi dichiarati del campione

I consumi di bevande alcoliche sono descritti distinguendo le risposte ai tre item del test AUDIT-C.

Il punteggio complessivo del test AUDIT-C non è riportato, in quanto le soglie di rischio previste dal test non sono applicabili ad un target di adolescenti. Secondo l'Istituto Superiore di Sanità (ISS)^{xxvii} un punteggio complessivo del test uguale o superiore a 5 per i maschi e a 4 per le femmine, indica un possibile consumo "rischioso" di alcol. Il riferimento è relativo al consumo nella persona adulta, per la quale è considerato un rischio bere più di 2-3 U.A. al giorno se maschio, 1-2 U.A. al giorno se femmina. Nel caso di adolescenti con meno di 16 anni, l'ISS considera rischioso qualsiasi consumo di alcol.

Metà degli adolescenti che hanno partecipato allo studio (282) dichiara di bere bevande alcoliche, in misura e con modalità differenti. L'uso di alcol è un comportamento che caratterizza il 60% dei ragazzi (188) e il 37% delle ragazze (94).

Bevono bevande alcoliche almeno 2 volte al mese il 29% dei maschi e il 15% delle femmine. Il 18% dei maschi e il 10% delle femmine che bevono, quando bevono, consumano almeno 3 bicchieri di bevande alcoliche in una giornata (Tab. 4.1-4, tab. 4.1-5).

I ragazzi che dichiarano di fare almeno ogni tanto "binge drinking" sono il 21% (116 su 554 rispondenti all'item). Fa "binge drinking" il 27% dei maschi (84) e il 13% delle femmine (32). Il 12% dei maschi e il 4% delle femmine lo fa almeno una volta al mese (Tab. 4.1-6).

Il 2% del campione (6 femmine e 5 maschi) dichiara di fare solo "binge drinking".

^{xxvii} Istituto Superiore Di Sanita': Osservatorio Nazionale Alcol – CNESPS, Reparto Salute della Popolazione e suoi Determinanti. WORLD HEALTH ORGANIZATION Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-related Health problems. Alcohol Prevention Day, Roma 2010.
http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2010/Allegati/fact%20sheet/factsheet-audit_apd10.pdf (ultimo accesso 03-12-2010)

Tabella 4.1-4. Test AUDIT-C. Item 1. Frequenza del consumo di bevande alcoliche

	femmine		maschi	
	N	%	N	%
mai	162	64,8	127	41,0
mensilmente o meno	51	20,4	93	30,0
da 2 a 4 volte al mese	25	10,0	54	17,4
da 2 a 3 volte alla settimana	11	4,4	27	8,7
4 o più volte alla settimana	1	0,4	9	2,9
totale rispondenti	250	100,0	310	100,0

Tabella 4.1-5. Test AUDIT-C. Item 2. Quantità consumate in una giornata tipo

	femmine		maschi	
	N	%	N	%
1 o 2 bicchieri ^{xxviii}	81	90,0	139	81,8
3 o 4 bicchieri	7	7,8	16	9,4
5 o 6 bicchieri	2	2,2	6	3,5
7 o 8 bicchieri	0	0,0	1	0,6
10 o più bicchieri	0	0,0	8	4,7
totale rispondenti	90	100,0	170	100,0

Tabella 4.1-6. Test AUDIT-C. Item 3. Frequenza del “binge drinking”

	femmine		maschi	
	N	%	N	%
mai	214	87,0	222	72,5
meno di 1 volta al mese	21	8,5	46	15,0
1 volta al mese	8	3,3	22	7,2
1 volta alla settimana	2	0,8	9	2,9
ogni giorno o quasi	1	0,4	7	2,3
totale rispondenti	246	100,0	306	100,0

Confrontando le diverse età degli intervistati, dichiarano di essere consumatori il 40% dei nati nel 1993 (6 su 15), il 59% dei nati nel 1994 (48 su 82) e il 46% dei nati nel 1995 (214 su 469).

I consumi riferiti di bevande in famiglia

Il 78% dei ragazzi (445) riferisce che nelle loro famiglie si bevono bevande alcoliche. L'uso di alcol si differenzia per tipo di bevande e per frequenza del consumo. Il consumo di vino o birra, è dichiarato in tre quarti delle famiglie (419), in metà si bevono aperitivi alcolici e amari (288), e solo in un una su quattro superalcolici (147). Nel 22% delle famiglie (125) si bevono tutte e tre le bevande. Il

^{xxviii} Nel test per “bicchiere” si intende un bicchiere di vino, o una birra piccola, o un aperitivo, o un bicchierino di superalcolico o amaro

consumo di aperitivi alcolici e di superalcolici è solitamente sempre associato al consumo di almeno un altro tipo di bevanda alcolica: solo 13 famiglie bevono esclusivamente aperitivi alcolici e 2 superalcolici.

Il consumo quotidiano di vino o birra riguarda un quarto delle famiglie, quello di aperitivi e amari il 5% e quello di superalcolici il 4%.

Per quanto riguarda le altre bevande, le abitudini di consumo riferite sono abbastanza eterogenee. Le spremute di frutta fresca si bevono almeno una volta al giorno nel 37% delle famiglie, nel 59% le bibite, nel 76% il latte, nel 58% il caffè e nel 28% il tè caldo (Tab. 4.1-7).

Tabella 4.1-7. Frequenza riferita del consumo di bevande nella propria famiglia

	mai		meno di 1 volta a settimana		qualche volta a settimana		1 volta al giorno		più di 1 volta al giorno		totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
acqua	3	0,5	4	0,7	9	1,6	21	3,7	530	93,5	567	100,0
bibite/ bevande zuccherate	14	2,5	47	8,3	171	30,2	140	24,7	194	34,3	566	100,0
latte	22	3,9	42	7,5	70	12,4	269	47,8	160	28,4	563	100,0
caffè	74	13,1	67	11,8	94	16,6	213	37,6	118	20,8	566	100,0
spremute di frutta fresca	72	12,7	106	18,7	180	31,8	112	19,8	96	17,0	566	100,0
tè caldo	99	17,5	151	26,7	160	28,3	91	16,1	65	11,5	566	100,0
vino/birra	141	25,2	130	23,2	147	26,3	95	17,0	47	8,4	560	100,0
aperitivi alcolici/amari	273	48,7	169	30,1	91	16,2	15	2,7	13	2,3	561	100,0
superalcolici	418	74	93	16,5	29	5,1	12	2,1	13	2,3	565	100,0

Gli effetti dell'alcol sugli atteggiamenti di una persona

Gli effetti del consumo di bevande alcoliche su una persona sono riportati nella tabella seguente, distinti tra uomo e donna (Tab. 4.1-8). Si effettua solo un breve commento. Secondo il campione, il consumo di bevande alcoliche da parte di una persona, uomo o donna, può avere diverse conseguenze. Dalle risposte dei ragazzi non emergono opinioni marcate nei confronti di una o dell'altra tipologia di effetti.

È interessante osservare che secondo più di un terzo del campione (38%) è molto probabile che una donna, dopo aver bevuto bevande alcoliche, aumenti la sua capacità di godere del sesso.

Tabella 4.1-8. Effetti del consumo di bevande alcoliche sulle sensazioni e i comportamenti di una persona. “Secondo te, cosa è probabile che accada ad una donna e ad un uomo dopo aver bevuto bevande alcoliche?”

		per niente probabile		poco probabile		così così probabile		abbastanza probabile		molto probabile		totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
si sente rilassata/o	<i>donna</i>	67	11,9	142	25,2	153	27,2	130	23,1	71	12,6	563	100,0
	<i>uomo</i>	55	9,8	102	18,2	139	24,8	143	25,5	121	21,6	560	100,0
si sente disinvolto/a	<i>donna</i>	37	6,6	71	12,7	177	31,7	161	28,9	112	20,1	558	100,0
	<i>uomo</i>	28	5,1	82	14,9	156	28,3	156	28,3	130	23,6	552	100,0
è irritabile, litiga	<i>donna</i>	37	6,6	67	12,0	111	19,8	186	33,2	159	28,4	560	100,0
	<i>uomo</i>	28	5,1	50	9,0	80	14,5	150	27,1	245	44,3	553	100,0
si sente felice	<i>donna</i>	47	8,4	76	13,6	114	20,5	149	26,8	171	30,7	557	100,0
	<i>uomo</i>	29	5,2	46	8,3	117	21,1	161	29,1	201	36,3	554	100,0
fa delle cose di cui dopo si pente	<i>donna</i>	14	2,5	43	7,7	60	10,8	164	29,4	277	49,6	558	100,0
	<i>uomo</i>	29	5,3	53	9,6	84	15,2	163	29,5	223	40,4	552	100,0
diventa violenta/o	<i>donna</i>	44	7,8	110	19,6	125	22,2	165	29,4	118	21,0	562	100,0
	<i>uomo</i>	14	2,5	41	7,3	88	15,8	156	28,0	259	46,4	558	100,0
dimentica i suoi problemi	<i>donna</i>	28	5,0	55	9,8	103	18,4	171	30,5	204	36,4	561	100,0
	<i>uomo</i>	29	5,2	42	7,5	109	19,5	160	28,7	218	39,1	558	100,0
si diverte molto	<i>donna</i>	32	5,7	46	8,2	146	26,1	153	27,3	183	32,7	560	100,0
	<i>uomo</i>	25	4,5	30	5,4	121	21,7	137	24,6	244	43,8	557	100,0
si sente più amichevole, disponibile	<i>donna</i>	122	21,7	105	18,7	119	21,2	122	21,7	94	16,7	562	100,0
	<i>uomo</i>	120	21,5	102	18,3	144	25,9	104	18,7	87	15,6	557	100,0
si sente stordito/a	<i>donna</i>	20	3,6	53	9,5	91	16,3	166	29,7	228	40,9	558	100,0
	<i>uomo</i>	24	4,3	76	13,8	118	21,4	154	27,9	180	32,6	552	100,0
non le/gli succede nulla	<i>donna</i>	286	51,2	155	27,7	73	13,1	21	3,8	24	4,3	559	100,0
	<i>uomo</i>	244	43,7	151	27,1	80	14,3	47	8,4	36	6,5	558	100,0
è più indifesa/o	<i>donna</i>	51	9,1	75	13,4	111	19,9	137	24,5	185	33,1	559	100,0
	<i>uomo</i>	111	20,1	125	22,6	147	26,6	95	17,2	75	13,6	553	100,0
si sente male	<i>donna</i>	20	3,6	45	8,1	108	19,4	177	31,8	207	37,2	557	100,0
	<i>uomo</i>	27	4,9	72	12,9	137	24,6	152	27,3	168	30,2	556	100,0
sente aumentare l'autostima	<i>donna</i>	71	12,7	120	21,5	140	25,0	153	27,4	75	13,4	559	100,0
	<i>uomo</i>	53	9,5	91	16,4	117	21,1	138	24,9	156	28,1	555	100,0
aumenta la capacità di godere del sesso	<i>donna</i>	40	7,1	51	9,1	101	18,0	156	27,8	213	38,0	561	100,0
	<i>uomo</i>	28	5,1	43	7,8	69	12,5	141	25,5	272	49,2	553	100,0
sente meno i suoi dolori fisici	<i>donna</i>	49	8,8	75	13,4	156	27,9	159	28,4	120	21,5	559	100,0
	<i>uomo</i>	39	7,0	78	14,0	149	26,7	154	27,5	139	24,9	559	100,0

I determinanti della salute e del benessere

I fattori che contribuiscono alla salute e al benessere di una persona

Avere le cure adatte se si sta male (82%) e avere un lavoro (78%) sono gli aspetti che la maggior parte dei ragazzi ritiene più utili per la salute generale di una persona. Anche avere una famiglia (74%), avere un'alimentazione sana e star bene con gli altri (70%) sono considerati molto importanti per la netta maggioranza. Bere 4-5 bicchieri di bevande alcoliche (77%), il fumo di sigarette (75%) lo stress (73%), sono invece i comportamenti e le condizioni meno utili. C'è, invece, variabilità rispetto ad altri fattori, quali il sapersi accontentare, l'aver forza fisica e lo studio. Il consumo quotidiano di 1-2 bicchieri di bevande alcoliche è considerato poco o per niente utile da due terzi del campione (66%), il 22% è incerto e per il 12% è abbastanza o molto utile. Tutte le risposte date dal campione sono riportate nella tabella seguente (Tab. 4.1-9).

Tabella 4.1-9. Fattori generali di salute e benessere. "Secondo te, quanto i seguenti aspetti sono utili alla salute ed al benessere di una persona?"

	per niente utile		poco utile		così così utile		abbastanza utile		molto utile		totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
avere le cure adatte se si sta male	10	1,8	7	1,3	14	2,5	68	12,1	461	82,3	560	100,0
avere un lavoro	3	0,5	1	0,2	19	3,4	101	17,8	443	78,1	567	100,0
avere una famiglia	5	0,9	9	1,6	33	5,8	100	17,7	419	74,0	566	100,0
avere un'alimentazione sana	1	0,2	1	0,2	34	6,0	132	23,4	397	70,3	565	100,0
star bene con gli altri	3	0,5	5	0,9	19	3,4	141	25,2	391	69,9	559	100,0
riposare	6	1,1	8	1,4	36	6,3	146	25,7	372	65,5	568	100,0
essere contenti	3	0,5	3	0,5	35	6,2	156	27,5	370	65,3	567	100,0
essere sostenuti nel momento del bisogno	2	0,4	6	1,1	47	8,3	157	27,8	353	62,5	565	100,0
amare	8	1,4	7	1,3	43	7,7	150	26,9	350	62,7	558	100,0
vivere in un ambiente non inquinato	33	5,9	13	2,3	51	9,1	137	24,5	326	58,2	560	100,0
non essere ammalati	26	4,6	26	4,6	49	8,7	152	27,0	310	55,1	563	100,0
avere obiettivi	5	0,9	6	1,1	69	12,3	213	38,0	267	47,7	560	100,0
essere tranquilli, sereni	7	1,2	14	2,5	52	9,2	225	40,0	265	47,1	563	100,0
fare le cose che piacciono	1	0,2	8	1,4	87	15,5	234	41,6	233	41,4	563	100,0
bere ogni giorno molta acqua	8	1,4	17	3,0	99	17,6	228	40,6	210	37,4	562	100,0
studiare	46	8,2	31	5,5	89	15,8	192	34,1	205	36,4	563	100,0
avere soldi in tasca	5	0,9	44	7,8	131	23,2	232	41,1	153	27,1	565	100,0
sapersi accontentare	24	4,3	33	5,9	153	27,3	218	38,9	132	23,6	560	100,0
avere forza fisica	19	3,4	91	16,1	195	34,5	150	26,5	110	19,5	565	100,0
sentirsi attraenti	39	6,9	97	17,2	194	34,5	148	26,3	85	15,1	563	100,0
bere 1 bicchiere di vino o birra a pasto	208	36,7	163	28,8	125	22,1	49	8,7	21	3,7	566	100,0
bere bevande alcoliche nei fine settimana	266	47,2	177	31,4	74	13,1	27	4,8	20	3,5	564	100,0
fumare sigarette	420	74,6	91	16,2	27	4,8	14	2,5	11	2,0	563	100,0
bere 4-5 bicchieri di bevande alcoliche al di	434	76,8	90	15,9	21	3,7	9	1,6	11	1,9	565	100,0
essere soli	330	58,2	157	27,7	59	10,4	11	1,9	10	1,8	567	100,0
essere stressati	404	72,8	109	19,6	24	4,3	9	1,6	9	1,6	555	100,0
essere tristi	373	66,8	130	23,3	38	6,8	9	1,6	8	1,4	558	100,0

L'81% dei ragazzi pensa che la salute di una persona dipenda abbastanza e molto dal suo comportamento (453 su 563) e l'80% dall'ambiente e dalla società in cui si vive (450 su 562) mentre il 21% (118 su 563) ritiene molto probabile che dipenda dal destino.

La soddisfazione della propria vita

La valutazione della soddisfazione per i diversi aspetti della propria vita rispecchia una situazione abbastanza eterogenea. C'è, infatti, una variabilità nelle risposte che può essere attribuita a condizioni personali differenti. In generale, quasi tutti i ragazzi sono soddisfatti della propria salute (86%), ma solo il 46% molto. Analogamente, tre quarti dei ragazzi si ritengono soddisfatti al rapporto con i coetanei, ma solo il 39% attribuisce il punteggio massimo. La soddisfazione generale è nel complesso alta anche rispetto agli interessi per il tempo libero e al paese/città dove abitano, ma senza picchi positivi. La diversità di opinioni è evidente in particolar modo nei confronti del rendimento scolastico e della propria vita sentimentale (Tab. 4.1-10).

Tabella 4.1-10. Soddisfazione del vissuto "Quanto sei soddisfatta/o dei seguenti aspetti della tua vita?"

	per niente soddisfatto		poco soddisfatto		così così soddisfatto		abbastanza soddisfatto		molto soddisfatto		totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
i miei interessi nel tempo libero (sport, hobby ecc.)	27	4,8	39	6,9	78	13,8	151	26,6	272	48,0	567	100,0
la mia salute in questo periodo	11	1,9	10	1,8	56	9,9	230	40,6	259	45,8	566	100,0
il rapporto con i ragazzi/e della mia età	23	4,1	35	6,2	83	14,7	200	35,5	223	39,5	564	100,0
il paese/città dove abito	43	7,6	41	7,2	83	14,6	208	36,7	192	33,9	567	100,0
il rapporto con i miei genitori	28	5,0	45	8,0	110	19,5	199	35,2	183	32,4	565	100,0
la situazione economica della mia famiglia	15	2,7	45	8,0	117	20,8	236	42,0	149	26,5	562	100,0
il mio rendimento scolastico	45	8,0	52	9,2	127	22,5	196	34,8	144	25,5	564	100,0
il mio aspetto fisico	32	5,7	44	7,8	126	22,4	226	40,2	134	23,8	562	100,0
la mia vita sentimentale	77	13,7	74	13,1	144	25,5	146	25,9	123	21,8	564	100,0
il denaro di cui posso disporre	32	5,7	47	8,3	150	26,5	229	40,5	107	18,9	565	100,0

I determinanti di salute in gravidanza e le gravidanze nelle coetanee

I fattori che contribuiscono alla salute della donna incinta e del feto

In fase di predisposizione del questionario è stato ipotizzato che i ragazzi ritengano la gravidanza un aspetto della vita molto distante dalla loro realtà. Per questo, si è ritenuto opportuno inserire in questa batteria di domande anche la possibilità di non sapere la risposta. Tuttavia, il campione si è dimostrato attento nell'indicare le opinioni su ciò che può contribuire alla salute e al benessere di una futura mamma e del bambino. Il campione si è rivelato quasi completamente d'accordo sull'utilità di due aspetti: il riposo (83%) e il fare controlli medici (81%).

Per il resto, le opinioni sono più varie. Ad esempio, il 37% dei ragazzi non sa se mangiare carne cruda sia utile, circa il 20% non sa se faccia bene bere latte o avere una vita sessuale.

Per quanto riguarda il consumo di bevande alcoliche, due terzi dei ragazzi affermano che bere 1-2 bicchieri di vino o birra al giorno non sia per niente utile, il 14% lo considera poco utile, il 6% è incerto e solo il 4% pensa sia utile. Il 10% dichiara di non sapere. Analogamente, solo il 6% esprime un'opinione favorevole nei confronti del consumo di aperitivi (Tab. 4.1-11)

Tabella 4.1-11. Opinioni sui fattori utili al benessere e alla salute in gravidanza “Secondo te, quanto i seguenti aspetti sono utili alla salute e al benessere di una futura mamma e del suo bambino?”

	non so		per niente utile		poco utile		così così utile		abbastanza utile		molto utile		totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
riposare	7	1,3	3	0,5	4	0,7	12	2,1	70	12,5	464	82,9	560	100,0
fare controlli dal medico e vaccinazioni	11	2,0	6	1,1	8	1,4	21	3,8	60	10,7	454	81,1	560	100,0
fare un po' di attività fisica adatta	30	5,4	21	3,8	31	5,5	69	12,3	192	34,3	216	38,6	559	100,0
bere latte	115	20,6	10	1,8	31	5,6	82	14,7	151	27,1	169	30,3	558	100,0
coltivare i propri hobby/interessi	31	5,5	16	2,9	70	12,5	110	19,6	180	32,1	153	27,3	560	100,0
avere una vita sessuale	111	19,9	118	21,2	72	12,9	85	15,3	77	13,8	94	16,9	557	100,0
curare il proprio corpo	25	4,5	76	13,6	159	28,4	125	22,3	111	19,8	64	11,4	560	100,0
stare a dieta	71	12,7	186	33,2	99	17,7	96	17,1	63	11,3	45	8,0	560	100,0
bere 1-2 caffè al giorno	56	10,0	179	32,0	182	32,6	91	16,3	37	6,6	14	2,5	559	100,0
fumare una sigaretta ogni tanto	63	11,2	421	74,9	45	8,0	14	2,5	5	0,9	14	2,5	562	100,0
bere qualche aperitivo o cocktail nei fine settimana	69	12,3	343	61,4	83	14,8	30	5,4	22	3,9	12	2,1	559	100,0
concedersi 1-2 bicchieri di vino o birra al giorno	61	10,9	366	65,5	76	13,6	32	5,7	15	2,7	9	1,6	559	100,0
mangiare carne cruda	207	37,2	200	35,9	71	12,7	60	10,8	14	2,5	5	0,9	557	100,0

Le gravidanze nelle coetanee

Il 16% dei ragazzi (88) conosce una o più coetanee che hanno avuto una gravidanza "indesiderata"^{XXIX}: il 20% delle femmine (51 su 252) e il 12% dei maschi (37 su 315).

In tutte le scuole è capitato ai ragazzi di conoscere coetanee incinte, con una frequenza che va dal 7% della scuola di Casier al 33% della scuola "Martini" di Treviso (Tab 4.1-12).

Tabella 4.1-12. Conoscenza di coetanee che hanno avuto una gravidanza indesiderata per scuola

SCUOLA	no		sì		non risponde		totale N
	N	%	N	%	N	%	
Treviso "Martini"	44	66,7	22	33,3	0	0,0	66
Spresiano	79	80,6	18	18,4	1	1,0	98
Mansuè	37	82,2	7	15,6	1	2,2	45
Treviso Istituto Canossiano	35	85,4	6	14,6	0	0,0	41
Carbonera	80	86,0	13	14,0	0	0,0	93
Casale sul Sile	73	86,9	11	13,1	0	0,0	84
Gorgo al Monticano	31	91,2	3	8,8	0	0,0	34
Casier	98	90,7	8	7,4	2	1,9	108
totale	477	83,8	88	15,5	4	0,7	569

Sui motivi per cui una ragazza della loro età possa avere una gravidanza indesiderata, il 68% ritiene che sia dovuto al fatto che non è stata attenta, il 14% perché può succedere, il 7% perché non sa come fare ad evitarla, il 5% perché dipende dal suo ragazzo.

La stratificazione delle risposte per genere è riportata nella tabella sottostante (Tab. 4.1-13).

Tabella 4.1-13. Opinioni sulle cause di gravidanze indesiderate nelle coetanee

	femmine		maschi	
	N	%	N	%
perché non è stata attenta	178	70,6	208	66,0
perché può succedere	39	15,5	41	13,0
perché non sa come fare ad evitarla	15	6,0	22	7,0
perché dipende dal suo ragazzo	7	2,8	21	6,7
non risponde	13	5,2	23	7,3
totale	252	100,0	315	100,0

^{XXIX} Termine utilizzato su consiglio del campione del pre-test per indicare una gravidanza non prevista

Validazione

L'analisi della consistenza interna delle variabili è stata effettuata su 8 blocchi di domande (Tab. 4.1-14). L'Alpha di Cronbach per ciascun blocco è riportato nella tabella sottostante. La soddisfazione della propria vita e il test AUDIT-C sono i blocchi che superano il valore 0,7, valore usualmente considerato il limite oltre il quale si raggiunge una sufficiente validità interna.

Tabella 4.1-14. Validazione

	Alpha di Cronbach	item (N)
soddisfazione della propria vita	0,746	10
AUDIT-C	0,732	3
fattori generali della salute	0,620	27
fattori della salute in gravidanza	0,646	13
effetti del consumo di alcol su donna	0,644	16
effetti del consumo di alcol su uomo	0,633	16
consumi di bevande in famiglia	0,522	9
locus	0,019	3

Parte analitica

I dati raccolti dal questionario forniscono numerose informazioni che possono essere oggetto di commenti ulteriori e approfondimenti. Ai fini degli obiettivi della ricerca, i dati sono stati analizzati in funzione del consumo di bevande alcoliche del campione. Sono state utilizzate specifiche tecniche di analisi stratificata. Sono state scelte di due aree di studio: la frequenza del consumo di alcol (primo item del test AUDIT-C), denominato "consumo continuativo" e il "binge drinking" (terzo item del test). È stato assunto che i due fenomeni descritti siano differenti. I ragazzi costituenti il campione sono stati distinti tra quelli che fanno uso continuativo e quelli che non lo fanno, e in quelli che fanno binge e quelli che non lo fanno (indipendentemente da frequenza e quantità). Per fare questo sono state create due variabili di tipo sì/no (variabili dipendenti binarie), rispetto alle quali sono state studiate tutte le altre, e sono stati fatti vari incroci per verificare ipotesi specifiche e approfondimenti.

L'analisi ha permesso di individuare alcune peculiarità che caratterizzano i ragazzi che consumano bevande alcoliche e fanno "binge drinking" rispetto quelli che non lo fanno. Esse sono descritte e commentate nei paragrafi dedicati.

L'influenza del genere sulle opinioni e i comportamenti nei confronti dell'alcol

L'uso di alcol è un comportamento più diffuso nei maschi. I maschi hanno più del doppio di probabilità delle femmine sia di bere regolarmente (OR 2,65 IC 95% 1,85-3,80), sia di fare "binge drinking" (OR 2,50 IC 95% 1,60-3,94).

Da quanto riportato dai ragazzi, sembra che il consumo di alcol sia più frequente nelle famiglie dei maschi che delle femmine, con una probabilità maggiore del 52% per vino e birra (GOR 1,520 CI 95% 1,187-1,946), del 58% per gli aperitivi alcolici e amari (GOR 1,579 CI 95% 1,191-2,092) e del 76% per i superalcolici (GOR 1,760, CI 95% 1,221-2,537).

I maschi, in generale, hanno anche un atteggiamento più positivo nei confronti dell'uso di alcol. I maschi hanno una probabilità superiore del 70% di ritenere più utile alla salute bere 1-2 bicchieri al giorno (GOR 1,704, IC 95% 1,318-2,204). Questo atteggiamento si evidenzia anche nelle opinioni sul consumo di alcol nei week end (GOR 1,581, IC95% 1,201-2,082) e sul consumo di 4-5 bicchieri al giorno (GOR 2,496 IC 95% 1,660-3,752).

L'opinione meno negativa dei maschi sull'uso di alcol si conferma nel caso della gravidanza. I maschi, infatti, hanno una probabilità superiore del 59% di pensare che bere bevande alcoliche sia meno dannoso alla salute della futura mamma e del bambino (GOR 1,592 IC 95% 1,169-2,167).

Caratteristiche e opinioni dei ragazzi in funzione del consumo di bevande alcoliche (AUDIT-C 1)

Fattori anagrafici e familiari

Il consumo continuativo di bevande alcoliche è un comportamento più diffuso nei maschi. Come descritto nel precedente paragrafo, i maschi, hanno sia più del doppio di probabilità di essere consumatori rispetto alle femmine (OR 2,65 IC95% 1,85-3,80), sia più del doppio di probabilità di bere più spesso delle femmine (GOR 2,304 IC95% 1,721-3,084).

Il consumo è più frequente nei ragazzi che non vivono con entrambi i genitori (OR 2,33 IC 95% 1,37-4,07). In particolare, i ragazzi che vivono con un solo genitore hanno una probabilità più che doppia di essere consumatori, rispetto a coloro che abitano con entrambi (OR 2,46 IC 95% 1,42-4,32). L'associazione tra l'abitare con un solo genitore e il consumo di alcol è significativa sia per i maschi (OR 2,63 IC 95% 1,15-6,01), sia per le femmine (OR 2,38 IC 95% 1,11-5,10).

A conferma di questo, coloro che non bevono continuamente bevande alcoliche hanno il 39% di probabilità in più di avere una composizione familiare più eterogenea (GOR 1,388 IC95% 1,011-1,907). Età e nazionalità non sono associati all'uso di alcol. Ci sono delle variabilità interne alle singole scuole, ma la numerosità dei dati in possesso non consente approfondimenti.

I fattori generali del benessere: opinioni e soddisfazione della propria vita

L'uso di alcol nei ragazzi è associato ad un'opinione più favorevole sugli effetti dell'alcol sulla salute e il benessere di una persona. La probabilità di attribuire un punteggio più alto aumenta a seconda del tipo di consumo. È doppia nel caso di bere 1 bicchiere di vino/birra a pasto (GOR 2,004 IC95% 1,545-2,598), tripla se si considera il bere alcol nei week end (GOR 3,127 IC95% 2,340-4,178) e quasi quattro volte superiore per il consumo di 4-5 bicchieri di bevande alcoliche al giorno (GOR 3,819 IC95% 2,530-5,764).

I ragazzi che bevono almeno ogni tanto bevande alcoliche hanno un'opinione più positiva anche nei confronti del fumo (GOR 2,495 IC95% 1,723-3,614).

Infine, hanno il 61% di probabilità in più di ritenere maggiormente utile al benessere "sentirsi attraenti" (GOR 1,615 IC 95% 1,259-2,072).

I ragazzi che dichiarano di non bere regolarmente bevande alcoliche, hanno una probabilità maggiore di ritenere più utile al benessere avere un'alimentazione sana (GOR 1,893 IC95% 1,337-2,679), studiare (GOR 1,675 IC95% 1,293-2,169), avere una famiglia (GOR 1,602 IC95% 1,122-2,287), stare bene con gli altri (GOR 1,560 IC95% 1,101-2,212).

I ragazzi consumatori hanno il 49% di probabilità in più di essere maggiormente soddisfatti della propria vita sentimentale (GOR 1,494 IC95% 1,173 -1,902) I ragazzi che dichiarano di non bere hanno una probabilità maggiore essere più soddisfatti del proprio rendimento scolastico (GOR 1,692 IC95% 1,315-2,177) e del rapporto con i genitori (GOR 1,577 IC95% 1,220-2,038).

Consumo di alcol nei ragazzi e consumo in famiglia

Vivere in un nucleo familiare in cui il campione riferisce il consumo di bevande alcoliche fa aumentare la possibilità che gli adolescenti siano a loro volta consumatori di alcol. I ragazzi consumatori, infatti, riferiscono che nella propria famiglia si bevono bevande alcoliche in maniera significativamente più frequente rispetto agli altri. La probabilità aumenta in relazione alla tipologia di bevande consumate: è doppia nel caso di vino o birra (GOR 2,099 IC 95% 1,642-2,685), più che tripla per gli aperitivi, amari e soft drinks (GOR 3,665 IC 95% 2,719-4,940), quasi sei volte superiore per i superalcolici (GOR 5,823 IC95% 3,833-8,847).

Le valenze soggettive del consumo di alcol in una donna^{xxx}

Nei ragazzi consumatori è più alta la probabilità di ritenere che una donna, dopo aver bevuto bevande alcoliche, aumenti la capacità di godere del sesso, si senta felice, aumenti l'autostima, si diverta o, più genericamente, non le accada nulla.

Rispetto alle opinioni sulla capacità di godere del sesso, le ragazze consumatrici hanno l'84% di probabilità di attribuire un punteggio più alto rispetto alle non consumatrici (GOR 1,837, IC95% 1,231-2,741), i maschi consumatori il 44% (GOR 1,439 IC95%1,018-2,033) in più dei non consumatori. Questo fa ipotizzare che tale opinione sia più forte tra le femmine che tra i maschi.

Altri fattori associati al consumo di alcol sono una probabilità maggiore di ritenere che una donna si senta felice (GOR 1,651 IC95% 1,289-2,116), senta aumentare la propria autostima (GOR1,345 IC95% 1,056-1,712), non le accada nulla (GOR 1,341 IC95%1,016-1,770), si diverta (GOR 1,330 IC95%1,034-1,711).

I non consumatori, invece, hanno una probabilità maggiore di attribuire un punteggio più alto alla possibilità che una donna, dopo aver bevuto, si senta male (GOR 1,340, IC95%1,035-1,735).

I determinanti della gravidanza sana e le gravidanze nelle coetanee

I ragazzi consumatori hanno un'opinione più favorevole degli altri nei confronti del consumo di alcol, del fumo e di avere una vita sessuale in gravidanza. Per quanto riguarda il fumo, hanno più del triplo di probabilità di ritenere qualche sigaretta meno dannosa alla salute di una donna incinta e del bambino (GOR 3,557 IC95% 2,114-5,986).

La probabilità di ritenere più utile il consumo di bevande alcoliche è più che doppia nel caso di 1 o 2 bicchieri di vino o birra al giorno (GOR 2,344 IC95% 1,601-3,432). C'è anche un probabilità superiore del 94% di ritenere più utile il consumo di qualche aperitivo o cocktail nei fine settimana (GOR 1,942 IC95% 1,359-2,774).I ragazzi che bevono bevande alcoliche hanno il 48% di probabilità in più di ritenere che avere una vita sessuale sia utile alla salute di una donna incinta (GOR 1,484 IC95% 1,136-1,940). Nessun valore della gravidanza sana è associato al non bere alcolici.

Oltre ad essere più possibilisti nei confronti dell'uso di alcol in gravidanza, è stato riscontrato un legame anche tra l'essere consumatori di alcol e la conoscenza di coetanee incinte. Gli adolescenti consumatori hanno il doppio di probabilità, rispetto ai non consumatori, di conoscere o di aver conosciuto una coetanea che ha avuto una gravidanza indesiderata (OR 1,93 IC 95% 1,21-3,11).

^{xxx} In questa sede si è scelto di non approfondire le associazioni tra il consumo di alcol e gli effetti sull'uomo, in quanto l'attenzione prioritaria è rivolta ai comportamenti femminili

Caratteristiche dei ragazzi in funzione del “binge drinking” (AUDIT-C 3)

Fattori anagrafici e familiari

Il “binge drinking” è un comportamento più diffuso nei maschi, che hanno più del doppio di probabilità di fare binge delle femmine (OR 2,50 IC95% 1,60-3,94) e di farlo più spesso rispetto alle femmine (GOR 2,461 IC95% 1,608-3,767). Il binge drinking è un comportamento più diffuso in chi non abita con entrambi i genitori (OR 1,83 IC 95% 1,02-3,22).

I fattori generali del benessere: opinioni e soddisfazione della propria vita

I ragazzi che fanno “binge drinking” ritengono che bere bevande alcoliche sia più utile alla salute rispetto agli altri. La probabilità di attribuire un punteggio più alto dei non consumatori è maggiore del 95% nel caso del bere 1 bicchiere di vino/birra a pasto (GOR 1,950 IC95% 1,309-2,905), è più che doppia per il consumo nei week end (GOR 2,641 IC95% 1,699-4,106) e quasi quattro volte superiore nel caso del consumo giornaliero di 4-5 bicchieri di bevande alcoliche (GOR 3,867 IC 95% 2,342-6,383).

I ragazzi che fanno “binge drinking” hanno un’opinione meno negativa anche nei confronti del fumo (GOR 2,753 IC95% 1,676-4,524)

Il “binge drinking” è associato all’attribuzione di un punteggio più alto anche a “fare le cose che piacciono” (GOR 2,517 IC95% 1,567-4,042), “avere soldi in tasca” (GOR 1,828 IC 95% 1,195-2,795) e “sentirsi attraenti” (GOR 1,555 IC95% 1,071-2,258).

È stata riscontrata anche un’associazione significativa e positiva tra il fare il “binge drinking” ed alcuni fattori che solitamente hanno una connotazione negativa, quali “essere stressati” (GOR 1,968 IC 95% 1,245-3,111) ed “essere tristi” (GOR 1.856 IC 95%1,141-3,018).

I ragazzi che non fanno “binge drinking” hanno una probabilità doppia di ritenere più utile studiare (GOR 2,224 IC95% 1,473-3,359) e superiore del 79% di attribuire un punteggio più alto all’avere un’alimentazione sana (GOR 1,789 IC 95% 1,099-2,912).

Per quanto riguarda la soddisfazione della propria vita, l’unico fattore a cui i ragazzi che fanno “binge drinking” hanno una probabilità significativa di attribuire un punteggio più alto è la propria vita sentimentale (GOR 1,652, IC95% 1,136-2,404).

Il consumo in famiglia e le valenze del consumo

I ragazzi che fanno “binge drinking” riferiscono consumi di bevande alcoliche in famiglia più frequenti rispetto agli altri. Questa tendenza riguarda tutte le tipologie di bevande alcoliche considerate, ed è minore per vino o birra (GOR 1,682 IC95% 1,186-2,385), maggiore nel caso di aperitivi/amari/soft drinks (GOR 3,502 IC95% 2,285-5,367) e superalcolici (GOR 4,440 IC95% 2,736-7,206).

L'unica opinione sugli effetti del consumo di alcol in una donna associata al “binge drinking” è l'aumento della capacità di godere del sesso (GOR 1,669, IC95% 1,108-2,515).

I determinanti della gravidanza sana e le gravidanze nelle coetanee

I ragazzi che fanno “binge drinking” sono più propensi degli altri a ritenere che avere una vita sessuale sia utile alla salute di una donna incinta (GOR 2,436 IC95% 1,633-3,633).

I ragazzi che non fanno “binge drinking” hanno una probabilità più che doppia di ritenere maggiormente utile alla salute di una donna in gravidanza fare controlli dal medico (GOR 2,431, IC95% 1,390-4,254). Gli adolescenti che praticano il “binge drinking” hanno il doppio di probabilità di conoscere una coetanea che ha avuto una gravidanza indesiderata (OR 2,06 IC95% 1,23-3,40). Sui motivi per cui possa capitare, non sono state rilevate associazioni significative.

Alcune considerazioni su “consumo continuativo” e “binge drinking”

Bere bevande alcoliche e fare “binge drinking” sono due comportamenti più diffusi nei maschi. Sono messi in atto più frequentemente dai ragazzi, maschi e femmine, che non abitano con entrambi i genitori. Sia il consumo regolare, sia il “binge drinking” sono associati ad una maggiore soddisfazione della propria vita sentimentale.

I ragazzi che bevono in generale e quelli che fanno “binge drinking” hanno una probabilità maggiore di ritenere il consumo di alcol più utile alla salute di una persona, sia nel caso del consumo quotidiano di 1-2 o 4-5 bicchieri, sia nel caso del consumo nel week end. In entrambi i casi è presente anche un'opinione meno negativa rispetto al fumo.

Fare “binge drinking” è associato ad un quadro eterogeneo di opinioni sulla salute di una persona. Mentre il consumo generale è associato al sentirsi attraenti, nei bingers si ritiene meno negativo per la salute anche fare le cose che piacciono, avere soldi in tasca, essere stressati, essere tristi.

Per quanto riguarda la salute in gravidanza, sia nel caso del consumo continuativo sia nel caso del “binge drinking”, per i ragazzi che bevono è più utile avere una vita sessuale. Tutte le tipologie di consumo di alcol sono associate ad una probabilità doppia di conoscere una o più coetanee che hanno avuto una gravidanza indesiderata.

Il ruolo della famiglia nell’influenzare l’uso di bevande alcoliche sembra evidente sia per il consumo continuativo, sia nel caso del “binge drinking”. Tuttavia, la probabilità che chi fa “binge drinking” percepisca in famiglia un consumo più frequente di bevande alcoliche rispetto a chi non lo fa è leggermente inferiore a quella riscontrata tra chi beve con una certa regolarità e chi no: ciò fa ipotizzare che, probabilmente, il “binge drinking” sia un fenomeno più legato all’ambiente dei pari che a quello familiare, anche se è difficile fare considerazioni specifiche in questa sede.

Infine, considerando le opinioni sugli effetti dell’uso di alcol su sensazioni e comportamenti di una donna, chi fa “binge drinking” si differenzia da chi non lo fa solo per una maggiore probabilità di ritenere che una donna in gravidanza aumenti la propria capacità di godere del sesso. Nel caso del consumo regolare sono presenti ulteriori differenze. Oltre al sesso, si attribuisce un punteggio più alto al sentirsi felice, all’aumento dell’autostima, al divertirsi o al fatto che non accada nulla. Sembra quindi, come nel caso dei valori del benessere in gravidanza, che il sesso assuma un’importanza maggiore per i “bingers” che per i consumatori regolari.

Discussione

Considerazioni metodologiche

Dal punto di vista metodologico, la somministrazione del questionario ha presentato dei limiti nell’uso del test AUDIT-C. Il test è predisposto in funzione di una popolazione adulta e non è adatto all’uso con adolescenti. In particolare, nel secondo item del test (“quante bevande bevi in una giornata tipo?”), l’assenza dell’alternativa di risposta “nessuna” ha comportato 308 risposte mancanti. Per questo si è deciso di descrivere separatamente i fenomeni del consumo continuativo (item 1) e del “binge drinking” (item 3), e di non utilizzare ai fini dello studio l’indice totale di rischio.

Nel complesso è stata evidenziata una buona qualità dei dati, dovuta alla rappresentatività del campione e all'elevata completezza del test, nonostante la lunghezza. Questo rende generalizzabili i risultati a livello di Azienda ULSS. È importante sottolineare che tutto il questionario riflette una prospettiva soggettiva del ragazzo, che può non essere aderente alla realtà ma che è ancora più funzionale all'analisi dei dati, in quanto rispecchia la personale visione del mondo.

Considerazioni sui risultati

I risultati funzionali agli obiettivi dello studio sono di seguito riassunti.

- Il consumo di bevande alcoliche è un comportamento presente nel campione, e caratterizza più della metà dei maschi, e quasi il 40% delle femmine. Si tratta di un consumo spesso occasionale, anche se il 15% delle femmine e il 29% dei maschi bevono regolarmente almeno un paio di volte al mese. Il "binge drinking" è praticato dal 13% delle ragazze e dal 27% dei maschi: anche in questo caso, si tratta di un comportamento sporadico, alcuni lo praticano con frequenza mensile o più. È un comportamento presente in tutte le fasce d'età comprese nello studio e non è associato alla nazionalità dei genitori.
- La famiglia sembra avere un ruolo nell'influenzare le abitudini di consumo dei ragazzi. Un fattore di rilievo sembra essere l'abitare o meno con entrambi i genitori: coloro infatti, che vivono o con un solo genitore o senza genitori hanno una probabilità più che doppia degli altri di bere regolarmente e l'83% in più di fare "binge drinking". In secondo luogo, il consumo dei ragazzi è statisticamente associato alla percezione che i ragazzi hanno delle abitudini in famiglia: più frequentemente in famiglia si beve, più è probabile che gli adolescenti siano consumatori o facciano "binge". La probabilità aumenta fino a diventare anche quasi 6 volte superiore nel caso in cui in famiglia si bevano superalcolici.
- I ragazzi che hanno partecipato allo studio sembrano avere opinioni caute rispetto all'uso di alcol, sia in gravidanza sia in generale. Il 79% dei ragazzi sostiene che il consumo quotidiano di 1 o 2 bicchieri di vino a pasto non sia utile alla salute della donna incinta e del bambino. Il 66% ritiene che bere un bicchiere a pasto non faccia bene alla salute di una persona e la percentuale sale al 79% nel caso del consumo nei fine settimana e al 93% per il consumo di 4-5 bicchieri di bevande alcoliche al giorno.
- Tuttavia, consumare bevande alcoliche sembra abbia un'influenza sulle opinioni del campione sul ruolo dell'alcol sulla salute e il benessere, sia in gravidanza, sia in generale. Sono i ragazzi consumatori ad avere una

probabilità maggiore di attribuire una connotazione meno negativa all'uso di alcol. Sembra che il bere o meno alcol contribuisca ad apportare delle differenze nella visione di salute, non solo per quanto riguarda le bevande alcoliche. I fattori maggiormente associati al consumo, sono, oltre all'alcol, il fumo, l'apparire attraenti agli altri, l'aver denaro, il fare ciò che piace, anche con una maggiore tristezza e stress. È un atteggiamento che si ritrova in maniera analoga nella soddisfazione per la propria vita, dove il consumo sembra essere legato ad un maggiore compiacimento per la propria vita sentimentale. Nell'insieme dei fattori che caratterizzano la visione dell'adolescente consumatore, anche la sessualità ha la sua parte: infatti, è considerata meno negativa alla salute di una donna in gravidanza. Il sesso è anche una delle conseguenze che l'adolescente consumatore, maschio e ancor di più femmina, associa più positivamente al consumo di alcol nella donna, insieme ad una maggiore possibilità che si diverta, che aumenti l'autostima, che sia felice o che, mal che vada, non abbia conseguenze. L'insieme dei fattori descritti sembra inserirsi in un contesto di vita in cui questi stessi fattori sono messi più in pratica. Oltre all'influenza dei consumi familiari, un segnale di un ambiente di vita più legato ai piaceri della vita, e probabilmente anche alla componente sessuale, si riscontra nella conoscenza di coetanee che hanno avuto gravidanze indesiderate, maggiore negli adolescenti che bevono bevande alcoliche.

Sembra quindi che chi beve bevande alcoliche, compresi coloro che fanno "binge drinking", siano più orientati al soddisfacimento dei propri bisogni personali e al godimento della vita. La prospettiva orientata al sé dei ragazzi che bevono si riflette in un comportamento che vuole apparire più adulto, inteso come possibilità di mettere in atto azioni precoci per la loro età. Chi invece non beve bevande alcoliche sembra essere più orientato al rispetto delle attese proprie dell'età, con un'idea di salute che si lega all'ottemperamento dei compiti previsti da un'adolescente. È anche un'idea di salute più legata alla cura delle relazioni significative, nella famiglia e nello star bene con gli altri. Più in generale, sembrano anche più attenti al benessere fisico, in particolare agli affetti positivi di avere un'alimentazione sana. L'importanza attribuita allo studio e alla famiglia di ritrova anche nella soddisfazione del proprio vissuto.

Considerazioni operative

I dati forniscono informazioni che vanno oltre l'ambito della prevenzione dei danni da esposizione prenatale all'alcol. Tali informazioni, infatti, abbracciano diverse dimensioni della vita dell'adolescente e possono essere oggetto, come già evidenziato, di ulteriori approfondimenti. Questi dati contestualizzano a livello locale evidenze che già molto descritte a livello nazionale ed internazionale, e che non sono affrontate in questa sede.

Per gli obiettivi di questo studio, alcune considerazioni possono essere utili per integrare i già esistenti percorsi di promozione della salute e della sessualità con contenuti riguardanti il rapporto tra alcol e gravidanza e i suoi effetti.

Già in terza media il consumo di bevande alcoliche è presente e sembra avere un ruolo sulle opinioni di salute, in generale e in gravidanza. Sono presenti anche casi di “binge drinking”. Inoltre, chi consuma bevande alcoliche ha già una rete sociale in cui è più probabile che ci siano casi di gravidanze giovanili.

Gli adolescenti hanno espresso la loro opinione in modo preciso nei confronti della salute in gravidanza. Si sono dimostrati attenti nelle risposte date, hanno manifestato interesse nei confronti dello studio, evidente nell'alto tasso di risposta agli item e nell'atteggiamento partecipativo riscontrato durante la somministrazione.

Il ruolo della famiglia si conferma prioritario e deve essere tenuto in considerazione nelle strategie di promozione della salute.

Si può quindi ritenere plausibile che anche gli adolescenti siano coinvolti in modo attivo nelle strategie di prevenzione degli effetti dell'esposizione prenatale all'alcol, in una prospettiva a lungo termine e parallelamente all'avvio dei comportamenti di consumo. Questo è ancora più plausibile se si considera che già in questa fase della vita l'uso di alcol inizia ad influenzare le opinioni sulla salute in gravidanza.

Questi dati, inoltre, possono essere utilizzati da quei professionisti dell'età evolutiva che hanno a che fare con gli adolescenti. Da questo punto di vista, il coinvolgimento degli adolescenti in un'ottica di salute riproduttiva potrebbe essere più efficace se abbraccia una prospettiva ampia. Possono essere implementate iniziative anche da servizi preposti al percorso nascita, ad esempio i consultori. Il coinvolgimento sinergico di diversi professionisti, quali le ostetriche, nei percorsi di promozione della salute rivolti agli adolescenti, ad esempio, potrebbe rappresentare anche un punto di contatto tra l'adolescenza e l'età adulta e garantire una congruenza che vada oltre la questione della dipendenza da sostanze. Questo può essere funzionale ad una futura genitorialità consapevole.

4.2 - Giovani neo-maggiorenni

Il secondo studio è rivolto ai giovani di 18-19 anni.

Gli obiettivi specifici sono:

- rilevare i consumi dichiarati di bevande alcoliche
- rilevare le opinioni sui fattori che contribuiscono alla salute di una donna in gravidanza e del feto
- rilevare le opinioni sui fattori che contribuiscono alla salute di una persona in generale
- individuare i determinanti del consumo di bevande alcoliche.

Materiali e metodi

È stato realizzato uno studio descrittivo osservazionale su un campione non rappresentativo di giovani neo-maggiorenni (anni di nascita 1990-1991) frequentanti i corsi teorici per conseguire la patente di guida di autoveicoli nelle autoscuole della provincia di Treviso. Si è scelto di coinvolgere nello studio gli allievi delle autoscuole per favorire l'eterogeneità del campione, includendo sia studenti, sia giovani che avevano già concluso il percorso scolastico.

Questionario

Lo strumento di indagine è un questionario autocompilato, lo stesso dello studio rivolto agli adolescenti di terza media (a cui si rimanda per la descrizione dettagliata delle aree di indagine), con alcune modifiche.

Il questionario è stato sottoposto ad una revisione qualitativa. È stato effettuato un brainstorming con i referenti dell'azienda sanitaria, finalizzato alla revisione dello strumento, sia per migliorare alcune incompletezze metodologiche incontrate nella somministrazione agli adolescenti, sia in funzione del nuovo target di indagine.

Le variazioni più rilevanti riguardano l'area descrittivo/anagrafica del campione, i determinanti generali della salute e del benessere, il test AUDIT-C.

Le domande relative agli aspetti anagrafici sono state modificate in funzione della differente fascia d'età coinvolta. Inoltre, è stato introdotto un item sul titolo di studio.

Nella batteria di domande relativa ai determinanti generali del benessere sono stati eliminati i seguenti item: essere stressati, bere ogni giorno molta acqua, avere soldi in tasca, sentirsi attratti, essere tristi, bere bevande alcoliche nei fine settimana, fumare sigarette, bere ogni giorno 4-5 bicchieri di bevande alcoliche, avere forza fisica, essere soli, studiare, bere un bicchiere di vino o birra a pasto. In alternativa, trattandosi di una popolazione anagraficamente più adulta, sono stati inseriti: bere 2 bicchieri di bevande alcoliche al giorno, partecipare ad eventi culturali e musicali, fare sesso, avere conoscenze mediche, andare in vacanza, essere poveri, abitare in una casa umida e di bassa qualità, fare un lavoro stressante e mal retribuito, non avere un lavoro sicuro, avere collaborazione e sostegno nel lavoro^{xxxI}.

Il test AUDIT-C è stato sostituito con una differente versione^{xxxII}, modificata ulteriormente per lo studio.

In questa versione, si utilizzano le stesse alternative di risposta sia nel primo item, sia nel terzo. Nel secondo item, l'alternativa di risposta "1-2 bicchieri" è stata sostituita da "0-2 bicchieri", per permettere di rispondere anche a chi non beve mai.

L'analisi dei dati dello studio sugli adolescenti ha suggerito altre modifiche.

- *Nel quesito: "perché secondo te ad una tua coetanea può capitare una gravidanza indesiderata?", la risposta singola è stata sostituita da una scala di valutazione, analoga agli altri item.*
- *Nella batteria di domande sui fattori che contribuiscono alla gravidanza sana, l'opzione di risposta "non so" è stata tolta.*
- *Nel gruppo di domande sui consumi di bevande in famiglia sono stati tolti gli item relativi ai consumi di acqua e tè caldo.*
- *Le domande sulle sensazioni e i comportamenti di un uomo e di una donna dopo aver bevuto bevande alcoliche sono state unificate in un solo gruppo di domande, riferito alla persona in generale.*

Il questionario è costituito da 97 item. Anche questa versione è stata sottoposta a un pre-test con un campione di 10 giovani. La versione completa è in appendice (D).

^{xxxI} Questi item sono tratti da: Domenighetti G. "L'empowerment del cittadino tra promozione dell'autonomia individuale e propaganda" (presentazione ppt). Documento ad uso interno

^{xxxII} Scafato E. Relazione alla V Conferenza Nazionale sulle Droghe. Trieste, 2009
http://www.iss.it/binary/pres/cont/Presentazione_SCAFATO_Conferenza_DROGHE_TRIESTE_2009.pdf (ultimo accesso 06-10-2010)

Reclutamento del campione e somministrazione

La fase operativa dello studio è stata articolata in una serie di azioni.

- *È stata contattata la Motorizzazione Civile di Treviso, che ha dato il patrocinio allo studio.*
- *È stato fissato un incontro preliminare con alcuni rappresentanti delle autoscuole della provincia di Treviso, al fine di valutare la disponibilità a partecipare allo studio e di concordare le modalità di realizzazione.*
- *Confermati l'interesse e la disponibilità dei rappresentanti, un titolare di autoscuola è stato incaricato di distribuire e raccogliere i questionari presso tutte le altre autoscuole della provincia.*
- *I questionari sono stati distribuiti nella casella di posta di ciascuna autoscuola presso la Motorizzazione Civile di Treviso. Ciascun plico di questionari è stato accompagnato da una lettera di presentazione, contenente le istruzioni per la somministrazione del questionario. È stato specificato che il questionario fosse somministrato solo agli allievi maschi e femmine nati negli anni 1990-1991. A ciascuna autoscuola è stata fornita anche una busta anonima in cui inserire tutti questionari compilati. Una volta conclusa la somministrazione e raccolti tutti i questionari, le buste contenenti i questionari sono state riposte in un contenitore appositamente collocato presso la Motorizzazione.*

La somministrazione dei questionari è avvenuta nell'arco di due mesi, tra il 16-10-2009 e il 16-12-2009, e ha coinvolto tutti gli allievi che hanno frequentato i corsi teorici nel periodo concordato.

Nello studio sono state coinvolte tutte le autoscuole della provincia di Treviso, non solo quelle dell'area territoriale dell'Az.ULSS n.9. Questa scelta è dovuta a questioni organizzative, legate alla struttura provinciale della Motorizzazione Civile e delle associazioni di autoscuole coinvolte.

Data management e analisi dei dati

Il data entry è stato effettuato con il software EpiData, versione 3.1, ed è stato seguito da una verifica della qualità del dato tramite analisi di congruenza.

Per l'analisi statistica sono stati utilizzati SPSS for Windows versione 13.0 e WinPEPI versione 9.4.

L'analisi è stata articolata in tre fasi.

- Analisi descrittiva con distribuzione della frequenza delle variabili.

- Valutazione della consistenza dei risultati tra gli item del questionario, nella sua interezza e nelle singole sezioni, con validazione dello strumento ("reliability analysis"). La validità interna del questionario è stata testata con l'Alpha di Cronbach.
- Analisi stratificata per valutare le associazioni tra le variabili e analisi multivariate tramite regressione logistica binaria.

Anche in questo studio si è scelto di analizzare le associazioni tra le variabili in funzione del consumo di alcol, al fine di individuare eventuali associazioni tra il consumo di bevande alcoliche e le altre dimensioni indagate nel questionario. In questo studio è stato utilizzato il coefficiente di correlazione per ranghi di Spearman (ρ). Questo test ha lo scopo di verificare un'associazione tra due variabili con valori crescenti. Quando il valore di questo test è positivo al crescere di un valore cresce anche l'altro, quando è negativo al crescere di uno l'altro diminuisce. La forza delle associazioni fra due variabili è stata stimata con gli Odds Ratio e i Generalized Odds Ratio, riportati con i rispettivi intervalli di confidenza al 95%.

Risultati

Su un totale di 106 autoscuole presenti nel territorio della provincia di Treviso, 22 hanno aderito allo studio. In totale i questionari raccolti sono 344. 88 questionari sono stati esclusi perchè compilati da allievi non nati negli anni 1990-1991. L'analisi è stata effettuata su 256 questionari.

Parte descrittiva

Informazioni anagrafiche e personali

La maggioranza del campione (88%, 225 giovani) è nata nel 1991. Il 52% (134) sono femmine, il 47% (121) maschi (1 non risponde). Il 38% (98) è residente al di fuori dell'Azienda ULSS 9. Nel territorio dell'Az. ULSS 9 la distribuzione non è omogenea: il 27% (69) risiede nel distretto n.2, il 23% (59) nel n.1, l'11% (29) nel n.3 e solo un giovane nel n.4.

Oltre tre quarti frequentano la scuola superiore (77%, 196).

La quasi totalità, 89% (228) ha padre e madre di nazionalità italiana, il 7% (19) entrambi stranieri e il 4% (9) è figlio di una coppia mista. L'81% (207) dichiara di vivere con entrambi i genitori, il 16% (40) con un solo genitore e il 4% (9) non vive con i genitori (Tab. 4.2-1).

Tabella 4.2-1. Figure conviventi

	N	%
madre	241	94,1
padre	213	83,2
fratello/i – sorella/e	197	77,0
altri parenti (nonni, zii, cugini ecc.)	21	8,2
compagno/a del genitore	10	3,9
fidanzato/a – compagno/a – marito/moglie	3	1,2
altre persone non parenti	2	0,8
vivo da solo/a	1	0,4
figli	0	0,0

La tipologia familiare più diffusa è quella con tre figure conviventi (65%, 166), perlopiù padre, madre e fratelli.

Il consumo di bevande alcoliche

I consumi dichiarati

La quasi totalità (225, 88% del campione e 91% dei 247 rispondenti all'intero test) ha bevuto almeno ogni tanto bevande alcoliche, l'88% delle femmine e il 93% dei maschi. L'87%, (222, 89% dei 249 rispondenti) ha bevuto almeno ogni tanto bevande alcoliche in base al primo item del test AUDIT-C. Lo fa l'86% delle femmine e il 92% dei maschi. Circa il 20% delle ragazze consuma bevande alcoliche più di 2 volte a settimana.

Più della metà dei giovani ha fatto "binge drinking" (146, 58% dei 251 rispondenti), il 49% delle femmine e il 59% dei maschi. L'8% delle ragazze lo fa almeno un paio di volte al mese.

Le risposte ai singoli item e il punteggio complessivo del test sono riportati nelle tabelle seguenti. (Tab.4.2-2, Tab. 4.2-3, Tab.4.2-4, Tab.4.2-5).

Tabella 4.2-2. AUDIT-C item 1. Frequenza del consumo di bevande alcoliche

	femmine		maschi	
	N	%	N	%
mai	18	13,6	9	7,8
meno di 1 volta-1 volta al mese	27	20,5	20	17,2
2-4 volte al mese	61	46,2	43	37,1
2-3 volte a settimana	23	17,4	37	31,9
4 o più volte a settimana	3	2,3	7	6,0
totale rispondenti	132	100,0	116	100,0

Tabella 4.2-3. AUDIT-C item 2. Quantità consumate

	femmine		maschi	
	N	%	N	%
da 0 a 2 bicchieri	100	75,8	68	58,6
3 o 4 bicchieri	25	18,9	25	21,6
5 o 6 bicchieri	5	3,8	14	12,1
da 7 a 9 bicchieri	2	1,5	2	1,7
10 o più bicchieri	0	0,0	7	6,0
totale rispondenti	132	100,0	116	100,0

Tabella 4.2-4. AUDIT-C item 3. Frequenza del “binge drinking”

	femmine		maschi	
	N	%	N	%
mai	68	51,1	36	30,8
meno di 1 volta-1 volta al mese	55	41,4	46	39,3
2-4 volte al mese	10	7,5	23	19,7
2-3 volte a settimana	0	0,0	6	5,1
4 o più volte a settimana	0	0,0	6	5,1
totale rispondenti	133	100,0	117	100,0

Tabella 4.2-5. Test AUDIT-C. Punteggio complessivo

	femmine		maschi	
	N	%	N	%
0	14	10,7	8	7,0
1	19	14,5	13	11,3
2	38	29,0	13	11,3
3	21	16,0	15	13,0
4	21	16,0	27	23,5
5	7	5,3	12	10,4
6	10	7,6	11	9,6
7	0	0,0	6	5,2
8	1	0,8	3	2,6
9	0	0,0	2	1,7
10	0	0,0	2	1,7
11	0	0,0	1	0,9
12	0	0,0	2	1,7
totale rispondenti	131	100,0	115	100,0

Il punteggio complessivo del test è riportato con funzione esemplificativa^{xxxiii}.

^{xxxiii} Nei giovani tra i 18 e i 20 anni, l'Istituto Superiore di Sanità considera rischioso il consumo superiore a 1 U.A. giornaliera. Pertanto, la lettura del test appena descritta non è applicabile a questo campione

I consumi riferiti di bevande in famiglia

Secondo quanto riportato dai giovani, il vino si beve almeno una volta al giorno nel 31% delle famiglie, gli aperitivi alcolici/amari nel 7%, i superalcolici nel 5% (Tab. 4.2-6). La bevanda bevuta quotidianamente dal maggior numero di famiglie è il caffè (78%).

Tabella 4.2-6. Consumi di bevande riferiti in famiglia

	mai		meno di 1 volta a settimana		qualche volta a settimana		1 volta al giorno		più di 1 volta al giorno		totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
caffè	15	5,9	14	5,5	28	10,9	84	32,8	115	44,9	256	100,0
bibite/bevande gassate	19	7,5	52	20,4	73	28,6	46	18,0	65	25,5	255	100,0
latte	21	8,2	17	6,6	42	16,4	115	44,9	61	23,8	256	100,0
spremute di frutta	30	11,7	68	26,6	76	29,7	44	17,2	38	14,8	256	100,0
vino/birra	39	15,2	56	21,9	82	32	48	18,8	31	12,1	256	100,0
aperitivi alcolici/amari	78	30,5	93	36,3	67	26,2	11	4,3	7	2,7	256	100,0
superalcolici	131	51,4	72	28,2	38	14,9	7	2,7	7	2,7	255	100,0

Gli effetti del consumo di bevande alcoliche sugli atteggiamenti di una persona

Secondo il campione l'alcol ha effetti sulle sensazioni e i comportamenti di una persona. Non c'è però una predominanza rilevante di una o più valenze rispetto alle altre. Questo vale sia per gli effetti interpretabili come positivi, sia per quelli negativi. Ad esempio, secondo più del 40% è molto probabile che si facciano delle cose di cui ci si pente, e per il 34% che ci si senta male o storditi. Contemporaneamente, però, il 34%, pensa che sia molto probabile che ci senta più disinvolti, il 31% che ci si senta felici, il 28% che ci si diverta molto. Il 18% ritiene molto probabile che aumenti la capacità di godere del sesso. Tutte le risposte sono riportate nella tabella seguente (Tab. 4.2-7).

Tabella 4.2-7. Opinioni sugli effetti del consumo di bevande alcoliche in una persona

	per niente probabile		poco probabile		così così probabile		abbastanza probabile		molto probabile		totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
fa delle cose di cui dopo si pente	6	2,4	15	5,9	39	15,4	87	34,3	107	42,1	254	100,0
si sente disinvolta/o	13	5,1	10	3,9	44	17,3	100	39,4	87	34,3	254	100,0
si sente male	14	5,6	17	6,7	50	19,8	85	33,7	86	34,1	252	100,0
si sente stordita/o	8	3,2	17	6,7	47	18,6	96	37,9	85	33,6	253	100,0
è più indifesa/o	19	7,5	31	12,2	59	23,2	66	26,0	79	31,1	254	100,0
si sente felice	7	2,8	21	8,4	47	18,7	99	39,4	77	30,7	251	100,0
dimentica i suoi problemi	11	4,3	23	9,1	59	23,3	87	34,4	73	28,9	253	100,0
si diverte molto	8	3,2	17	6,7	68	26,9	89	35,2	71	28,1	253	100,0
sente meno i suoi dolori fisici	6	2,4	41	16,1	65	25,6	75	29,5	67	26,4	254	100,0
si sente più amichevole, disponibile	10	3,9	24	9,4	54	21,3	102	40,2	64	25,2	254	100,0
è irritabile, litiga	9	3,5	20	7,9	72	28,3	93	36,6	60	23,6	254	100,0
diventa violenta/o	13	5,1	23	9,1	66	26	94	37,0	58	22,8	254	100,0
aumenta la sua capacità di godere del sesso	39	15,4	50	19,8	70	27,7	49	19,4	45	17,8	253	100,0
sente aumentare la stima che ha di sé	21	8,3	45	17,7	82	32,3	64	25,2	42	16,5	254	100,0
si sente rilassata/o	31	12,3	44	17,5	72	28,6	73	29	32	12,7	252	100,0
non le/gli succede nulla	116	45,7	86	33,9	33	13	12	4,7	7	2,8	254	100,0

I determinanti della salute e del benessere

I fattori che contribuiscono al benessere ed alla salute di una persona

Secondo il campione, l'assenza di malattia, il lavoro e gli affetti sono le dimensioni della vita che possono maggiormente contribuire alla salute e al benessere di una persona. Ben tre quarti dei giovani, infatti, ritengono molto utile ricevere le cure adatte se si sta male. Circa due terzi affermano che sia molto utile non essere ammalati e avere un lavoro, oltre il 60% avere una famiglia, amare, star bene con gli altri. L'importanza del ruolo del lavoro è confermata dal fatto che c'è maggiore accordo (77%) sul fatto che non sia utile avere un lavoro stressante e mal retribuito. Il consumo di bevande alcoliche è considerato nel complesso utile dal 10% dei giovani che hanno risposto all'item, mentre per il 44% non è per niente utile.

Tutte le risposte sono riportate nella tabella che segue (Tab. 4.2-8).

Tabella 4.2-8. Opinioni sui fattori utili al benessere e alla salute di una persona

	per niente utile		poco utile		così così utile		abbastanza utile		molto utile		totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
avere le cure adatte se si sta male	2	0,8	1	0,4	9	3,5	49	19,2	194	76,1	255	100,00
non essere ammalati	3	1,2	4	1,6	24	9,4	52	20,3	173	67,6	256	100,00
avere un lavoro	0	0,0	3	1,2	11	4,3	76	29,7	166	64,8	256	100,00
avere una famiglia	3	1,2	6	2,3	23	9,0	62	24,2	162	63,3	256	100,00
amare	1	0,4	4	1,6	19	7,4	71	27,7	161	62,9	256	100,00
star bene con gli altri	0	0,0	1	0,4	12	4,7	84	32,8	159	62,1	256	100,00
riposare	1	0,4	4	1,6	17	6,6	75	29,3	159	62,1	256	100,00
essere tranquilli, sereni	4	1,6	5	2,0	21	8,2	67	26,3	158	62,0	255	100,00
essere contenti	3	1,2	2	0,8	11	4,3	91	35,8	147	57,9	254	100,00
essere sostenuti nel momento del bisogno	1	0,4	2	0,8	22	8,6	85	33,3	145	56,9	255	100,00
avere stili di vita sani	0	0,0	5	2,0	18	7,0	94	36,7	139	54,3	256	100,00
avere un'alimentazione sana	2	0,8	3	1,2	19	7,4	98	38,3	134	52,3	256	100,00
avere obiettivi	2	0,8	4	1,6	18	7,0	100	39,1	132	51,6	256	100,00
fare le cose che piacciono	2	0,8	5	2,0	27	10,6	101	39,6	120	47,1	255	100,00
vivere in un ambiente non inquinato	8	3,1	14	5,5	35	13,7	86	33,6	113	44,1	256	100,00
avere collaborazione e sostegno nel lavoro	2	0,8	4	1,6	28	10,9	124	48,4	98	38,3	256	100,00
fare sesso	6	2,4	17	6,7	55	21,6	91	35,7	86	33,7	255	100,00
sapersi accontentare	9	3,5	15	5,9	73	28,5	96	37,5	63	24,6	256	100,00
andare in vacanza	6	2,4	24	9,4	92	36,1	90	35,3	43	16,9	255	100,00
avere conoscenze mediche	4	1,6	31	12,2	98	38,4	94	36,9	28	11,0	255	100,00
partecipare ad eventi culturali e musicali	16	6,3	57	22,3	99	38,7	59	23	25	9,8	256	100,00
bere 2 bicchieri di bevande alcoliche al giorno	111	44,0	73	29,0	43	17,1	6	2,4	19	7,5	252	100,00
non avere un lavoro sicuro	157	61,6	67	26,3	16	6,3	7	2,7	8	3,1	255	100,00
fare un lavoro stressante e mal retribuito	197	77,3	37	14,5	14	5,5	3	1,2	4	1,6	255	100,00
abitare in una casa umida e di bassa qualità	164	64,6	64	25,2	19	7,5	4	1,6	3	1,2	254	100,00
essere poveri	135	53,4	86	34,0	24	9,5	6	2,4	2	0,8	253	100,00

Quasi tutti si ritengono abbastanza o molto d'accordo sul fatto che la salute di una persona dipenda dal suo comportamento (83%, 205 su 248) e dall'ambiente e dalla società in cui si vive (79%, 195 su 247). Solo un quinto, invece, è abbastanza o molto d'accordo che possa dipendere anche dall'ambiente e dalla società in cui si vive (21%, 51 su 248).

La soddisfazione della propria vita

C'è eterogeneità tra i giovani sul livello di soddisfazione o insoddisfazione delle varie dimensioni della propria vita: nessuna di esse sembra essere predominare rispetto alle altre. La percentuale più alta di "molto soddisfatti" (38%) si riscontra nel rapporto con i coetanei e nella vita sentimentale (34%). Tuttavia, per quanto riguarda la vita sentimentale, è presente anche un 14% che non si ritiene per niente soddisfatto (Tab. 4.2-9). Questa situazione variegata probabilmente è indice del fatto che nelle dimensioni indagate entrano in gioco dinamiche soggettive e ambientali, articolate e non generalizzabili.

Tabella 4.2-9. Soddisfazione del vissuto

	per niente soddisfatto		poco soddisfatto		così così soddisfatto		abbastanza soddisfatto		molto soddisfatto		totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
il rapporto con i giovani della mia età	6	2,4	11	4,4	34	13,5	105	41,7	96	38,1	252	100,0
la mia vita sentimentale	36	14,2	32	12,6	46	18,2	53	20,9	86	34,0	253	100,0
la mia salute in questo periodo	8	3,2	9	3,6	33	13,0	128	50,6	75	29,6	253	100,0
il rapporto con i miei genitori	10	4,0	21	8,3	44	17,4	103	40,7	75	29,6	253	100,0
i miei interessi nel tempo libero	11	4,3	33	13,0	66	26,1	79	31,2	64	25,3	253	100,0
il mio aspetto fisico	14	5,5	28	11,1	69	27,3	99	39,1	43	17,0	253	100,0
la mia situazione scolastica/lavorativa	21	8,4	35	13,9	73	29,1	81	32,3	41	16,3	251	100,0
la situazione economica familiare	9	3,6	24	9,5	68	26,9	115	45,5	37	14,6	253	100,0
il paese/città dove abito	30	11,9	32	12,6	71	28,1	85	33,6	35	13,8	253	100,0
la mia situazione economica	12	4,7	26	10,3	86	34,0	105	41,5	24	9,5	253	100,0

I determinanti di salute in gravidanza e le gravidanze nelle coetanee

I fattori che contribuiscono alla salute della donna incinta e del bambino

Oltre tre quarti del campione pensano che fare controlli medici opportuni e riposare siano comportamenti molto utili per la salute e il benessere della donna incinta e del bambino. Il fumo non è ritenuto per niente utile dal 74%, il consumo di 1-2 bicchieri di vino o birra dal 59%. Il 6% afferma che il consumo quotidiano di un po' di alcol sia utile alla salute in gravidanza (Tab. 4.2-10).

Tabella 4.2-10. Opinioni sui fattori utili al benessere e alla salute in gravidanza

	per niente utile		poco utile		così così utile		abbastanza utile		molto utile		totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
fare i controlli medici opportuni	3	1,2	2	0,8	11	4,3	39	15,2	201	78,5	256	100,0
riposare	0	0,0	4	1,6	7	2,7	51	19,9	194	75,8	256	100,0
fare un po' di attività fisica adatta alla sua condizione	5	2,0	11	4,3	33	13,0	101	39,8	104	40,9	254	100,0
coltivare i propri hobby/interessi	2	0,8	12	4,7	46	18,0	116	45,3	80	31,3	256	100,0
bere latte	9	3,5	20	7,8	77	30,2	79	31,0	70	27,5	255	100,0
avere una vita sessuale	26	10,2	45	17,6	86	33,6	55	21,5	44	17,2	256	100,0
curare il proprio corpo (parrucchiere ecc.)	28	11,0	44	17,3	75	29,4	75	29,4	33	12,9	255	100,0
stare a dieta	70	27,3	62	24,2	62	28,5	33	12,9	18	7,0	256	100,0
fumare 1 sigaretta ogni tanto	189	73,8	37	14,5	15	5,9	15	1,6	11	4,3	256	100,0
bere 1-2 caffè al giorno	81	31,6	95	37,1	60	23,4	11	4,3	9	3,5	256	100,0
concedersi 1-2 bicchieri di vino o birra al giorno	150	58,6	64	25,0	26	10,2	8	3,1	8	3,1	256	100,0
bere qualche aperitivo o cocktail nei fine settimana	141	55,1	71	27,7	29	11,3	9	3,5	6	2,3	256	100,0
mangiare carne cruda	102	40,0	72	28,2	57	22,4	19	7,5	5	2,0	255	100,0

Le gravidanze nelle coetanee

Circa la metà del campione, il 46% (118) dichiara di conoscere almeno una coetanea che ha avuto una gravidanza indesiderata (il 52%, 133, no). Ciò non è peculiare di un'area territoriale: infatti, ne conoscono il 42% di coloro che abitano fuori Az.ULSS (41 su 98), il 46% dei giovani che abitano nel distretto n.1 (27 su 59), il 52% nel distretto 2 (36 su 69), il 45% nel distretto 3 (13 su 29) e l'unico che abita nel distretto n.4.

Sono più le femmine ad averne contatto (55%, 74 su 134) dei maschi (36%, 43 su 121).

Validazione

La valutazione della consistenza interna dei diversi blocchi di item qualitativi è riportata nella tabella sottostante. Le parti che superano il valore 0,7 sono: la soddisfazione per la propria vita, il test AUDIT-C, i fattori generali che contribuiscono alla salute e al benessere (Tab. 4.2-11).

Gli altri item indagano le differenti dimensioni in maniera meno unitaria.

Tabella 4.2-11. Validazione

	Alpha di Cronbach	item (N)
soddisfazione della propria vita	0,774	10
AUDIT-C	0,729	3
fattori generali della salute	0,721	26
effetti del consumo di alcol	0,686	16
fattori della salute in gravidanza	0,651	13
consumi di bevande in famiglia	0,537	7
cause di una gravidanza indesiderata nelle coetanee	0,264	4
locus	0,197	3

Parte analitica

L'analisi dei dati ottenuti si presta a diversi approfondimenti. Sono state utilizzate specifiche tecniche di analisi stratificata. Ai fini dello studio, si è scelto di analizzare le associazioni tra le variabili che indagano il consumo di bevande alcoliche e tutte le altre variabili del questionario. Anche in questo caso, è stato possibile individuare delle caratteristiche peculiari dei giovani che bevono bevande alcoliche rispetto a quelli che non ne bevono. Le peculiarità individuate sono presentate nei paragrafi seguenti.

Il rapporto tra aspetti anagrafici, familiari e l'uso di alcol

Il consumo di bevande alcoliche è più diffuso e maggiore nei maschi, che hanno una probabilità doppia rispetto alle coetanee di avere un punteggio totale più alto nel test AUDIT-C. (GOR 2,119, IC95% 1,490-3,014). Considerando singolarmente le tipologie di consumo contemplate nel test, si osserva come la differenza tra maschi e femmine sia evidente soprattutto nel caso della frequenza "binge drinking" e delle quantità consumate in una giornata tipo piuttosto che nella frequenza regolare del consumo.

Infatti, i maschi hanno una probabilità doppia delle femmine di fare "binge drinking" (GOR 2,697, IC95% 1,742-4,177) e di bere quantità maggiori (GOR 2,284, IC95% 1,392-3,749) e superiore del 78% di consumare regolarmente alcol più spesso rispetto alle coetanee (GOR 1,782, IC 95% 1,203-2,640).

Un secondo fattore anagrafico associato all'uso di alcol è la nazionalità italiana. I giovani, maschi e femmine, che hanno entrambi i genitori italiani hanno quasi il triplo di probabilità di consumare più spesso bevande alcoliche rispetto ai coetanei con entrambi i genitori stranieri (GOR 2,921, IC95% 1,320-6,466).

Un terzo aspetto da considerare è il legame tra il consumo di alcol del campione e il consumo di alcol riferito nel proprio nucleo familiare. Il punteggio complessivo del test AUDIT-C è associato alla frequenza del consumo di superalcolici, di aperitivi alcolici/amari e di vino/birra. Questa associazione significativa è riscontrata sia nel complesso, sia considerando singolarmente i tre item. I valori delle associazioni, significative o meno, sono riportati nella tabella seguente (Tab. 4.2-12).

Tabella 4.2-12. Associazione tra consumi di bevande riferiti in famiglia e punteggi del test AUDIT-C

		AUDIT1 frequenza	AUDIT2 quantità	AUDIT3 binge	AUDIT totale
caffè	rho	0,122	0,006	0,103	0,091
	p	0,055	0,926	0,102	0,156
	N	249	249	251	247
vino/birra*	rho	0,392	0,156	0,320	0,362
	p	0,000*	0,014*	0,000*	0,000*
	N	249	249	251	247
bibite*	rho	0,183	0,106	0,183	0,214
	p	0,004*	0,097	0,004*	0,001*
	N	248	248	250	246
latte	rho	-0,012	-0,024	0,091	0,044
	p	0,854	0,704	0,150	0,496
	N	249	249	251	247
aperitivi alcolici/amari*	rho	0,429	0,301	0,401	0,473
	p	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
	N	249	249	251	247
spremute	rho	-0,066	-0,112	-0,014	-0,059
	p	0,299	0,079	0,824	0,356
	N	249	249	251	247
superalcolici*	rho	0,423	0,348	0,404	0,486
	p	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
	N	248	248	250	246

* associazioni statisticamente significative: $p < 0,05$

Un'associazione significativa e positiva è presente anche tra il consumo di alcol da parte del campione e il consumo in famiglia di bibite. Tale associazione però è nel complesso più debole.

L'uso di alcol e le opinioni sugli effetti in una persona

Rispetto alle opinioni sulle sensazioni e i comportamenti derivanti dal consumo di bevande alcoliche, c'è un'associazione significativa e positiva tra tutte le fattispecie di consumo di alcol e le seguenti conseguenze: "si diverte molto", "è più rilassato", "si sente più amichevole e disponibile", "si sente felice". "Sentirsi disinvolto" è associato positivamente alla frequenza del consumo (AUDIT-C 1). Il "binge drinking" è associato positivamente anche al sentire meno il dolore fisico, all'aumento dell'autostima e della capacità di godere del sesso (Tab. 4.2-13).

Tabella 4.2-13. Associazioni tra punteggi degli item del test AUDIT e opinioni sugli effetti dell'alcol in una persona

		AUDIT1 fre- quenza	AUDIT2 quantità	AUDIT3 binge	AUDIT totale
si sente rilassata/o*	rho	0,259	0,212	0,171	0,275
	p	0,000*	0,001*	0,007*	0,000*
	N	247	247	249	245
si sente disinvolta/o*	rho	0,135	0,037	0,063	0,110
	p	0,033*	0,567	0,322	0,085
	N	248	248	250	246
è irritabile, litiga	rho	-0,080	-0,019	-0,017	-0,059
	p	0,209	0,766	0,787	0,359
	N	248	248	250	246
si sente felice*	rho	0,156	0,153	0,163	0,198
	p	0,014*	0,016*	0,010*	0,002*
	N	246	246	248	244
fa delle cose di cui si pente	rho	0,048	-0,100	0,027	-0,006
	p	0,451	0,115	0,669	0,932
	N	248	248	250	246
diventa violenta/o	rho	-0,100	-0,122	-0,073	-0,109
	p	0,115	0,055	0,253	0,087
	N	248	248	250	246
dimentica i problemi	rho	0,099	0,038	0,110	0,087
	p	0,119	0,553	0,083	0,174
	N	248	248	250	246
non le/gli accade nulla*	rho	0,026	0,156	0,116	0,101
	p	0,680	0,014*	0,068	0,115
	N	248	248	250	246
si diverte molto*	rho	0,280	0,227	0,316	0,318
	p	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
	N	247	247	249	245
si sente più amichevole/disponibile*	rho	0,170	0,139	0,200	0,191
	p	0,007*	0,029*	0,001*	0,003*
	N	248	248	250	246
si sente stordita/o	rho	-0,039	-0,039	-0,033	-0,058
	p	0,539	0,547	0,606	0,366
	N	247	247	249	245
è più indifesa/o*	rho	-0,118	-0,150	-0,050	-0,135
	p	0,063	0,018*	0,429	0,034*
	N	248	248	250	246
si sente male*	rho	-0,172	-0,145	-0,107	-0,180
	p	0,007*	0,023*	0,093	0,005*
	N	247	247	249	245
aumenta la sua autostima*	rho	0,103	0,082	0,143	0,131
	p	0,105	0,196	0,024*	0,040*
	N	248	248	250	246
aumenta la capacità di godere del sesso	rho	0,017	0,018	0,133	0,078
	p	0,785	0,780	0,036*	0,221
	N	247	247	249	245
sente meno il dolore fisico*	rho	0,080	0,063	0,218	0,148
	p	0,211	0,321	0,001*	0,020*
	N	248	248	250	246

* associazioni statisticamente significative: $p < 0,05$

I consumi di alcol, l'idea di salute e benessere e la soddisfazione della propria vita

Considerando i fattori che contribuiscono o meno alla salute e al benessere di una persona, il punteggio totale del test AUDIT-C è associato in modo significativo ad un punteggio più alto ai seguenti aspetti: bere 2 bicchieri di bevande alcoliche al giorno e fare sesso. In entrambi i casi l'associazione è significativa e positiva per tutte gli item del test AUDIT-C.

Sono presenti associazioni più deboli ma comunque significative anche con "andare in vacanza" e "non avere un lavoro sicuro". Per quanto riguarda l'andare in vacanza, l'associazione è significativa solo nel caso del punteggio complessivo e delle quantità consumate in una giornata tipo. La frequenza del "binge drinking", da sola, è associata positivamente anche al punteggio dato all'avere un lavoro stressante e mal retribuito.

Sono invece associati in maniera significativa ma inversa al punteggio totale del test AUDIT (quindi ad un aumento del consumo corrisponde un punteggio più basso attribuito al singolo fattore di salute): "avere un'alimentazione sana", "essere tranquilli e sereni", "vivere in un ambiente non inquinato", "essere sostenuti nel momento del bisogno", "avere collaborazione e sostegno nel lavoro", "avere stili di vita sani". Si tratta comunque di associazioni abbastanza deboli.

I valori delle associazioni sono riportati nella tabella seguente (Tab. 4.2-14).

Tabella 4.2-14. Associazioni tra utilità attribuita ai fattori del benessere e della salute di una persona e consumi dichiarati di alcol

		AUDIT1 frequenza	AUDIT2 quantità	AUDIT3 binge	AUDIT totale
avere un lavoro	rho	-0,029	0,042	0,051	0,010
	p	0,648	0,508	0,418	0,874
	N	249	249	251	247
avere un'alimentazione sana*	rho	-0,143	-0,145	-0,086	-0,155
	p	0,024*	0,022*	0,173	0,015*
	N	249	249	251	247
essere tranquilli, sereni	rho	-0,067	-0,107	-0,105	-0,125
	p	0,292	0,093	0,098	0,050
	N	248	248	250	246
essere poveri	rho	-0,009	0,013	0,040	0,013
	p	0,886	0,842	0,530	0,836
	N	246	246	248	244
andare in vacanza*	rho	0,124	0,182	0,120	0,164
	p	0,051	0,004*	0,058	0,010*
	N	248	248	250	246
partecipare ad eventi culturali e musicali	rho	-0,029	0,022	0,042	0,024
	p	0,647	0,731	0,511	0,710
	N	249	249	251	247
vivere in un ambiente non inquinato*	rho	-0,129	-0,180	-0,030	-0,125
	p	0,042*	0,004*	0,641*	0,050*
	N	249	249	251	247
avere cure adatte se si sta male*	rho	0,023	-0,140	-0,056	-0,084
	p	0,721	0,028*	0,377	0,187
	N	249	249	251	247
avere un lavoro stressante e mal retribuito*	rho	-0,017	0,114	0,129	0,086
	p	0,795	0,072	0,042*	0,180
	N	248	248	250	246
star bene con gli altri	rho	-0,022	-0,043	0,004	-0,026
	p	0,726	0,504	0,953	0,685
	N	249	249	251	247
avere conoscenze mediche	rho	-0,121	0,028	0,043	-0,048
	p	0,057	0,657	0,493	0,456
	N	249	249	251	247
bere 2 bicchieri di bevande alcoliche al giorno*	rho	0,348	0,249	0,304	0,388
	p	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
	N	246	246	248	244
fare le cose che piacciono	rho	0,076	0,047	0,109	0,086
	p	0,236	0,465	0,084	0,179
	N	248	248	250	246
amare*	rho	-0,129	-0,088	-0,040	-0,105
	p	0,042*	0,168	0,528	0,101
	N	249	249	251	247
abitare in una casa umida e di bassa qualità	rho	0,049	0,172	0,100	0,097
	p	0,443	0,007*	0,116	0,131
	N	248	248	250	246
essere sostenuti nel momento del bisogno*	rho	-0,095	-0,190	-0,119	-0,155
	p	0,136	0,003*	0,060	0,015*
	N	248	248	250	246
avere una famiglia	rho	-0,046	0,008	-0,009	-0,025
	p	0,468	0,904	0,889	0,701
	N	249	249	251	247
non essere ammalati	rho	-0,100	-0,088	-0,051	-0,090
	p	0,114	0,164	0,418	0,157
	N	249	249	251	247
avere obiettivi	rho	-0,100	-0,086	-0,014	-0,083
	p	0,115	0,177	0,822	0,192
	N	249	249	251	247
fare sesso*	rho	0,244	0,279	0,252	0,315
	p	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
	N	248	248	250	246
sapersi accontentare	rho	0,012	0,031	0,033	0,007
	p	0,856	0,624	0,597	0,908
	N	249	249	251	247
non avere un lavoro sicuro	rho	0,141	0,169	0,118	0,170
	p	0,026*	0,008*	0,061	0,008*
	N	248	248	250	246
essere contenti	rho	0,019	-0,078	0,001	-0,006
	p	0,762	0,225	0,983	0,923
	N	247	247	249	245
avere sostegno nel lavoro*	rho	-0,117	-0,191	-0,096	-0,161
	p	0,065	0,002*	0,131	0,011*
	N	249	249	251	247
avere stili di vita sani*	rho	-0,190	-0,138	-0,080	-0,154
	p	0,003*	0,029*	0,208	0,015*
	N	249	249	251	247
riposare*	rho	-0,094	-0,143	-0,026	-0,105
	p	0,139	0,024*	0,677	0,100
	N	249	249	251	247

* associazioni statisticamente significative: $p < 0,05$

Il consumo di alcol non associato alla percezione interna ed esterna dei fattori che influenzano la salute di una persona (locus).

Essere consumatori di bevande alcoliche non è associato ad una maggiore soddisfazione per la propria vita. È presente solo una debole associazione tra la frequenza del consumo e la soddisfazione della situazione economica familiare. C'è un'associazione significativa, ma inversa, tra l'uso di alcol e il livello di soddisfazione per le situazioni scolastica/lavorativa e per la propria salute. Altre associazioni inverse sono presenti rispetto al rapporto con i genitori e agli interessi nel tempo libero, sempre deboli e relative solo ad alcuni item del test (Tab.4.2-15).

Tabella 4.2-15. Associazioni tra il livello di soddisfazione del vissuto e il consumo di alcol

		AUDIT1 frequenza	AUDIT2 quantità	AUDIT3 binge	AUDIT totale
salute*	rho	-0,229	-0,116	-0,142	-0,182
	p	0,000*	0,069	0,025*	0,004*
	N	247	247	249	245
situazione economica personale	rho	-0,041	-0,054	-0,087	-0,076
	p	0,518	0,400	0,173	0,236
	N	247	247	249	245
rapporto i con coetanei	rho	0,103	0,049	0,099	0,111
	p	0,106	0,442	0,122	0,084
	N	246	246	248	244
rapporto con i genitori*	rho	-0,119	-0,106	-0,101	-0,127
	p	0,061	0,097	0,110	0,047*
	N	247	247	249	245
situazione scolastica/lavorativa*	rho	-0,114	-0,186	-0,251	-0,210
	p	0,074	0,004*	0,000*	0,001*
	N	245	245	247	243
situazione economica familiare*	rho	0,153	-0,088	0,061	0,068
	p	0,016*	0,166	0,338	0,289
	N	247	247	249	245
vita sentimentale	rho	-0,081	-0,101	-0,043	-0,069
	p	0,202	0,114	0,504	0,283
	N	247	247	249	245
aspetto fisico	rho	0,017	0,070	0,028	0,037
	p	0,793	0,276	0,659	0,561
	N	247	247	249	245
interessi nel tempo libero*	rho	-0,041	-0,167	-0,079	-0,080
	p	0,516	0,009*	0,214	0,212
	N	247	247	249	245
paese/città in cui vivo	rho	0,022	-0,006	-0,051	0,005
	p	0,729	0,929	0,427	0,934
	N	247	247	249	245

* associazioni statisticamente significative: $p < 0,05$

L'uso di alcol, i determinanti della gravidanza sana e le gravidanze indesiderate

Il punteggio del test AUDIT-C è associato ad un'opinione più positiva nei confronti del consumo in gravidanza di 1-2 bicchieri di bevande alcoliche al giorno, del consumo di qualche aperitivo o cocktail nei fine settimana del fumo di sigarette.

Nei primi due casi l'associazione tra i punteggi è significativa e positiva per tutti gli item del test, mentre l'associazione con il fumo di sigaretta è più debole e significativa solo nel caso del punteggio complessivo e del consumo regolare.

È presente anche un'associazione significativa e inversa, tra il punteggio di AUDIT e il punteggio attribuito all'utilità di fare controlli dal medico (Tab.4.2-16).

Tabella 4.2-16. Associazioni tra punteggio degli item del test AUDIT-C e fattori di salute in gravidanza

		AUDIT1 frequenza	AUDIT2 quantità	AUDIT3 binge	AUDIT totale
curare il proprio corpo	rho	-0,011	0,017	0,043	0,006
	p	0,860	0,789	0,503	0,931
	N	248	248	250	246
mangiare carne cruda	rho	0,148	0,094	0,035	0,111
	p	0,020	0,140	0,578	0,083
	N	248	248	250	246
fare attività fisica	rho	0,011	-0,024	0,030	-0,002
	p	0,865	0,704	0,640	0,980
	N	247	247	249	245
bere 1-2 bicchieri di bevande alcoliche al giorno*	rho	0,168	0,189	0,196	0,223
	p	0,008*	0,003*	0,002*	0,000*
	N	249	249	251	247
fare controlli medici*	rho	-0,046	-0,151	-0,094	-0,134
	p	0,474	0,017*	0,138	0,036
	N	249	249	251	247
bere 1-2 caffè al giorno	rho	0,056	0,068	0,007	0,073
	p	0,383	0,282	0,909	0,250
	N	249	249	251	247
coltivare hobby/interessi	rho	0,015	-0,028	0,042	0,023
	p	0,810	0,661	0,509	0,718
	N	249	249	251	247
bere latte	rho	-0,030	-0,004	0,047	-0,011
	p	0,634	0,953	0,455	0,861
	N	248	248	250	246
bere qualche aperitivo/cocktail nel fine settimana*	rho	0,154	0,138	0,201	0,225
	p	0,015	0,030	0,001	0,000
	N	249	249	251	247
riposare	rho	0,034	-0,106	0,031	-0,026
	p	0,594	0,097	0,623	0,683
	N	249	249	251	247
avere una vita sessuale	rho	0,105	0,120	0,089	0,105
	p	0,098	0,059	0,159	0,099
	N	249	249	251	247
stare a dieta	rho	0,016	-0,010	-0,004	0,006
	p	0,798	0,881	0,947	0,920
	N	249	249	251	247
fumare 1 sigaretta ogni tanto*	rho	0,167	0,099	0,108	0,173
	P	0,008*	0,118	0,087	0,006*
	N	249	249	251	247

*associazioni statisticamente significative: $p < 0,05$

Non ci sono, invece, associazioni significative tra il consumo di alcol e l'attribuzione di un punteggio più alto all'utilità di avere una vita sessuale in gravidanza, la conoscenza di coetanee con gravidanze indesiderate, le opinioni sulle cause delle gravidanze non previste nelle giovani.

Discussione

Considerazioni metodologiche

Lo studio presenta delle criticità che limitano la possibilità di generalizzare i risultati. Per prima cosa, è stato somministrato ad un campione non rappresentativo di giovani, anche se eterogeneo. Infatti, il campione è stato selezionato in base alla libera adesione delle autoscuole. Inoltre, il campione non è omogeneo dal punto di vista territoriale, in quanto buona parte dei partecipanti non risiede nell'area dell'Az. ULSS n.9, mentre solo un giovane vive nel distretto n. 4, che è il più esteso dell'azienda sanitaria.

Il questionario si conferma comunque uno strumento utile ad indagare in modo approfondito diverse dimensioni della vita del campione, rilevando la prospettiva soggettiva e permettendo di effettuare differenti ipotesi di approfondimento, anche se non tutte riportate in questa sede.

La versione del test AUDIT-C utilizzata nello studio ha una buona validità interna (Alpha di Cronbach 0,729).

Considerazioni sui risultati

Con il questionario sono stati raccolti molti dati. I risultati di maggiore interesse per la ricerca sono di seguito riassunti.

- Quasi tutto il campione beve bevande alcoliche. Le ragazze che consumano alcol almeno ogni tanto sono l'88%; il 49% fa "binge drinking".
- Il consumo di bevande alcoliche è associato ad un'opinione più favorevole nei confronti dell'alcol. I ragazzi che bevono sono maggiormente propensi a ritenere l'alcol più utile alla salute gravidanza, anche se solo il 6% pensa che 1-2 bicchieri al giorno facciano bene alla salute della donna e del bambino. I giovani, maschi e femmine, che bevono bevande alcoliche ritengono più probabile che l'alcol permetta di divertirsi, di essere più rilassati, più amichevoli e disponibili, di sentirsi felici. È più probabile,

anche, che chi beve ritenga più utile alla salute fare sesso. L'uso di alcol, invece, non sembra influenzare positivamente la soddisfazione per la propria vita. Anzi, chi beve bevande alcoliche sembra essere meno soddisfatto della propria situazione scolastica e lavorativa e della propria salute.

Considerazioni operative

I risultati dello studio suggeriscono che i giovani siano un target da considerare nella prevenzione del FASD in una prospettiva di salute pubblica e di empowerment della comunità. Poiché la maggioranza beve almeno ogni tanto bevande alcoliche, maschi e femmine, è ragionevole chiedersi in quale modo sensibilizzare questo target in previsione delle future gravidanze. Il dato che più spinge a riflettere è la presenza di un numero di giovani donne che pratica il "binge drinking", anche se sporadicamente. Può essere importante aumentare la consapevolezza su questo comportamento, affinché non sia messo in atto nelle fasi iniziali di gravidanza, quando non si è ancora consapevoli di essere incinte.

A livello operativo, si può ipotizzare che la sensibilizzazione dei giovani possa essere parte in un progetto ampio e integrato di promozione della salute riproduttiva. Come già ribadito nelle considerazioni relative agli adolescenti, la sensibilizzazione sugli effetti del consumo di alcol in gravidanza potrebbe essere degli ambiti di intervento in un approccio multilivello di tutela della salute materno-infantile.

Tra le strategie di prevenzione che possono essere avviate da un'azienda sanitaria, può essere implementato un coinvolgimento nell'azione educativa di professionisti della linea nascita e dell'età evolutiva, in sinergia con altre figure professionali dell'area giovani. Questa sinergia potrebbe permettere di evitare che la questione assuma connotazioni stigmatizzanti. La trasversalità operativa di queste figure professionali può contribuire a mettere in relazione i giovani ed altre fasce di popolazione nel territorio. I giovani potrebbero essere coinvolti, insieme ad altri settori della comunità, in una riflessione attiva sulle strategie di promozione della genitorialità.

4.3 - Donne in gravidanza

L'ultimo studio realizzato e descritto nel presente lavoro è rivolto alle donne in gravidanza.

Gli obiettivi sono:

- rilevare i consumi dichiarati di bevande alcoliche
- raccogliere informazioni sulle opinioni relative alla salute in gravidanza
- raccogliere informazioni sulle opinioni relative alla salute in generale
- rilevare le fonti e il tipo di informazioni ricevute sul rapporto tra alcol e gravidanza
- individuare i determinanti del consumo di bevande alcoliche.

Materiali e metodi

Lo studio è di tipo descrittivo osservazionale. Il target sono le donne in gravidanza che si presentano nei punti nascita dell'Az. ULSS 9 per il monitoraggio ostetrico della 38esima settimana. Il campione è costituito dalla serie clinica di donne che hanno avuto accesso alle U.O. di Ginecologia e Ostetricia degli ospedali di Treviso (Ca' Foncello) ed Oderzo per un periodo di un mese, dal 07-04-2010 al 07-05-2010. La decisione di somministrare il questionario nel corso del monitoraggio della 38esima settimana è stata concordata con i coordinatori ostetrici delle U.O. coinvolte, per raggiungere una popolazione eterogenea di donne.

Questionario

Il questionario riprende la versione proposta agli adolescenti e ai giovani neo-maggiorescenti, con alcune modifiche.

Tra le domande sui fattori utili alla salute e al benessere di una persona è stato tolto l'item relativo al consumo di bevande alcoliche. Gli item relativi alla nazionalità, alla composizione familiare e agli aspetti di soddisfazione per la propria vita sono stati adattati al nuovo target di studio. Il locus e le domande relative alle gravidanze indesiderate sono stati tolti. È stato inserito un item sul titolo di studio.

Il test AUDIT-C è stato modificato in funzione del target. La versione utilizzata è tratta da uno studio svizzero²⁵².

Il primo item del test è stato ripetuto per rilevare la frequenza del consumo di bevande alcoliche prima della gravidanza. Nel secondo item del test AUDIT-C (quantità consumate in giornata tipo) è stata inserita l'opzione di risposta "0 bicchieri"^{xxxiv}

Infine, è stata inserita una sezione relativa alle informazioni sul rapporto tra alcol e gravidanza/allattamento.

Sono stati predisposti due gruppi di domande, in cui è chiesto di indicare se ricevono informazioni sul tema, di che tipo e da quali fonti. Questi item sono stati individuati dopo la consultazione di una ricerca canadese²⁵³.

La versione definitiva è composta da 105 item. Il questionario è in appendice (E).

Somministrazione

Il questionario è stato compilato in maniera autonoma e la somministrazione è stata curata dalle ostetriche/i presenti in reparto e addette/i ai monitoraggi. Prima dell'avvio dello studio, è stato effettuato un incontro preliminare con i professionisti coinvolti, nei quali sono state concordate le strategie di consegna e raccolta.

^{xxxiv} L'introduzione dell'alternativa di risposta "0 bicchieri" alla domanda: "Quanti bicchieri standard di bevande alcoliche consumi in media in una giornata quando bevi?" è funzionale a due obiettivi. 1). Permettere anche alle donne che non bevono di completare la compilazione del test. 2) Identificare una condizione di rischio nel caso in cui la donna risponda che beve 1-2 bicchieri, in quanto a questa opzione corrisponde non più un punteggio del test pari a 0, ma pari a 1

Data management e analisi dei dati

Il data-entry è stato fatto con EpiData, l'analisi con SPSS 13.0 e con WinPEPI 10.0. L'analisi è stata articolata in tre fasi.

- Analisi descrittiva di distribuzione di frequenza delle variabili.
- Valutazione della consistenza dei risultati tra gli item del questionario nelle sue sezioni.
- Analisi stratificata per valutare le associazioni tra le variabili e analisi multivariate tramite regressione logistica binaria.

Per verificare un'associazione tra due variabili con valori crescenti è stato utilizzato il coefficiente di correlazione per ranghi di Spearman (ρ). La forza delle associazioni fra due variabili è stata stimata con gli Odds Ratio e i Generalized Odds Ratio, riportati con i rispettivi intervalli di confidenza al 95%.

Risultati

Parte descrittiva

Sono stati compilati 228 questionari, il 70% all'ospedale di Treviso (160) e il 30% ad Oderzo (68) Non è stato rilevato alcun rifiuto.

Informazioni anagrafiche e personali

L'83% delle donne (189) è di nazionalità italiana, il 17% straniera (39). L'età è compresa tra i 20 e i 45 anni. L'età media di delle donne italiane è 34 anni (mean 34,1 dev. std 4,76), delle straniere 29 (mean 28,9 dev. std 4,48). 18 donne hanno meno di 25 anni, 14 più di 40. L'84% risiede nei comuni dell'Az.ULSS 9. La distribuzione è abbastanza uniforme tra i distretti: il 22% (51) nel distretto 1, il 24% (54) nel distretto 2, il 21% nel distretto 3 (47) e il 18% nel distretto 4 (36). Il 39% ha una diploma di scuola superiore quinquennale o equivalente conseguito all'estero, e il 26% ha un titolo universitario, il 18% ha un diploma di scuola superiore triennale o diploma professionale. Il 14% ha una licenza elementare o media inferiore e il 3% dichiara di non avere nessun titolo di studio (Tab. 4.3-1).

Tabella 4.3-1. Titolo di studio

	N	%
nessuno	6	2,6
licenza elementare o media inferiore/equivalente	32	14,0
diploma scuola media superiore (3 anni) o qualifica professionale/equivalente	40	17,5
diploma scuola media superiore (5 anni)/equivalente	89	39,0
titolo universitario/equivalente	60	26,3
non risponde	1	0,4
totale	228	100,0

Quasi tutte le donne (96%) convivono con il partner, circa la metà (47%) con figli. Solo 3 donne vivono sole. In 8 casi vi è la convivenza con altri parenti, in 6 con parenti del partner ed in 4 con bambini diversi dai figli (Tab. 4.3-2).

Tabella 4.3-2. Persone conviventi

	N	%
partner	219	96,1
figli	107	46,9
parenti	8	3,5
parenti del partner	6	2,6
bambini non parenti (es. figli del partner)	4	1,8
altre persone non parenti	0	0,0
vivo da sola	3	1,3

La composizione familiare più diffusa è quella con 1 sola differente figura convivente (50%, 115) o con 2 figure conviventi (44%, 101).

Il consumo di bevande alcoliche

Consumi dichiarati prima e durante la gravidanza

Un terzo delle donne dichiara di bere bevande alcoliche durante la gravidanza, indipendentemente dalla dose (33,7%, 74 su 220 donne che hanno compilato in maniera completa il test). Due terzi delle donne bevevano almeno ogni tanto bevande alcoliche prima della gravidanza (148 su 226, 65,5%). Circa la metà, quindi, delle donne consumatrici, (49,3%, 73 su 148) ha cessato il consumo durante la gravidanza. Nessuna ha iniziato a bere in gravidanza. Vi è un associazione positiva tra la frequenza con cui si consumano alcolici prima e durante la gravidanza (ρ 0,624 p 0,000). Un quinto, il 19,5% (44 su 225), ha consumato in gravidanza almeno ogni tanto intere unità alcoliche. Il 9,0%, 20 su 220, più di una volta al mese. In 4 casi c'è il maggior consumo continuativo dichiarato (1-2 unità alcoliche 2-3 volte alla settimana).

In 31 casi vi sono risposte apparentemente contraddittorie: cioè dichiarano di bere almeno ogni tanto bevande alcoliche, ma in quantità 0: probabilmente consumano quantità inferiori ad una unità alcolica, fattispecie non considerata dal test AUDIT. I risultati sono riportati nelle tabelle seguenti (Tab.4.3-3, Tab. 4.3-4, Tab. 4.3-5, Tab. 4.3-6, Tab. 4.3-7).

Tabella 4.3-3. Test AUDIT-C item 1. Frequenza del consumo di bevande alcoliche

	N	%	% sui rispondenti
mai	150	65,8	67,6
meno di 1 volta-1 volta al mese	43	18,9	19,4
2-4 volte al mese	25	11,0	11,3
2-3 volte a settimana	4	1,8	1,8
totale rispondenti	222	97,4	100,0
non risponde	6	2,6	
totale	228	100,0	

Tabella 4.3-4. Test AUDIT-C. item 2. Quantità consumate in giornata tipo

	N	%	% sui rispondenti
0	181	79,4	80,4
1 o 2 bicchieri	43	18,9	19,1
3 o 4 bicchieri	1	0,4	0,4
totale rispondenti	225	98,7	100,0
non risponde	3	1,3	
totale	228	100,0	

Tabella 4.4-5. Test AUDIT-C item 3. Frequenza del “binge drinking”

	N	%	% sui rispondenti
mai	219	96,1	96,9
meno di 1 volta-1 volta al mese	7	3,1	3,1
totale rispondenti	226	99,1	100,0
non risponde	2	0,9	
totale	228	100,0	

Sette casi (3,1%; IC95 1,28-6,42) dichiarano di aver fatto binge, comunque in maniera sporadica. Con una singola eccezione il “binge drinking” si accompagna al bere usuale.

Tabella 4.3-6: Test AUDIT-C. Punteggio complessivo^{xxxv}

	N	%	% sui rispondenti
0	146	64,0	66,4
1	25	11,0	11,4
2	26	11,4	11,8
3	18	7,9	8,2
4	5	2,2	2,3
totale rispondenti	220	96,5	100,0
non risponde	8	3,5	
totale	228	100,0	

Tabella 4.3-7. Frequenza del consumo di bevande alcoliche prima della gravidanza

	N	%	% sui rispondenti
mai	78	34,2	34,5
meno di 1 volta-1 volta al mese	50	21,9	22,1
2-4 volte al mese	72	31,6	31,9
2-3 volte a settimana	20	8,8	8,8
4 o più volte a settimana	6	2,6	2,7
totale rispondenti	226	99,1	100,0
non risponde	2	0,9	
totale	228	100,0	

Il consumo riferito di bevande in famiglia

Il caffè e il latte sono le bevande consumate più spesso nelle famiglie del campione. Tra le bevande alcoliche, il vino è quella che si riferisce si beva più frequentemente, con un consumo giornaliero nel 29% dei casi. Il consumo di aperitivi alcolici/amari e di superalcolici è un comportamento invece quasi esclusivamente occasionale (non giornaliero), e riguarda il 55% delle famiglie nel primo caso e il 24% nel secondo. Solo 4 donne dichiarano che nella propria famiglia si bevono ogni giorno aperitivi alcolici/amari, mentre in nessuna si consumano quotidianamente superalcolici (Tab. 4.3-8).

^{xxxv} Anche in questo caso, il punteggio complessivo è riportato solo a fini descrittivi, in quanto l'indice di rischio previsto dal test non è applicabile alle donne in gravidanza

Tabella 4.3-8. Frequenza del consumo di bevande in famiglia

	mai		meno di 1 volta a settimana		qualche volta a settimana		1 volta al giorno		più di 1 volta al giorno		totale	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
caffè	9	4,1	10	4,5	13	5,9	75	33,8	115	51,8	222	100,0
latte	10	4,5	8	3,6	21	9,5	105	47,7	76	34,5	220	100,0
bibite/bevande gassate	28	12,6	58	26,1	80	36,0	23	10,4	33	14,9	222	100,0
spremute di frutta fresca	19	8,5	60	26,9	73	32,7	44	19,7	27	12,1	223	100,0
vino/birra	31	13,9	50	22,4	77	34,5	44	19,7	21	9,4	223	100,0
aperitivi alcolici/amari	96	43,6	91	41,4	29	13,2	2	0,9	2	0,9	220	100,0
superalcolici	168	75,7	50	22,5	4	1,8	0	0,0	0	0,0	222	100,0

Le opinioni sugli effetti del consumo di alcol sugli atteggiamenti di una persona

Le risposte agli item relativi agli effetti del consumo di alcol sulle sensazioni e i comportamenti di una persona denotano opinioni diverse. Il 25% ritiene che una persona si senta più disinvolta, il 20% che dimentichi i suoi problemi, l'11% che si senta più felice e più disponibile, un 9% pensa che la persona sia più rilassata. Il 37% ritiene molto probabile che faccia delle cose di cui dopo si pente e che si senta male (Tab. 4.3-9).

Tabella 4.3-9. Effetti del consumo di alcol su sensazioni e comportamenti di una persona

	per niente probabile		poco probabile		così così probabile		abbastanza probabile		molto probabile		totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
si sente male	5	2,3	8	3,6	51	23,1	76	34,4	81	36,7	221	100,0
fa delle cose di cui dopo si pente	9	4,1	7	3,2	32	14,6	91	41,6	80	36,5	219	100,0
si sente stordita/o	8	3,7	12	5,6	35	16,3	90	41,9	70	32,6	215	100,0
è più indifesa/o	9	4,2	19	8,9	40	18,8	83	39,0	62	29,1	213	100,0
è irritabile, litiga	5	2,3	19	8,8	51	23,7	81	37,7	59	27,4	215	100,0
diventa violenta/o	9	4,1	16	7,3	51	23,4	83	38,1	59	27,1	218	100,0
si sente disinvolta/o	19	8,9	18	8,5	38	17,8	84	39,4	54	25,4	213	100,0
dimentica i suoi problemi	20	9,2	27	12,4	49	22,6	78	35,9	43	19,8	217	100,0
si sente più amichevole, disponibile e alla mano	17	7,8	37	17,1	63	29,0	76	35,0	24	11,1	217	100,0
si sente felice	23	10,6	31	14,2	62	28,4	79	36,2	23	10,6	218	100,0
si sente rilassata/o	38	17,6	46	21,3	57	26,4	56	25,9	19	8,8	216	100,0
sente meno i suoi dolori fisici	34	15,7	51	23,6	71	32,9	43	19,9	17	7,9	216	100,0
si diverte molto	21	9,7	44	20,4	71	32,9	64	29,6	16	7,4	216	100,0
sente aumentare la stima che ha di sé	43	20,2	33	15,5	72	33,8	50	23,5	15	7,0	213	100,0
non le/gli succede nulla	96	44,7	74	34,4	30	14,0	7	3,3	8	3,7	215	100,0
aumenta la sua capacità di godere del sesso	56	26,0	78	36,3	45	20,9	28	13,0	8	3,7	215	100,0

I determinanti della salute e del benessere

I fattori che contribuiscono alla salute e al benessere di una persona

Le risposte date dalle donne evidenziano opinioni nel complesso simili su quali siano i fattori più utili al benessere e alla salute di una persona. L'assenza di malattie, gli affetti, la tranquillità e la serenità e il benessere lavorativo sono le dimensioni ritenute più importanti. C'è sostanziale unanimità nel considerare molto utile alla salute "ricevere le cure adatte se si sta male" (95%), "avere una famiglia" (94%), "essere tranquilli e sereni" (90%), "amare" (90%) e "non essere ammalati" (88%), "essere sostenuti nel momento del bisogno" (84%) "avere un lavoro" (82%), "essere contenti" (81%), e nel non ritenere utile "fare un lavoro stressante e mal retribuito" (83%).

Altri aspetti ritenuti palesemente non utili sono l'abitare in una casa di bassa qualità (78%) e il non avere un lavoro sicuro (70%).

È invece presente una certa variabilità di opinione per quanto riguarda la partecipazione ad eventi culturali e musicali (35% delle donne lo ritiene così così utile), l'andare in vacanza (25%) e l'avere conoscenze mediche (25%). Alcune donne sono incerte sull'utilità di fare sesso (14%).

Tabella 4.3-10. Opinioni sui fattori utili al benessere e alla salute di una persona

	per niente utile		poco utile		così così utile		abbastanza utile		molto utile		totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
avere le cure adatte se si sta male	1	0,4	0	0,0	0	0,0	11	4,9	211	94,6	223	100,0
avere una famiglia	0	0,0	1	0,4	1	0,4	12	5,3	213	93,8	227	100,0
essere tranquilli, sereni	3	1,3	0	0,0	0	0,0	20	8,9	201	89,7	224	100,0
amare	0	0,0	1	0,4	2	0,9	20	8,9	201	89,7	224	100,0
non essere ammalati	6	2,7	3	1,3	0	0,0	17	7,6	199	88,4	225	100,0
essere sostenuti nel momento del bisogno	2	0,9	1	0,5	4	1,8	27	12,3	185	84,5	219	100,0
avere un'alimentazione sana	0	0,0	0	0,0	2	0,9	35	15,6	187	83,5	224	100,0
avere un lavoro	1	0,4	0	0,0	4	1,8	35	15,5	186	82,3	226	100,0
essere contenti	0	0,0	0	0,0	3	1,3	39	17,4	182	81,3	224	100,0
avere stili di vita sani	0	0,0	1	0,4	0	0,0	47	21,0	176	78,6	224	100,0
vivere in un ambiente non inquinato	3	1,4	1	0,5	3	1,4	47	21,5	165	75,3	219	100,0
star bene con gli altri	0	0,0	1	0,4	3	1,3	55	24,6	165	73,7	224	100,0
riposare	0	0,0	0	0,0	4	1,8	61	27,1	160	71,1	225	100,0
fare le cose che piacciono	0	0,0	1	0,4	8	3,6	69	30,8	146	65,2	224	100,0
avere obiettivi	0	0,0	2	0,9	10	4,5	86	38,4	126	56,3	224	100,0
avere collaborazione e sostegno nel lavoro	0	0,0	1	0,4	10	4,5	92	41,1	121	54,0	224	100,0
sapersi accontentare	1	0,5	4	1,8	17	7,7	92	41,4	108	48,6	222	100,0
fare sesso	0	0,0	4	1,8	31	14,0	118	53,4	68	30,8	221	100,0
avere conoscenze mediche	2	0,9	10	4,5	57	25,4	109	48,7	46	20,5	224	100,0
andare in vacanza	3	1,4	15	6,9	55	25,3	112	51,6	32	14,7	217	100,0
partecipare ad eventi culturali e musicali	7	3,2	14	6,3	77	34,7	103	46,4	21	9,5	222	100,0
non avere un lavoro sicuro	156	70,0	45	20,2	10	4,5	4	1,8	8	3,6	223	100,0
fare un lavoro stressante e mal retribuito	185	83,0	25	11,2	6	2,7	2	0,9	5	2,2	223	100,0
abitare in una casa umida e di bassa qualità	172	77,8	36	16,3	6	2,7	3	1,4	4	1,8	221	100,0
essere poveri	122	55,7	71	32,4	19	8,7	4	1,8	3	1,4	219	100,0

La soddisfazione del vissuto

La maggior parte delle donne si considera molto soddisfatta della propria vita sentimentale (78%) e del rapporto con i familiari (72%). C'è una soddisfazione complessiva anche del rapporto con amici e conoscenti (92% tra abbastanza e molto soddisfatte), della salute (89%) e della situazione economica della famiglia (77%): c'è invece maggiore variabilità rispetto alla situazione lavorativa, aspetto di cui il 10% si dichiara "per niente soddisfatta" (Tab. 4.3-11).

Tabella 4.3-11. Livello di soddisfazione del vissuto

	per niente soddisfatta		poco soddisfatta		così così soddisfatta		abbastanza soddisfatta		molto soddisfatta		totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
la mia vita sentimentale	1	0,5	1	0,5	3	1,4	42	19,1	173	78,6	220	100,0
il rapporto con i miei familiari	0	0,0	0	0,0	7	3,1	56	25,0	161	71,9	224	100,0
il rapporto con i miei amici e conoscenti	0	0,0	3	1,3	15	6,7	98	43,8	108	48,2	224	100,0
la mia salute in questo periodo	1	0,4	2	0,9	21	9,3	106	47,1	95	42,2	225	100,0
il paese/città dove abito	3	1,3	12	5,3	39	17,3	110	48,9	61	27,1	225	100,0
la mia situazione lavorativa (o scolastica se studio)	21	9,7	15	6,9	49	22,7	86	39,8	45	20,8	216	100,0
il mio aspetto fisico	0	0,0	11	4,9	61	27,4	115	51,6	36	16,1	223	100,0
la situazione economica della mia famiglia	6	2,7	10	4,5	34	15,5	136	61,8	34	15,5	220	100,0
i miei interessi nel tempo libero	13	5,8	38	17,0	69	30,8	75	33,5	29	12,9	224	100,0
la mia situazione economica	7	3,1	14	6,2	60	26,5	120	53,1	25	11,1	226	100,0

Le opinioni sui fattori utili alla salute di una donna incinta e del bambino

L'89% delle donne ritiene che fare i controlli medici opportuni sia molto utile alla salute e al benessere della futura mamma e del bambino. Anche riposare può aiutare molto la futura mamma (81%). Il fattore ritenuto più negativo è invece il fumo, che per il 90% non è per niente utile. Anche mangiare carne cruda (74%), bere aperitivi o cocktail nei week-end (72%) e bere 1-2 bicchieri di vino o birra al giorno (68%) non sono considerati comportamenti che fanno bene in gravidanza. Sul consumo quotidiano di alcol il 10% delle donne è incerta e solo 4 casi ritengono che sia utile.

Tabella 4.3-12. Opinioni sui fattori utili al benessere e alla salute in gravidanza

	per niente utile		poco utile		così così utile		abbastanza utile		molto utile		totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
fare i controlli medici opportuni	1	0,4	0	0,0	4	1,8	19	8,4	201	89,3	225	100,0
riposare	1	0,5	0	0,0	0	0,0	40	18,0	181	81,5	222	100,0
fare un po' di attività fisica adatta alla sua condizione	0	0,0	6	2,7	17	7,7	73	32,9	126	56,8	222	100,0
coltivare i propri hobby/interessi	4	1,8	7	3,1	15	6,7	108	48,4	89	39,9	223	100,0
bere latte	6	2,7	11	4,9	33	14,8	90	40,4	83	37,2	223	100,0
avere una vita sessuale	4	1,8	8	3,6	56	25,0	101	45,1	55	24,6	224	100,0
curare il proprio corpo (parrucchiere, estetista, massaggi, ecc.)	5	2,2	14	6,3	53	23,8	98	43,9	53	23,8	223	100,0
stare a dieta	36	16,1	41	18,4	63	28,3	70	31,4	13	5,8	223	100,0
mangiare carne cruda	165	74,0	36	16,1	18	8,1	2	0,9	2	0,9	223	100,0
bere qualche aperitivo o cocktail nei fine settimana	160	72,1	39	17,6	20	9,0	2	0,9	1	0,5	222	100,0
bere 1-2 caffè al giorno	72	32,3	77	34,5	51	22,9	22	9,9	1	0,4	223	100,0
concedersi 1-2 bicchieri di vino o birra al giorno	151	68,3	46	20,8	20	9,0	4	1,8	0	0,0	221	100,0
fumare una sigaretta ogni tanto	202	90,6	9	4,0	10	4,5	2	0,9	0	0,0	223	100,0

Le informazioni su “alcol e gravidanza”

Due terzi del campione (65%, 148) affermano d'aver avuto informazioni sulla questione dell'uso di alcol in gravidanza e allattamento (il 34%, 78 no, 2 non rispondono). La principale fonte di informazioni è il ginecologo (37%), la seconda sono Internet/TV/giornali (29%), la terza i corsi di preparazione al parto (25%). Al quarto posto si posizionano il medico di base e l'ostetrica (15%). Persone al di fuori dell'ambito sanitario hanno un ruolo limitato (14%). Il percorso di studio personale è marginale (2%). Il 2% (6 donne) afferma di aver ricevuto informazioni leggendo libri sulla gravidanza (Tab. 4.3-13).

Tabella 4.3-13. Fonti di informazioni su alcol e gravidanza e/o allattamento

	N	%	IC95%
ginecologo	85	37,3	22,7 - 34,8
internet, TV, giornali	65	28,5	9,4 - 18,7
ostetrica	35	15,4	19,1 - 30,7
medico di base	35	15,4	31 - 43,9
corsi in preparazione al parto	56	24,6	0,5 - 4,4
amici/parenti/conoscenti	31	13,6	7,3 - 14,1
convegni, percorsi di studio ecc.	4	1,8	2,1 - 7,9
altro personale sanitario	1	0,4	7,3 - 14,1
altro	10	4,4	0,0 - 2,4

Il 25% delle donne (57) ha ricevuto informazioni da un'unica fonte, il 18% (42) da due fonti diverse, l'11% (25) da tre fonti e l'11% (24) da almeno quattro fonti differenti.

Per quanto riguarda le tipologie di informazioni ricevute, al 32% delle donne è stato detto di evitare il più possibile di bere, al massimo un bicchiere ogni tanto, al 25% di evitare assolutamente di bere per tutta la gravidanza e al 7% di bere quantità moderate. Il 28% ha ricevuto l'informazione di evitare i superalcolici. Il 30% delle donne, inoltre, ha ricevuto informazioni sugli effetti sul feto e sul neonato (Tab.4.3-14).

Tabella 4.3-14. Informazioni ricevute

	N	%	IC95%
meglio evitare di bere bevande alcoliche, al massimo un bicchiere ogni tanto	73	32,0	26 - 38,5
evitare assolutamente di bere bevande alcoliche durante tutta la gravidanza	57	25,0	19,5 - 31,1
informazioni sugli effetti dannosi per la salute del feto e del neonato	68	29,8	24,0 - 36,2
evitare i superalcolici	64	28,1	22,3 - 34,4
bere quantità moderate (ad es. un bicchiere di vino o birra a pasto)	17	7,5	4,4 - 11,7
continuare a bere come prima della gravidanza	0	0,0	

Validazione

La validità interna del questionario è stata testata su 6 blocchi. I blocchi di items che superano lo 0,7 sono: i fattori generali del benessere e della salute, le opinioni sugli effetti dell'alcol (Tab. 4.3-15).

Tabella 4.3-15. Validazione

	Alpha di Cronbach	item (N)
effetti del consumo di alcol	0,791	16
fattori generali della salute	0,725	25
soddisfazione della propria vita	0,696	10
fattori della salute in gravidanza	0,568	13
AUDIT-C	0,565	3
consumi di bevande in famiglia	0,424	7

Parte analitica

L'analisi dei dati è stata articolata in due approfondimenti specifici.

- Individuare le caratteristiche delle donne che bevono bevande alcoliche in gravidanza, tramite analisi di associazione tra le differenti variabili del questionario;
- Individuare le associazioni tra le informazioni ricevute sul rapporto tra alcol e gravidanza/allattamento (tipo e fonti) e l'aumento o la diminuzione dei consumi nel campione.

I fattori associati al consumo di bevande alcoliche in gravidanza

La frequenza con cui le donne bevono bevande alcoliche è associata significativamente alle quantità consumate (ρ 0,679, p 0,000) e alla frequenza del consumo prima della gravidanza (ρ 0,624 p 0,000).

Le donne che bevono in gravidanza, inoltre, hanno un'opinione meno negativa nei confronti del consumo in gravidanza di 1-2 bicchieri di vino o birra (ρ 0,324, p 0,000) e di aperitivi (ρ 0,204 p 0,002).

Esse dichiarano un consumo di alcol più frequente nella famiglia, sia nel caso del vino e della birra (ρ 0,169, p 0,013) sia per quanto riguarda gli aperitivi (ρ 0,139 p 0,042) e i superalcolici (ρ 0,248, p 0,000).

Le donne consumatrici tendono ad associare meno l'alcol a comportamenti violenti (ρ -0,262, p 0,000), all'irritabilità (ρ -0,240, p 0,000), e allo star male (ρ -0,268 p 0,000), mentre sono più propense a pensare che non abbia effetti

(rho 0,148, p 0,033). Non sono state individuate associazioni statisticamente significative tra il consumo di alcol e le caratteristiche anagrafiche, le opinioni generali sulla salute e il benessere, la soddisfazione della propria vita. L'unico fattore demografico che potrebbe essere associato alla frequenza del bere è il vivere da sola, ma la bassa numerosità delle gravide che si trovano in tale condizione non permette di ottenere la significatività statistica (p 0,086). L'analisi dei fattori associati al "binge drinking" non è possibile a causa della bassa numerosità delle donne che dichiarano di mettere in pratica questo comportamento.

I fattori legati alla diminuzione dei consumi in gravidanza

Aver ricevuto informazioni di per sé, non è associato significativamente alla diminuzione dei consumi di bevande alcoliche in gravidanza (Kendall's tau-b 0,95 p 0,229). La diminuzione del consumo non è associata significativamente né alle singole fonti d'informazione, né al tipo di informazioni ricevute.

Considerando quali informazioni più corrette le seguenti tre opzioni di risposta: "evitare il più possibile di bere bevande alcoliche, evitare assolutamente di bere alcol, l'alcol danneggia il feto", le donne che hanno ricevuto almeno un'informazione ritenuta corretta sono l'87% delle 148 che hanno ricevuto informazioni (129), mentre il 13% (19) non ha ricevuto nemmeno un'informazione corretta. Confrontando chi ha ricevuto solo informazioni considerate corrette e chi ha ricevuto informazioni contrastanti non si trovano differenze significative rispetto alla diminuzione dei consumi (Mann-Whitney test for trend Z 0,38 p 0,702).

Età, nazionalità, distretto di residenza e titolo di studio non sono associati significativamente alla diminuzione del consumo. Tra le variabili sociali l'unico fattore che sembra avere un legame è la convivenza con figli. La diminuzione del consumo è più probabile in chi dichiara di non convivere con figli e quindi, presumibilmente, è alla prima gravidanza (GOR 2,761 IC95 1,528-4,989).

I fattori che influenzano il ricevere informazioni su "alcol e gravidanza/allattamento"

L'età, la nazionalità, il titolo di studio, il distretto di residenza non sono associate significativamente alla probabilità di ricevere informazioni. Chi non ha ricevuto informazioni è tre volte più probabile che abbia già dei figli (OR. 3,10, IC 95% 1,69-5,75). La probabilità di ricevere almeno un'informazione corretta non è significativamente associata al numero di fonti avute (Mann-Whitney test for trend Z 0,74 p 0,457); al contrario, la probabilità di ricevere informazioni contrastanti (corrette ed errate) su alcol e gravidanza raddoppia all'aumentare del numero delle fonti (GOR 2,116 IC95% 1,236-3,623).

Le gravide esposte ad informazioni tramite Internet, la TV e i giornali hanno più probabilità di avere ricevuto un'informazione ritenuta non corretta (OR 1,38 IC95% 1,01-1,88) rispetto alle altre. Inoltre, questo gruppo di donne ha una probabilità molto più alta di fare "binge drinking" in gravidanza (OR 6,54 IC95% 1.03-69.76).

Discussione

Considerazioni metodologiche

Dal punto di vista metodologico, la qualità dei dati raccolti è buona. Un limite riguarda l'uso del test A.U.D.I.T.-C: anche se modificato, questo test si conferma poco sensibile al target delle gravide. In primo luogo, perché non permette la rilevazione dei consumi inferiori a intere Unità Alcoliche, come evidenziato in 31 donne. In secondo luogo, a causa della ridotta numerosità dei casi di "binge drinking", probabilmente perché il consumo di 6 o più bicchieri un'unica occasione è troppo elevato per una donna incinta. Ciò trova conferma nella scarsa consistenza interna (Alpha di Cornbach 0,565).

Considerazioni sui risultati

Un terzo delle donne incinta beve almeno ogni tanto bevande alcoliche. Le modalità di consumo dichiarate sono perlopiù sporadiche. Solo 4 donne dichiarano di bere più di 1 Unità Alcolica più di una volta a settimana. 7 sono i casi di "binge drinking". Le donne che continuano a bere hanno un'opinione più positiva nei confronti del consumo di alcol rispetto alle altre, dichiarano abitudini di consumo in famiglia più frequenti, sono meno convinte che una persona dopo aver bevuto alcolici si senta più irritabile, violenta o si senta male, mentre sono più propense a pensare che non succeda nulla. Non hanno invece opinioni significativamente diverse rispetto ai fattori generali della salute di una persona e alla soddisfazione della propria vita. Le abitudini di consumo di alcol sembrano non dipendere dalle caratteristiche anagrafiche e personali.

Il primo aspetto che influenza la diminuzione dell'uso di alcol è sapere di essere incinta. La metà di coloro che bevevano anche solo ogni tanto bevande alcoliche ha smesso con la gravidanza. La diminuzione del consumo non sembra essere invece associata al ricevere informazioni sull'alcol, a prescindere sia dalle fonti, sia dal tipo di informazioni ricevute. La sola informazione alle donne, quindi, non pare essere sufficiente a modificare i consumi di alcol in gravidanza.

Le informazioni sull'alcol che arrivano alle donne sono veicolate da fonti eterogenee. La più frequente è il ginecologo, ma anche i mass media hanno un ruolo di rilievo, e superano anche l'ostetrica e il medico di medicina generale. Le donne che ricevono informazioni dai mezzi di comunicazione sono più esposte ad informazioni che possono essere contrastanti.

Le donne che hanno già figli sono un target di attenzione, in quanto hanno una minor diminuzione dei consumi di alcolici in gravidanza e anche una minore probabilità di ricevere informazioni sull'alcol.

Considerazioni operative

I risultati dello studio ci portano a riconoscere che la diminuzione della frequenza del consumo con la gravidanza ha presumibilmente dinamiche complesse, con connotazioni culturali, sociali e psicologiche, e questo ha delle implicazioni anche a livello operativo. Il consumo di alcol nelle donne incinte del territorio riguarda una fetta di popolazione abbastanza ampia, ma in quantità ridotte e in maniera occasionale, anche se si deve tenere in considerazione la possibilità di una sottostima dei consumi dichiarati. Si presume che la maggior parte di queste donne non abbia difficoltà ad adottare comportamenti orientati all'astensione. Tuttavia, i risultati ottenuti dallo studio rivelano che il dare semplicemente informazioni non è sufficiente e l'informazione corretta, da sola, presumibilmente non modifica il fenomeno. Questo perché probabilmente l'informazione corretta si inserisce in un contesto disomogeneo di messaggi sul problema. Per questo, qualsiasi strategia di intervento deve tenere conto dei fattori culturali, sociali e individuali e degli altri ambienti relazionali e mediatici, ed è necessario lavorare per una congruenza delle informazioni tra le diverse fonti. Gli interventi di prevenzione basati esclusivamente sulla comunicazione di informazioni non producono cambiamenti significativi se non si considerano tali presupposti, e devono invece essere impiegati strumenti di provata efficacia.

Le donne in gravidanza sono particolarmente attente alla componente prettamente sanitaria della salute, sia in generale, sia in gravidanza. Danno anche molta importanza alle relazioni interpersonali, alla famiglia e agli affetti. Pertanto, sono un target particolarmente recettivo. Tuttavia, l'aver già altri figli può contribuire ad una riduzione dell'attenzione al problema.

A livello operativo, quindi, le priorità sono:

- impostare approcci educativi e non semplicemente informativi al problema, prestando particolare attenzione alle donne che hanno già figli e coinvolgendo le famiglie;
- monitorare la congruenza delle informazioni che vengono veicolate alle donne da diverse fonti, primi fra tutti i professionisti sanitari e i mass media;
- sviluppare metodi di rilevazione accurati dei consumi di alcol delle gravide, permettendo di intercettare i casi di donne più a rischio e favorendo azioni appropriate ed eventualmente l'invio a servizi specialistici per il trattamento.

5. Conclusioni

In questa sezione sono descritte le considerazioni conclusive sui risultati della ricerca. Sono evidenziati i contributi dei dati raccolti ad una maggiore conoscenza e comprensione delle diverse sfaccettature del rapporto tra alcol, gravidanza e i suoi effetti, in una prospettiva di salute pubblica e di comunità. Sono descritte, inoltre, le strategie già avviate dall'azienda sanitaria a partire dai risultati della ricerca. Infine, sono delineate brevemente alcune prospettive di ricerca che possono essere sviluppate a partire dal presente lavoro.

Risultati degli studi

Gli studi hanno permesso la rilevazione di conoscenze, opinioni, atteggiamenti e comportamenti di gruppi di popolazione ritenuti strategici nella prevenzione del FASD. Attraverso questi studi è stato possibile raccogliere informazioni sia sui professionisti coinvolgibili nella prevenzione, sia sui destinatari della prevenzione.

Sebbene i cinque studi siano distinti, i risultati possono essere oggetto di una lettura integrata. I principali risultati sono riassunti di seguito.

Professionisti sanitari

Gli studi rilevano la presenza di approcci professionali eterogenei alla questione. C'è disomogeneità sia nella conoscenza e nell'esperienza diretta di FAS/FASD, sia nella prassi professionale con le donne. Buona parte dei professionisti si occupa più o meno frequentemente e approfonditamente dell'argomento e alcuni hanno riscontrato anche casi di FAS/FASD. Tuttavia, le informazioni veicolate sono diverse tra loro, spesso contrastanti. Questa differenza può rispecchiare i diversi ruoli e competenze delle figure professionali coinvolte, ma è anche legata alle molteplici sfaccettature e valenze della questione. I professionisti sanitari non lavorano in contesti uniformi e univoci e non utilizzano pratiche condivise.

Un fattore che sembra influenzare un approccio più definito è la dichiarata conoscenza della Sindrome Alcolica Fetale, che è associata ad una maggiore probabilità di suggerire alle gestanti di evitare l'alcol.

Donne in gravidanza

Un terzo delle donne incinte che hanno partecipato allo studio dichiara di bere più o meno frequentemente bevande alcoliche. Solo il 2% dichiara di bere 1-2 bicchieri più una volta a settimana e il 3% ha fatto almeno una volta "binge drinking". Sembra quindi che i bambini esposti all'alcol in gravidanza nel territorio dell'Az. ULSS 9 siano meno di quanto stimato a livello nazionale e che le donne

in gravidanza siano un target meno a rischio di quanto ipotizzato. Questi dati sembrano confermare la percezione dei professionisti sanitari, secondo cui le donne in gravidanza in generale, non sono un target problematico nella prevenzione del FASD, mentre è importante riuscire a raggiungere quei casi di donne che bevono quantità elevate di alcol e che possono sfuggire al professionista sanitario a causa di approcci superficiali. Le donne che bevevano prima della gravidanza sono il 65%, circa la metà di loro ha smesso con la gravidanza. Le fonti da cui le donne hanno informazioni sono varie. I professionisti sanitari si confermano la fonte primaria, ma circa un terzo delle donne ne ha dai mass media. La diminuzione dei consumi non è influenzata dalle informazioni ricevute sull'alcol in gravidanza, a prescindere dal tipo e dalla fonte. Le donne che vivono già con figli ricevono meno informazioni e tendono a diminuire meno i consumi.

Adolescenti e giovani

Secondo la maggior parte degli adolescenti e i giovani, l'alcol non fa bene alla salute di una donna incinta e del bambino. Chi beve bevande alcoliche, tuttavia, sembra abbia un atteggiamento più favorevole all'uso di alcol in gravidanza. Questo dato è importante, visto che oltre un terzo delle ragazze di 14-15 anni e più dell'80% delle diciottenni bevono almeno ogni tanto bevande alcoliche. Inoltre, il 13% delle prime e il 49% delle seconde pratica il "binge drinking". Tra gli adolescenti, i consumatori di alcol hanno una probabilità doppia degli altri di conoscere una coetanea che ha avuto gravidanze indesiderate. Il ruolo dei maschi è da considerare in funzione dell'influenza che possono avere sui comportamenti di consumo della compagna.

Un dato che richiede attenzione in una prospettiva pediatrica è l'associazione tra il vivere con un solo genitore e l'essere consumatori di alcol. Ciò può supportare l'ipotesi che la situazione familiare monogenitoriale sia un fattore di fragilità per l'adolescente.

Sulla base dei risultati ottenuti, si possono effettuare le seguenti considerazioni.

- Le donne in gravidanza in generale sono un target relativamente a rischio nella prevenzione del FASD. Tuttavia, la sottovalutazione del problema e la mancanza di approcci specifici da parte dei professionisti sociosanitari possono non evidenziare sollecitamente i casi di donne abusatrici.
- Le informazioni veicolate in modo disomogeneo non sembrano influenzare le modificazioni del consumo in gravidanza e confermano quanto ribadito in letteratura sulla scarsa efficacia che l'informazione in sé può avere se non è inserita in un approccio educativo più completo.
- I giovani, futuri genitori, sono un target da coinvolgere soprattutto in funzione delle conseguenze dell'adozione di comportamenti quali il "binge drinking", in particolar modo se messo in pratica nelle fasi precoci di gravidanza.

Le priorità che sono emerse per lo sviluppo di specifici percorsi di formazione, basati sulle caratteristiche e i bisogni dei destinatari, evidenziate in base agli studi, sono le seguenti:

Nell'ambito dei servizi sociosanitari, sviluppare la consapevolezza delle risorse sanitarie utilizzabili nella prevenzione del FASD e l'approccio professionale con le donne basato su modelli e strategie condivisi e coerenti. Questi modelli dovrebbero essere il risultato di un confronto aperto che tenga conto anche di tutte le posizioni critiche.

Ciò può avvenire attraverso la formazione e la messa in rete dei vari servizi coinvolti, attraverso la definizione di protocolli. In questo modo si possono perseguire i seguenti obiettivi:

- fornire conoscenze e competenze di base sul FASD che siano fruibili dalle diverse professioni e funzionali alle diverse specificità;
- fornire strumenti per informare le donne in età fertile e le gestanti
- identificare ed inviare ai trattamenti opportuni le forti consumatrici di alcol.

Inoltre una riflessione ed una analisi comparata di questi risultati può essere il punto di partenza per lo sviluppo di percorsi diagnostici, non ancora contemplati.

A livello di educazione e sensibilizzazione nella comunità:

- Avviare percorsi per la definizione di approcci comuni e condivisi alla questione, che si traduce nella diffusione di messaggi di salute coerenti tra i servizi sanitari e la comunità. Se quasi un terzo delle donne riceve informazioni sull'alcol dai mass media, non si può prescindere dal loro coinvolgimento e da un processo d'integrazione finalizzato a diffondere messaggi coerenti in tutta la popolazione, non solo tra le gravide, e in particolar modo tra i giovani. Sviluppare strategie integrate in cui le informazioni sull'alcol siano veicolate insieme ad interventi educativi specifici, in quanto le informazioni in sé non sono sufficienti a modificare i

comportamenti di consumo.

- Avviare strategie di sensibilizzazione per le giovani generazioni e le future madri, attraverso azioni educative che affrontino la questione in una prospettiva di salute della sessualità e genitorialità. I giovani possono essere un target fondamentale nella prevenzione di comportamenti a rischio. L'acquisizione di conoscenze e competenze sul problema possono essere spendibili in funzione di una genitorialità futura senza collocare necessariamente il rischio alcol nell'ambito della dipendenza. I professionisti sanitari dei percorsi nascita ed età evolutiva possono essere coinvolti in maniera attiva nella realizzazione di esperienze educative che possono anche avere funzione trasversale e mettere in contatto i giovani con altri settori della comunità per la promozione della salute materno-infantile.

La ricerca ha assolto ad una duplice funzione per le finalità generali di salute pubblica.

- Ha permesso la raccolta informazioni in un contesto di comunità, con il coinvolgimento attivo di 1578 persone.
- Ha favorito una base di consapevolezza e consenso nei confronti della questione nelle sue diverse sfaccettature, intesi come disponibilità ad un confronto attivo e critico. Nella ricerca sono stati coinvolti diversi soggetti del pubblico e del privato che hanno collaborato alla realizzazione degli studi e hanno manifestato disponibilità a confrontarsi.

Sviluppi operativi

I risultati degli studi sono stati oggetto di diversi momenti di confronto e di dibattito nei servizi dell'azienda sanitaria, funzionali ad individuare quali percorsi possano essere avviati dalle evidenze raccolte.

I principali esiti operativi degli studi sono elencati di seguito.

All'interno dei servizi dell'azienda sanitaria:

- corsi di formazione obbligatoria per ostetriche e infermieri pediatrici (maggio-novembre 2010);
- avvio di un confronto per l'inserimento di strumenti più accurati per la rilevazione del consumo alcolico nelle schede di anamnesi ostetrica delle gravide, e per lo sviluppo di una cartella di anamnesi trasversale ai diversi servizi che si occupano di donne in età fertile, in gravidanza e in allattamento;

- definizione di un protocollo tra i reparti di ginecologia-ostetricia e i servizi di per le tossicodipendenze per l'invio e il trattamento delle donne incinte con problemi alcolcorrelati.

A livello di integrazione tra azienda sanitaria e territorio:

- campagna di comunicazione "Mamma Beve Bimbo Beve" (maggio 2010);
- realizzazione e partecipazione a incontri di confronto e scambio sui dati della ricerca a livello locale;
- realizzazione e partecipazione ad eventi nazionali ed internazionali sul tema;
- incontri con gli insegnanti degli istituti secondari di primo e secondo grado della provincia di Treviso per il confronto sui dati della ricerca;
- focus group con adolescenti degli istituti secondari di primo e secondo grado sul tema e sui dati della ricerca;
- formazione degli operatori di comunità e delle politiche giovanili delle cooperative sociali del territorio, attraverso confronti attivi sui dati degli studi.

Percorso di formazione per ostetriche/i ed infermieri pediatrici

Un primo percorso di formazione obbligatoria per gli operatori sociosanitari nel territorio dell'Az. ULSS 9 di Treviso è stato predisposto e realizzato tra maggio e ottobre 2010. Il percorso ha coinvolto 180 ostetriche ed infermieri pediatrici dei servizi ospedalieri e distrettuali dell'Az. ULSS 9: esso è consistito in una giornata di formazione ripetuta in quattro occasioni, per permettere la partecipazione di tutti i professionisti.

La scelta di iniziare la formazione da queste categorie professionali è legata ai seguenti aspetti:

- hanno un ruolo strategico nel contatto con le donne di diverse età;
- sono una categoria professionale molto numerosa nei servizi dell'Az. ULSS n. 9;
- i coordinatori ostetrici hanno richiesto espressamente di poter essere i primi fruitori di una formazione sul FASD.

Il percorso ha due obiettivi.

- Far acquisire conoscenze teoriche, aggiornamenti in merito al FASD e più in generale al rapporto tra alcol, gravidanza e allattamento; favorire inoltre la conoscenza di modelli di prevenzione a favore della salute di mamma - bambino.
- Far migliorare le capacità relazionali e comunicative degli operatori nell'approccio con le pazienti e i loro familiari (donne in gravidanza e in allattamento) in riferimento al tema della prevenzione del "Disturbo dello Spettro Fetale Alcolico".

I contenuti e gli approcci usati nel percorso formativo sono il risultato di una contestualizzazione teorica che si basa sui principi dell'educazione dell'adulto e della ricerca-azione, adattati ai risultati emersi dagli studi.

Le strategie didattiche utilizzate sono le seguenti.

- Didattica frontale: lezione frontale standard con dibattito tra discenti ed esperto/guidato da un conduttore.
- Didattica interattiva: presentazione e discussione di problemi o casi didattici in grande gruppo; lezione integrata con filmati, questionari, casi didattici flash di stimolo.
- Didattica attiva: role playing; lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi didattici con breve presentazione delle conclusioni in sessione plenaria con esperto.

I contenuti sono descritti nella seguente tavola sinottica.

Sessioni	Titolo	Modalità didattica
1	<p>LA PREVENZIONE ALCOLOGICA E IL DISTURBO DELLO SPETTRO FETALE ALCOLICO: QUALE RELAZIONE?</p> <p><i>Obiettivo: al termine della lezione i partecipanti avranno acquisito conoscenze sulle evidenze scientifiche relative al FASD</i></p>	
	Presentazione progetto formativo in relazione al progetto aziendale denominato "Kambio Marcia – In attesa, cambia: tra ricerca e intervento	Lezione integrata con flash di stimolo
	L'alcol, sostanza legale e ambivalente: stili di consumo e rischi di salute, effetti psicoattivi	Lezione integrata con flash di stimolo
	Il FASD: evidenze scientifiche	Lezione integrata con flash di stimolo
2	<p>GRAVIDANZA E ALLATTAMENTO: LA QUESTIONE DEL CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE NELLE DONNE DEL TERRITORIO DELL'ULSS9 DI TV</p> <p><i>Obiettivo: al termine della lezione i partecipanti avranno acquisito conoscenze e capacità di analisi critica sulla la questione del consumo di bevande alcoliche nelle donne del territorio dell'ULSS9 di TV</i></p>	
	Presentazione generale degli esiti di un'indagine preliminare sugli operatori dell'az.ulss9, per la rilevazione delle conoscenze e della percezione delle abitudini di consumo delle donne in gravidanza e allattamento, residenti nel territorio.	Lezione integrata con flash di stimolo
	I nodi critici e gli indicatori più significativi emersi dall'indagine preliminare sugli operatori dell'Az.ULSS9, per lo sviluppo di interventi a favore di mamma - bambino	Lezione integrata con flash di stimolo

	Gravidanza e allattamento: la questione del consumo di bevande alcoliche nelle donne del territorio dell'ULSS9 di TV	Presentazione e discussione di problemi o casi didattici in grande gruppo. I partecipanti discutono su problemi o questioni, presentate nelle due sessioni della mattina, che hanno avuto maggiore impatto di altri sul grande gruppo
3	LA PREVENZIONE DEL DISTURBO DELLO SPETTRO FETALE ALCOLICO: UNA POSSIBILE FRONTIERA NELLA LOGICA DELLA PARTECIPAZIONE <i>Obiettivo: al termine della lezione i partecipanti avranno acquisito conoscenze e capacità di analisi critica sulla prevenzione del Disturbo dello Spettro Fetale Alcolico</i>	
	La prevenzione del Disturbo dello Spettro Fetale Alcolico: esperienze, strumenti, modelli	Lezione integrata con flash di stimolo
	La prevenzione del Disturbo dello Spettro Fetale Alcolico: role playing	Role playing
4	LA PREVENZIONE DEL FASD NELLA RELAZIONE CON LA DONNA E I SUOI FAMILIARI <i>Obiettivo: al termine della lezione i partecipanti avranno acquisito conoscenze e capacità di analisi critica sulla prevenzione del Disturbo dello Spettro Fetale Alcolico</i>	
	La prevenzione del FASD	Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi didattici con breve presentazione delle conclusioni in sessione plenaria con esperto I partecipanti lavoreranno su problemi stimolati dal role playing

Cartella informatizzata trasversale di anamnesi della donna

Una proposta condivisa con le ostetriche dei servizi ospedalieri e consultoriali è la predisposizione di una cartella informatizzata che permetta di rilavare informazioni sulle donne che accedono ai servizi del percorso nascita a partire dal periodo preconcezionale. La cartella potrebbe permettere di raccogliere informazioni consultabili da tutti i servizi e professionisti con cui le donne entrano in contatto, evitando un approccio più organico, un minor dispendio di risorse e la possibilità di monitorare in modo più attento anche le donne che possono mettere in atto comportamenti e stili di vita dannosi per il feto e il bambino.

Campagna di Comunicazione “Mamma beve - Bimbo beve”

Nel “Piano di Zona dell’Az. ULSS 9 2011-2015” è stato inserito il Progetto “Mamma beve Bimbo beve: la comunicazione propedeutica all’intervento educativo, nella prevenzione dei rischi legati al consumo di alcol in gravidanza e allattamento.” Il progetto rientra in una strategia aziendale di approccio ai problemi dell’alcol che l’ Unità Operativa di Alcolologia del Ser.D. 1 dell’Az.ULSS n. 9 di Treviso sta sviluppando negli ultimi anni, attraverso un piano coordinato di prevenzione alcologica.

Il progetto” Mamma Beve - Bimbo Beve” prevede la messa in rete dei soggetti coinvolti dentro e fuori l’Azienda sociosanitaria e nella diffusione di un messaggio di salute attraverso varie azioni di marketing sociale, al fine di disporre il target-destinatari ad azioni educative. Le azioni prevedono il coinvolgimento di partner che:

- siano rappresentativi dei modelli commerciali di consumo, anche dell’alcol e del divertimento;
- siano più vicini ad ambiti di vita in cui la donna e il bambino sono l’oggetto di attenzione, di desiderio e di cura, nonché il luogo della relazione più autentica madre-figlio.

Il piano di comunicazione prevede anche la diffusione di alcuni dati della ricerca, così da finalizzare l’informazione alla realtà locale.

Prospettive future

Entro la fine del 2011 saranno realizzati degli studi per valutazione delle azioni realizzate nel territorio, in particolare la valutazione della campagna di comunicazione “Mamma Beve, Bimbo Beve” e la valutazione dei percorsi di formazione per gli operatori sanitari, che potranno contribuire a mettere in luce l’efficacia o meno delle azioni implementate.

La definizione di strategie concrete di prevenzione nella comunità richiederebbe l’approfondimento di altri aspetti, che esulano dalla presente ricerca e che potrebbero essere oggetto di studi più specifici.

Inoltre, la ricerca ha permesso anche di sollevare l’attenzione all’attivazione di percorsi di specializzazione e di diagnosi, favoriti dal consenso critico che si è sviluppato.

La ricerca ha ottenuto un particolare interesse anche oltre il territorio dell’Az.ULSS 9. In particolare, in Veneto il Collegio Regionale delle ostetriche è intenzionato a proseguire le azioni formative sul tema.

Inoltre, altre aziende sanitarie hanno già avanzato la richiesta di poter svolgere la ricerca anche nel loro territorio, attraverso uno studio multicentrico.

Infine, la ricerca ha favorito il contatto con il progetto del Ministero della Salute "Genitori più", una campagna di comunicazione sociale che ha l'obiettivo primario di sensibilizzare la popolazione, in particolare i neo-genitori, sugli strumenti di promozione della salute del loro bambino per renderli più consapevoli delle loro importantissime risorse, in quanto principali attori nel quotidiano impegno per lo sviluppo sano dei loro figli. La Regione Veneto è capofila del progetto ed è stato chiesto all'Az. ULSS 9 di stendere il capitolo su alcol gravidanza e allattamento, che diventerà l'ottava delle azioni mirate a promuovere la salute fisica e psicologica del bambino.

Contribuiti originali della ricerca

La ricerca ha fornito contributi originali in merito a tre ambiti.

- Il questionario utilizzato negli studi su adolescenti, giovani e donne costituisce uno strumento utile per la contestualizzazione del consumo alcolico nella dimensione più generale dei valori del benessere e della salute della persona, in quanto permette sia un'analisi interna ad una popolazione obiettivo specifica, sia un'analisi comparata tra popolazioni diverse. Questo ha reso possibile la raccolta di dati che si prestano ad ulteriori analisi, con evidenziazione di una evoluzione di sviluppo longitudinale (processi continui) ed evidenziazione di differenze legate a cambiamenti sociali e culturali (processi discontinui) nella popolazione in oggetto. Inoltre, lo strumento è esportabile ad altri contesti di ricerca.
- Lo studio sui consumi di alcol nelle donne in gravidanza e sui fattori legati alle informazioni ricevute è uno dei pochi realizzati in Italia e il primo nel territorio Veneto. Inoltre, i risultati dell'analisi delle informazioni fornite dagli operatori e ricevute dalle donne evidenziano la necessità di congruenza ed organicità del processo informativo: la ricerca può fornire un contributo ulteriore ad una riflessione già in atto in ambito internazionale sull'efficacia delle strategie di prevenzione del FASD.
- Sono stati identificati i fattori di rischio di consumo di alcol in adolescenza. Particolare rilievo assume la monogenitorialità: andranno ridiscusse le problematiche della separazione di coppia e dell'affido nella prospettiva dell'adolescente.

Bibliografia di riferimento

- ¹ Littner Y, Bearer CF. Detection of alcohol consumption during pregnancy--current and future biomarkers. *Neurosci Biobehav Rev.* 2007; 31(2):261-9
- ² Warren K, Bast RJ. Alcohol-related birth defects: an update. *Public Health Rep.* 1988; 103(6): 638-42
- ³ Spagnolo A. Teratogenesis of alcohol. *Ann Ist Super Sanita.* 1993; 29(1): 89-96
- ⁴ Day NL, Richardson GA. Prenatal alcohol exposure: a continuum of effects. *Semin Perinatol.* 1991;15(4): 271-9
- ⁵ Maier SE, West JR. Drinking patterns and alcohol-related birth defects. *Alcohol Res Health.* 2001; 25(3): 168-74
- ⁶ Streissguth AP, O'Malley K. Neuropsychiatric implications and long-term consequences of Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Semin Clin Neuropsychiatry.* 2000; 5: 177-90
- ⁷ Bertrand J, Floyd RL, Weber MK. Guidelines for identifying and referring persons with Fetal Alcohol Syndrome. *MMWR.* 2005; 54(RR11); 1-10
- ⁸ Sokol RJ, Delaney-Black V, Nordstrom B. Fetal Alcohol Spectrum Disorder. *JAMA.* 2003; 290: 2996-9
- ⁹ Elliott L, Coleman K, Suebwongpat A, Norris S. Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD): systematic reviews of prevention, diagnosis and management. *HSAC Report.* 2008; 1(9) http://www.healthsac.net/downloads/publications/HSAC07_FASD_FINALv3.pdf (ultimo accesso 3-09-2010)
- ¹⁰ Wattendorf DJ, Muenke M. Fetal alcohol spectrum disorders. *Am Fam Physician.* 2005; 72(2): 279-82, 285
- ¹¹ Sokol RJ. Alcohol and abnormal outcomes of pregnancy. *CMAJ.* 1981; 125: 143-8
- ¹² Lemoine P, Harousseau H, Borteyru JB, Menuet JC. Les enfants de parents alcooliques: Anomalies observees, a propos de 127 cas. *Ouest Medical.* 1968; 21: 476-82
- ¹³ Jones KL, Smith DW. Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet.* 1973; 2: 999-1001
- ¹⁴ Rosett HL. A clinical perspective on the Fetal Alcohol Syndrome. *Alcohol Clin Exp Res.* 1980; 4: 119-22
- ¹⁵ Sokol RJ, Clarren SK. Guidelines for use of terminology describing the impact of prenatal alcohol on the offspring *Alcohol Clin Exp Res.* 1989; 13(4): 597-8
- 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 (ultimo accesso 21-08-2010)

- ¹⁸ Abel EL, Sokol RJ. Fetal Alcohol Syndrome is now leading cause of mental retardation. *Lancet*. 1986; 2(8517): 1222
- ¹⁹ Abel EL, Sokol RJ: Incidence of Fetal Alcohol Syndrome and economic impact of FAS-related anomalies. *Drug Alcohol Depend*. 1987; 19(1): 51-70
- ²⁰ Clarren SK. Recognition of Fetal Alcohol Syndrome. *JAMA*. 1981; 245(23):2436-9
- ²¹ Aase JM, Jones KL, Clarren SK Do we need the term FAE? *Pediatrics*. 1995; 95(3): 428-30
- ²² Astley SJ, Clarren SK. Diagnosing the full spectrum of fetal alcohol exposed individuals: introducing the 4-Digit Diagnostic Code. *Alcohol Alcohol*. 2000; 35(4): 400-10
- ²³ Larkby C, Day N. The effects of prenatal alcohol exposure. *Alcohol Health Res World*. 1997; 21(3): 192-8
- ²⁴ Steinhausen HC, Spohr HL. Long-term outcome of children with fetal alcohol syndrome: psychopathology, behavior, and intelligence. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998; 22(2): 334-8
- ²⁵ Steinhausen HC, Willms J, Spohr HL. Long-term psychopathological and cognitive outcome of children with fetal alcohol syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993; 32(5): 990-4
- ²⁶ 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
- ²⁷ Overholser JC. Fetal Alcohol Syndrome: A review of the disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 1990; 20: 163-76
- ²⁸ Sampson PD, Streissguth AP, Bookstein FL, Barr HM. On categorizations in analyses of alcohol teratogenesis. *Environ Health Perspect*. 2000; 108 (3): 421-8
- ²⁹ Guerri C. Mechanisms involved in central nervous system dysfunctions induced by prenatal alcohol exposure. *Neurotox Res*. 2002; 4(4): 327-35
- ³⁰ Mukherjee RA, Hollins S, Turk J. Fetal Alcohol Spectrum Disorder: an overview. *J R Soc Med*. 2006; 99(6): 298-302
- ³¹ Cosmi EV, Maranghi L, Cosmi E, Gojnić M, Salernitano D. Droghe e gravidanza. *Ann Ist Super Sanita*. 2002; 38(3): 265-70
- ³² Goodlett CR, Horn K. Mechanisms of alcohol induced damage to the developing nervous system. *Alcohol Res Health*. 2001; 25(3): 175-84
- ³³ Goodlett CR, Horn KH, Zhou FC. Alcohol teratogenesis: mechanisms of damage and strategies for intervention. *Exp Biol Med*. 2005; 230(6): 394-406
- ³⁴ Ikonomidou C, Bittigau P, Ishimaru MJ, Wozniak DF, Koch C, Genz K, Price MT, Stefovaska V, Horster F, Tenkova T, Dikranian K, Olney JW. Ethanol-induced apoptotic neurodegeneration and fetal alcohol syndrome. *Science*. 2000; 287: 1056-60
- ³⁵ Dunty WC, Chen S, Zucker RM, Dehart DB, Sulik KK. Selective vulnerability of embryonic cell populations to ethanol-induced apoptosis: implications for alcohol-related birth defects and neurodevelopmental disorder. *Alcohol Clin Exp Res*. 2001; 25(10): 1523-35
- ³⁶ 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(2): 364-79
- ³⁷ Hepper PG, Dornan JC, Little JF. Maternal alcohol consumption during pregnancy may delay the development of spontaneous fetal startle behaviour. *Physiol Behav*. 2005; 83(5): 711-4
- ³⁸ Ismail S, Buckley S, Budacki R, Jabbar A, Gallicano GI. Screening, diagnosing and prevention of fetal alcohol syndrome: is this syndrome treatable?. *Dev Neurosci*. 2010; 32(2):91-100

-
- ³⁹ Spadoni AD, McGee CL, Fryer SL, Riley EP. Neuroimaging and fetal alcohol spectrum disorders. *Neurosci Biobehav Rev.* 2007; 31(2): 239-45
- ⁴⁰ Prenatal exposure to alcohol. *Alcohol Res Health.* 2000; 24(1): 32-41
- ⁴¹ McGee CL, Riley EP. Brain imaging and fetal alcohol spectrum disorders. *Ann Ist Super Sanita.* 2006; 42(1): 46-52
- ⁴² Guerri C, Bazinet A, Riley EP. Foetal Alcohol Spectrum Disorders and Alterations in Brain and Behaviour. *Alcohol Alcohol.* 2009; 44(2): 108-14
- ⁴³ Mattson SN, Schoenfeld AM, Riley EP. Teratogenic effects on brain and behaviour. *Alcohol Res Health.* 2001; 25(3): 185-91
- ⁴⁴ Riley EP, McGee CL. Fetal alcohol spectrum disorders: an overview with emphasis on changes in brain and behaviour. *Exp Biol Med (Maywood).* 2005; 230(6): 357-65
- ⁴⁵ Little RE, Wendt JK. The effects on maternal drinking in the reproductive period: an epidemiologic review. *J Subst Abuse.* 1991; 3(2): 187-204
- ⁴⁶ Olson HC, Streissguth AP, Sampson PD, Barr HM, Bookstein FL, Thiede K. Association of prenatal alcohol exposure with behavioral and learning problems in early adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997; 36(9): 1187-94
- ⁴⁷ Streissguth AP, Sampson PD, Olson HC. Maternal drinking during pregnancy: attention and short term memory in 14 year old offspring-a longitudinal prospective study. *Alcohol Clin Exp Res.* 1994; 18(1): 202-18
- ⁴⁸ Sayal K, Heron J, Golding J, Alati R, Smith GD, Gray R, Emond A. Binge pattern of alcohol consumption during pregnancy and childhood mental health outcomes: longitudinal population-based study. *Pediatrics.* 2009;123(2): e289-96
- ⁴⁹ Jacobson JL, Jacobson SW, Sokol, RJ, Ager, JW. Relation of maternal age and pattern of pregnancy drinking to functionally significant cognitive deficit in infancy. *Alcohol Clin Exp Res.* 1998; 22(2): 345-51
- ⁵⁰ Jacobson JL, Jacobson SW. Drinking moderately and pregnancy. Effects on child development. *Alcohol Res Health.* 1999; 23(1): 25-30
- ⁵¹ Henderson J, Kesmodel U, Gray R. Systematic review of the fetal effects of prenatal binge-drinking. *J Epidemiol Community Health.* 2007; 61(12):1069-73.
- ⁵² Strandberg-Larsen K, Nielsen NR, Grønbaek M, Andersen PK, Olsen J, Andersen AM. Binge drinking in pregnancy and risk of fetal death. *Obstet Gynecol.* 2008; 111(3): 602-9
- ⁵³ Coles C. Critical periods for prenatal alcohol exposure. *Alcohol Health Res World.* 1994; 18(1): 22-29
- ⁵⁴ 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) (ultimo accesso 18-10-2010)
- ⁵⁵ Warren K, Foudin L. Alcohol-related birth defects - The past, the present and the future. *Alcohol Res Health.* 2001; 25(3): 153-8
- ⁵⁶ Little RE, Streissguth AP. Effects of alcohol on the fetus: impact and prevention. *CMAJ.* 1981. 125(15): 159-64
- ⁵⁷ May PA, Gossage JP, Brooke LE, Snell CL, Marais AS, Hendricks LS, Croxford JA, Viljoen DL. Maternal risk factors for fetal alcohol syndrome in the Western cape province of South Africa: a population-based study. *Am J Public Health.* 2005; 95(7):1190-9

-
- ⁵⁸ May PA, Gossage JP, Marais AS, Hendricks LS, Snell CL, Tabachnick BG, Stellavato C, Buckley DG, Brooke LE, Viljoen DL. Maternal risk factors for fetal alcohol syndrome and partial fetal alcohol syndrome in South Africa: a third study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2008; 32(5): 738-53
- ⁵⁹ Goodlett CR, Gilliam DM, Nichols JM, West JR. Genetic influence on brain growth restriction induced by development exposure to alcohol. *Neurotoxicology*. 1989; 10(3): 321-34
- ⁶⁰ McCarver DG, Thomasson HR, Martier SS, Sokol RJ, Li T. Alcohol dehydrogenase-2*3 allele protects against alcohol-related birth defects among African Americans. *J Pharmacol Exp Ther*. 1997; 283(3): 1095-1101
- ⁶¹ Jacobson JL, Jacobson SW, Sokol RJ, Ager JW. Relation of maternal age and pattern of pregnancy drinking to functionally significant cognitive deficit in infancy. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998; 22(2): 345-51
- ⁶² Burden MJ, Jacobson SW, Sokol RJ, Jacobson JL. Effects of prenatal alcohol exposure on attention and working memory at 7.5 years of age. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005; 29(3): 443-52
- ⁶³ Armstrong EM, Abel EL. Fetal Alcohol Syndrome: the origins of a moral panic. *Alcohol Alcohol*. 2000; 35(3): 276-82
- ⁶⁴ Abel EL, Hannigan GL. Maternal risk factors in fetal alcohol syndrome: provocative and permissive influences. *Neurotoxicol Teratol*. 1995;17(4): 445-62
- ⁶⁵ Tenkku LE, Morris DS, Salas J, Xaverius PK. Racial disparities in pregnancy-related drinking reduction. *Matern Child Health J*. 2009;13(5): 604-13
- ⁶⁶ Abel EL. An update on incidence of FAS: FAS is not an equal opportunity birth defect. *Neurotoxicol Teratol*. 1995; 17(4): 437-43
- ⁶⁷ Autti-Ramo I. Foetal Alcohol Syndrome - a multifaceted condition. *Dev Med Child Neurol*. 2002; 44(2): 141-4
- ⁶⁸ May PA, Hymbaugh KJ, Aase JM, Samet JM. Epidemiology of fetal alcohol syndrome among American Indians of the Southwest. *Soc Biol*. 1983; 30(4): 374-87
- ⁶⁹ Davis A, Lipson A. A challenge in managing a family with fetal alcohol syndrome. *Clin Pediatr*. 1984; 23(5): 304
- ⁷⁰ Abel EL. Fetal alcohol syndrome in families. *Neurotoxicol Teratol*. 1988; 10(1): 1-2
- ⁷¹ Kline J, Stein Z, Shrout P, Susser M, Warburton D. Drinking during pregnancy and spontaneous abortion. *Lancet*. 1980; 2(8187): 176-80
- ⁷² Kesmodel U, Wisborg K, Olsen SF, Henriksen TB, Secher NJ. Moderate alcohol intake in pregnancy and the risk of spontaneous abortion. *Alcohol Alcohol*. 2002; 37(1): 87-92
- ⁷³ O'Leary CM, Nassar N, Kurinczuk JJ, Bower C. The effect of maternal alcohol consumption on fetal growth and preterm birth. *BJOG*. 2009;116(3): 390-400
- ⁷⁴ Parazzini F, Chatenoud L, Surace M, Tozzi L, Salerio B, Bettoni G, Benzi G. Moderate alcohol drinking and risk of preterm birth. *Eur J Clin Nutr*. 2003; 57(10): 1345-9
- ⁷⁵ Chiaffarino F, Parazzini F, Chatenoud L, Ricci E, Sandretti F, Cipriani S, Caserta D, Fedele L. Alcohol drinking and risk of small for gestational age birth. *Eur J Clin Nutr*. 2006; 60(9): 1062-6
- ⁷⁶ Kesmodel U, Wisborg K, Olsen SF, Henriksen TB, Secher NJ. Moderate alcohol intake during pregnancy and the risk of stillbirth and death in the first year of life. *Am J Epidemiol*. 2002; 155(4): 305-12
- ⁷⁷ Strandberg-Larsen K, Grønboek M, Andersen AM, Andersen PK, Olsen J. Alcohol drinking pattern during pregnancy and risk of infant mortality. *Epidemiology*. 2009; 20(6): 884-91
- ⁷⁸ Mennella J. Alcohol's effect on lactation. *Alcohol Res Health*. 2001; 25(3): 230-4
- ⁷⁹ Heil SH, Subramanian MG. Alcohol and the hormonal control of lactation. *Alcohol Health Res World*. 1998; 22(3): 178-84

-
- ⁸⁰ Mennella JA. Regulation of milk intake after exposure to alcohol in mothers' milk. *Alcohol Clin Exp Res*. 2001; 25(4): 590-3
- ⁸¹ Jensen TK, Hjollund NHI, Henriksen TB. Does moderate alcohol consumption affect fertility? Follow up study among couples planning first pregnancy. *BMJ*. 1998; 317 (7157): 505-10
- ⁸² Mello G, Cioni R, Lucchetti R. Alcol: fertilità e gravidanza. In: Angioli D, Dimauro PE (a cura di). *Manuale di Alcolologia*. Le Balze Editore, Siena, 2000
- ⁸³ BMA Board of Science. Fetal alcohol spectrum disorders: A guide for healthcare professionals. 2007. [http://www.bma.org.uk/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDFFetalalcohol/\\$FILE/FetalAlcoholSpectrumDisorders.pdf](http://www.bma.org.uk/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDFFetalalcohol/$FILE/FetalAlcoholSpectrumDisorders.pdf) (ultimo accesso 12-07-2009)
- ⁸⁴ Dufour MC. What is moderate drinking? Defining "Drinks" and Drinking Levels. *Alcohol Res Health*. 1999; 23(1): 5-14
- ⁸⁵ Streissguth AP, Barr HM, Sampson PD. Moderate prenatal alcohol exposure: effects on child IQ and learning problems at age 7 1/2 years. *Alcohol Clin Exp Res*. 1990;14(5): 662-9
- ⁸⁶ Sayal K Alcohol consumption in pregnancy as a risk factor for later mental health problems. *Evid Based Ment Health*. 2007; 10(4): 98-100
- ⁸⁷ Goldschmidt L, Richardson GA, Stoffer DS, Geva D, Day NL. Prenatal alcohol exposure and academic achievement at age six: a nonlinear fit. *Alcohol Clin Exp Res*. 1996; 20(4): 763-70
- ⁸⁸ Jaddoe VW, Bakker R, Hofman A, Mackenbach JP, Moll HA, Steegers EA, Witteman JC. Moderate alcohol consumption during pregnancy and the risk of low birth weight and preterm birth. The generation R study. *Ann Epidemiol*. 2007;17(10): 834-40
- ⁸⁹ Sood B, Delaney-Black V, Covington C, Nordstrom-Klee B, Ager J, Templin T, Janisse J, Martier S, Sokol RJ. Prenatal Alcohol Exposure and Childhood Behavior at Age 6 to 7 Years: I. Dose-Response Effect. *Pediatrics*. 2001; 108(2): e34
- ⁹⁰ Sayal K, Heron J, Golding J, Emond A. Prenatal alcohol exposure and gender differences in childhood mental health problems: a longitudinal population-based study. *Pediatrics*. 2007; 119: e426-e434
- ⁹¹ 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> (ultimo accesso 15-07-2010)
- ⁹² Henderson J, Gray R, Brocklehurst P. Systematic review of effects of low–moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy outcome. *BJOG*. 2007;114: 243–52
- ⁹³ Kelly Y, Sacker A, Gray R, Kelly J, Wolke D, Quigley MA. Light drinking in pregnancy, a risk for behavioural problems and cognitive deficits at 3 years of age? *Int J Epidemiol*. 2009; 38(1): 129-40
- ⁹⁴ Robinson M, Oddy WH, McLean NJ, Jacoby P, Pennell CE, de Klerk NH, Zubrick SR, Stanley FJ, Newnham JP. Low-moderate prenatal alcohol exposure and risk to child behavioural development: a prospective cohort study. *BJOG*. 2010; 117(9): 1139-50
- ⁹⁵ Abate P, Pueta M, Spear NE, Molina JC. Fetal learning about ethanol and later ethanol responsiveness: evidence against safe amounts of prenatal exposure. *Exp Biol Med*. 2008; 233(2): 139-54
- ⁹⁶ Cohen-Kerem R, Koren G. Antioxidants and fetal protection against ethanol teratogenicity. I. Review of the experimental data and implications to humans. *Neurotoxicol Teratol*. 2003; 25(1): 1-9
- ⁹⁷ May PA, Gossage JP. Estimating the prevalence of Fetal Alcohol Syndrome. A summary. *Alcohol Res Health*. 2001; 25(3): 159-67
- ⁹⁸ Clarren SK, Randels SP, Sanderson M, Finemann RM. Screening for fetal alcohol syndrome in primary schools: a feasibility study. *Teratology*. 2001; 63: 3-10

-
- ⁹⁹ Little BB, Snell LM, Rosenfeld CR, Gilstrap CL, Gant NE. Failure to recognize foetal alcohol syndrome in newborn infants. *Am J Dis Child*. 1990; 144(10): 1142-6
- ¹⁰⁰ Cordero JF, Floyd RL, Martin ML, Davis M, Hymbaugh K. Tracking the prevalence of FAS. *Alcohol Health Res World*. 1994; 18(1): 82-5
- ¹⁰¹ May PA, Brooke L, Gossage JP, Croxford, J, Adnams C, Jones KL, Robinson L, Viljoen D. Epidemiology of Fetal Alcohol Syndrome in a South African community in the Western Cape Province. *Am J Public Health*. 2000; 90(12): 1905-12
- ¹⁰² 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(5): 317-26
- ¹⁰³ O'Leary CM. Fetal alcohol syndrome: diagnosis, epidemiology and developmental outcomes. *J Paediatr Child Health*. 2004; 40(1-2): 2-7
- ¹⁰⁴ Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), France. "Zero alcool pendant la grossesse". 2006. <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/06/dp060911.pdf> (ultimo accesso 17-09-2010)
- ¹⁰⁵ Dehaene P, Samaille-Villette C, Boulanger-Fasquelle P, Subtil D, Delahousse G. Diagnostic et prévalence du syndrome d'alcoolisme foetal en maternité. *Presse Med*. 1991; 20: 1002
- ¹⁰⁶ Balachova TN, Bonner BL, Isurina GL, Tsvetkova LA. Use of focus groups in developing FAS/FASD prevention in Russia. *Subst Use Misuse*. 2007; 42(5): 881-94
- ¹⁰⁷ 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(9):1562-75
- ¹⁰⁸ Mattson SN, Riley EP. A review of the neurobehavioral deficits in children with fetal alcohol syndrome or prenatal exposure to alcohol. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998; 22(2): 279-94
- ¹⁰⁹ Olson HC, Feldman JJ, Streissguth AP, Sampson PD, Bookstein FL. Neuropsychological deficits in adolescents with fetal alcohol syndrome: clinical findings. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998; 22(9): 1998-2012
- ¹¹⁰ Olson HC, Streissguth AP, Sampson PD, Barr HM, Bookstein FL, Thiede K. Association of prenatal alcohol exposure with behavioral and learning problems in early adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36(9): 1187-94
- ¹¹¹ Streissguth AP, Aase JM, Clarren SK, Randels SP, LaDue RA, Smith DF. Fetal Alcohol Syndrome in Adolescents and Adults. *JAMA*. 1991; 265(15): 1961-7
- ¹¹² Kodituwakku PW. Neurocognitive profile in children with fetal alcohol spectrum disorders. *Dev Disabil Res Rev*. 2009; 15(3): 218-24
- ¹¹³ 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
- ¹¹⁴ Jacobson JL, Jacobson SW. Effects of prenatal alcohol exposure on child development. *Alcohol Res Health*. 2002; 26(4): 282-6
- ¹¹⁵ Mattson SN, Goodman AM, Caine C, Delis DC, Riley EP. Executive functioning in children with heavy prenatal alcohol exposure. *Alcohol Clin Exp Res*. 1999; 23(11): 1808-15
- ¹¹⁶ Kodituwakku PW, Kalberg W, May PA. The effects of prenatal alcohol exposure on executive functioning. *Alcohol Res Health*. 2001; 25(3): 192-8
- ¹¹⁷ Coles CD. Fetal alcohol exposure and attention: moving beyond ADHD. *Alcohol Res Health*. 2001; 25(3): 199-203

-
- ¹¹⁸ Greenbaum RL, Stevens SA, Nash K, Koren G, Rovet J. Social cognitive and emotion processing abilities of children with fetal alcohol spectrum disorders: a comparison with attention deficit hyperactivity disorder. *Alcohol Clin Exp Res*. 2009; 33(10): 1656-70
- ¹¹⁹ Streissguth AP, Bookstein FL, Barr HM, Sampson PD, O'Malley K, Young JK. Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. *J Dev Behav Pediatr*. 2004; 25(4): 228-38
- ¹²⁰ Kelly SJ, Day N, Streissguth AP. Effects of prenatal alcohol exposure on social behavior in humans and other species. *Neurotoxicol Teratol*. 2000; 22(2): 143-9
- ¹²¹ Streissguth A. Fetal Alcohol Syndrome: A Guide for Families and Communities. *Paul H. Brookes Publishing*. Baltimore, MD, 1997
- ¹²² Benz J, Rasmussen C, Andrew G. Diagnosing fetal alcohol spectrum disorder: history, challenges and future directions. *Paediatr Child Health*. 2009; 14(4): 231-7
- ¹²³ Chudley A, Conry J, Cook J, Lock C, Rosales T, LeBlanc N. Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis. *CMAJ*. 2005. 1; 172(5 Suppl): S1-S21
- ¹²⁴ Kesmodel U. Binge drinking in pregnancy-frequency and methodology. *Am J Epidemiol*. 2001; 154(8): 777-82
- ¹²⁵ Streissguth AP. A long-term perspective of FAS. *Alcohol Health Res World*. 1994; 18: 74-82
- ¹²⁶ Autti-Rämö I. 12-year follow-up of children exposed to alcohol in utero. *Dev Med Child Neurol*. 2000; 42(6): 406-11
- ¹²⁷ Astley SJ. Fetal alcohol syndrome prevention in Washington State: evidence of success. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2004; 18: 344-51 *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2004; 18(5): 344-51
- ¹²⁸ Stoler JM, Holmes LB. Under recognition of prae-natal alcohol effects of infants of known alcohol abusing women. *J Paediatr*. 1999; 135: 430-6
- ¹²⁹ Payne J, Elliot E, D'Antoine H. Health professionals' knowledge, practice and opinions about fetal alcohol syndrome and alcohol consumption in pregnancy. *Aust N Z Public Health*. 2005; 29(6): 558-64
- ¹³⁰ Elliott EJ, Payne J, Haan E, Bower C. Diagnosis of foetal alcohol syndrome and alcohol use in pregnancy: a survey of paediatricians' knowledge, attitudes and practice. *J Paediatr Child Health*. 2006; 42 (11): 698-703
- ¹³¹ Olson HC, Jirikowic T, Kartin D; Astley SJ. Responding to the Challenge of Early Intervention for Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Infants & Young Children*. 2007; 20(2): 172-89
- ¹³² Coles CD, Kable JA, Drews-Botsch C, Falek A. Early identification of risk for effects of prenatal alcohol exposure. *Journal of Studies on Alcoholism*. 2000; 61: 607-16
- ¹³³ Astley SJ. Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders: The 4-Digit Diagnostic Code. Third Edition. University of Washington Seattle, Washington, 2004. <http://depts.washington.edu/fasdpn/pdfs/guide2004.pdf> (Ultimo accesso: 10-11-2010)
- ¹³⁴ Hoyme HE, May PA, Kalberg WO, Kodituwakku P, Gossage JP, Trujillo PM, Buckley DG, Miller JH, Aragon AS, Khaole N, Viljoen DL, Jones KL, Robinson LK: A practical clinical approach to diagnosis of Fetal Alcohol Spectrum Disorders: clarification of the 1996 Institute of Medicine criteria. *Pediatrics*. 2005; 115(1): 39-47
- ¹³⁵ Peardon E, Fremantle E, Bower C, Elliott EJ. International survey of diagnostic services for children with Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *BMC Pediatrics*. 2008; 8: 12
- ¹³⁶ 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 (ultimo accesso 20-01-2011)

-
- ¹³⁷ Stade B, Ungar WJ, Stevens B, Beyene J, Koren G. The burden of prenatal exposure to alcohol: measurement of cost. *JFAS Int.* 2006; 4:e5
- ¹³⁸ Abel EL, Sokol RJ. Incidence of fetal alcohol syndrome and economic impact of FAS-related anomalies. *Drug Alcohol Depend.* 1987; 19(1): 51-70
- ¹³⁹ Bertrand J. Interventions for children with fetal alcohol spectrum disorders (FASDs): overview of findings for five innovative research projects. *Res Dev Disabil.* 2009; 30(5): 986-1006
- ¹⁴⁰ Green JH. Fetal Alcohol Spectrum Disorders: understanding the effects of prenatal alcohol exposure and supporting students. *J Sch Health.* 2007; 77(3): 103-8
- ¹⁴¹ Astley SJ, Bailey D, Talbot T, Clarren SK. Fetal alcohol syndrome (FAS) primary prevention through FAS diagnosis: I. Identification of high-risk birth mothers through the diagnosis of their children. *Alcohol Alcohol.* 2000; 35 (5): 499-508
- ¹⁴² NYS FASD Interagency Workgroup. Take A First Look. A Guide on Fetal Alcohol Spectrum Disorders for Early Childhood Professionals. 2010. http://www.ccf.state.ny.us/Initiatives/FASDRelate/Resources/FirstLook_FASD_EC%20Professionals-WEB.pdf (ultimo accesso 25-11-2010)
- ¹⁴³ FASD Regional Training Centers Consortium. Educating Health Professionals about Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *American Journal of Health Education.* 2007; 38(6): 364-73
- ¹⁴⁴ Astley SJ, Bailey D, Talbot T, Clarren SK. Fetal alcohol syndrome (FAS) primary prevention through FAS diagnosis: I. Identification of high-risk birth mothers through the diagnosis of their children. *Alcohol Alcohol.* 2000; 35 (5): 499-508
- ¹⁴⁵ Gavaghan C. "You can't handle the truth"; medical paternalism and prenatal alcohol use. *J Med Ethics.* 2009; 35(5): 300-3
- ¹⁴⁶ Abel EL. Prevention of alcohol abuse-related birth effects – I public education efforts. *Alcohol Alcohol.* 1998; 33(4): 411-16
- ¹⁴⁷ Armstrong EM. Diagnosing moral disorder: the discovery and evolution of fetal alcohol syndrome. *Soc Sci Med.* 1998; 47(12): 2025-42
- ¹⁴⁸ Marcellus L. Is meconium screening appropriate for universal use? Science and ethics say no. *Adv Neonatal Care.* 2007; 7(4): 207-14
- ¹⁴⁹ Warren KR, Hewitt BG. Fetal alcohol spectrum disorders: when science, medicine, public policy, and laws collide. *Dev Disabil Res Rev.* 2009; 15(3): 170-5
- ¹⁵⁰ O'Leary CM, Heuzenroeder L, Elliott EJ, Bower C. A review of policies on alcohol use during pregnancy in Australia and other English-speaking countries, 2006. *Med J Aust.* 2007; 186(9): 466-71
- ¹⁵¹ 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.epicentro.iss.it/alcol/materiali/libretti/libretto_strategie_Oms.pdf (ultimo accesso 5-06-2010)
- ¹⁵² 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 (ultimo accesso 5-02-2011)
- ¹⁵³ World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. Framework for alcohol policy in the WHO European Region. 2006. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/79396/E88335.pdf (ultimo accesso 5-06-2010)
- ¹⁵⁴ 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 (ultimo accesso 5-02-2012)

¹⁵⁵ 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 (ultimo accesso 13-12-2010)

¹⁵⁶ 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 (ultimo accesso 15-02-2011)

¹⁵⁷ Goodlett C. Fetal alcohol spectrum disorders: new perspectives on diagnosis ed intervention. *Alcohol*. 2010; 44: 579-82

¹⁵⁸ 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. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. 2000. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/10report/chap05c.pdf> (ultimo accesso 15-02-2011)

¹⁵⁹ 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 Sanita*. 2006; 42(1): 53-7

¹⁶⁰ Little RE, Schultz FA, Mandell W. Drinking during pregnancy. *J Stud Alcohol*. 1976; 37: 375-9

¹⁶¹ Day NL, Jasperse D, Richardson G, Robles N, Sambamoorthi U, Taylor, P, Scher M, Stoffer D, Cornelius M. Prenatal exposure to alcohol: Effect on infant growth and morphologic characteristics. *Pediatrics*. 1989; 84: 536-41

¹⁶² Plant ML. Drinking amongst pregnant women: some initial results from a prospective study. *Alcohol Alcohol*. 1984; 19: 153-7

¹⁶³ Floyd RL, Decoufle P, Hungerford DW. Alcohol use prior to pregnancy recognition. *Am J Prev Med*. 1999; 17: 101-7

¹⁶⁴ Houet T, Vabret F, Dreyfus M, Herlicoviez M. Comparaison de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse. À partir d'une série prospective de 150 femmes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2005; 34(1): 687-93

¹⁶⁵ Tough SC, Clarke M, Clarren S. Preventing fetal alcohol spectrum disorders. Preconception counseling and diagnosis help. *Can Fam Physician*. 2005; 51: 1199-201

¹⁶⁶ Chang G. Alcohol-Screening Instruments for pregnant Women. *Alcohol Res Health*. 2001; 25(3): 204-9

¹⁶⁷ Mengel MB, Searight HR, Cook K. Preventing alcohol-exposed pregnancies. *J Am Board Fam Med*. 2006;19(5): 494-505

¹⁶⁸ Sokol RJ, Martier S, Ager JW. The TACE questions: Practical prenatal detection of risk-drinking. *Am J Obstet Gynecol*. 1989; 160(4): 863-70

¹⁶⁹ Chan AW, Pristach EA, Welte, JW, Russell M. Use of the TWEAK test in screening for alcoholism/heavy drinking in three populations. *Alcohol Clin Exp Res*. 1993; 17(6): 1188-92

¹⁷⁰ Göransson M, Magnusson A, Heilig M. Identifying hazardous alcohol consumption during pregnancy: implementing a research-based model in real life. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006; 85(6): 657-62

¹⁷¹ Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Zhou Y. Effectiveness of the derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk drinking in the US general population. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005; 29: 844-54

-
- ¹⁷² Göransson M, Magnusson A, Bergman H, Rydberg U, Heilig M. Fetus at risk: prevalence of alcohol consumption during pregnancy estimated with a simple screening method in Swedish antenatal clinics. *Addiction*. 2003; 98:1513–20
- ¹⁷³ Burns E, Gray R, Smith LA. Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review. *Addiction*. 2010; 105(4): 601-14
- ¹⁷⁴ Floyd RL, O'Connor MJ, Bertrand J, Sokol R. Reducing Adverse Outcomes from Prenatal Alcohol Exposure: A Clinical Plan of Action. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006; 30(8): 1271-5
- ¹⁷⁵ Kesmodel U, Olsen SF. Self reported alcohol intake in pregnancy: comparison between four methods. *J Epidemiol Community Health*. 2001; 55: 738-45
- ¹⁷⁶ Armstrong EM, Abel, E. L. Fetal Alcohol Syndrome: the origins of a moral panic. *Alcohol Alcohol*. 2000; 35: 276-82
- ¹⁷⁷ Carson G, Cox LV, Crane J, Croteau P, Graves L, Kluka S, Koren G, Martel MJ, Midmer D, Nulman I, Poole N, Senikas V, Wood R. Alcohol use and pregnancy consensus clinical guidelines. *J Obstet Gynaecol Can*. 2010; 32(8 Suppl 3): S1-31
- ¹⁷⁸ Floyd RL, Jack BW, Cefalo R. The clinical content of preconception care: alcohol, tobacco and illicit drug exposures. *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 199: S333-S339
- ¹⁷⁹ Floyd RL, Weber MK, Denny C, O'Connor MJ. Prevention of Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Dev Disabil Res Rev*. 2009; 15(3): 193-9
- ¹⁸⁰ Atrash HK, Johnson K, Adams M, Cordero JF, Howse J. Preconception care for improving perinatal outcomes: the time to act. *Matern Child Health J*. 2006;10 (5 Suppl): S3-11
- ¹⁸¹ Floyd RL, O'Connor MJ, Sokol RJ; Bertrand J, Cordero JF. Recognition and Prevention of Fetal Alcohol Syndrome. *Obstet Gynecol*. 2005; 106(5): 1059-64
- ¹⁸² Floyd RL, Ebrahim S, Tsai J, O'Connor M, Sokol R. Strategies to reduce alcohol-exposed pregnancies. *Matern Child Health J*. 2006; 10(5 Suppl): S149-51
- ¹⁸³ Chang G. Brief interventions for problem drinking and women. *Subst Abuse Treat*. 2002; 23(1): 1-7
- ¹⁸⁴ Floyd RL, Sobell M, Velasquez MM, Ingersoll K, Nettleman M, Sobell L. Preventing Alcohol-Exposed Pregnancies. A randomized Controlled Trial. *Am J Prev Med*. 2007; 32(1): 1-10
- ¹⁸⁵ The Project CHOICES Intervention Research Group. Reducing the risk of alcohol-exposed pregnancies: a study of a motivational intervention in community settings. *Pediatrics*. 2003; 111: 1131-35
- ¹⁸⁶ Koren G, Nulman I, Chudley AE, Looke C. Fetal alcohol spectrum disorder. *CMAJ*. 2003; 169(11): 1181-5
- ¹⁸⁷ Robert M, Carceller A, Domken V, Ramos F Dobrescu O, Simard M-N, Gosselin J. Physical and neurodevelopmental evaluation of children adopted from Eastern Europe. *Can J Clin Pharmacol*. 2009; 16 (3) e432-e440
- ¹⁸⁸ Smith IE, Coles CD. Multilevel intervention for prevention of fetal alcohol syndrome and effects of prenatal alcohol exposure. *Recent Dev Alcohol*. 1991; 9:165-80
- ¹⁸⁹ Masis KB, May PA. A comprehensive local program for the prevention of Fetal Alcohol Syndrome. *Public Health Rep*. 1991; 106(5), 484-89
- ¹⁹⁰ May PA. Multiple-level comprehensive approach to the prevention of Fetal Alcohol Syndrome and other alcohol-related birth defects. *International Journal of Addictions*. 1995; 30(12): 1549-1602
- ¹⁹¹ Canadian Paediatric Society. Prevention of Fetal Alcohol Syndrome (FAS) and Fetal Alcohol Effects (FAE) in Canada. *Paediatr Child Health*. 1997; 2(2): 143-5. <http://www.cps.ca/english/statements/fn/cps96-01.htm> (ultimo accesso 18-11-2009)

-
- ¹⁹² Pool NA, Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) prevention: Canadian Perspectives. Public Agency of Canada, 2008. <http://www.phac-aspc.gc.ca/fasd-etcaf/index-eng.php> (ultimo accesso 15-10-2010)
- ¹⁹³ Ott MK, Quinn L, Thompson SJ. A social ecological analysis of fetal alcohol spectrum disorders prevention programming. *J FAS Int.* 2004; 2: e11: 2-5
- ¹⁹⁴ Community Action Guide. Working together for the prevention of Fetal Alcohol Syndrome. BC FAS resource society. 1998. British Columbia. <http://www.motherisk.org/fas1/resources/articles/community.pdf>. (Ultimo accesso: 20-10-2010)
- ¹⁹⁵ Habbick BF, Nanson JL, Snyder RE, Casey RE, Schulman AL. Fetal alcohol syndrome in Saskatchewan: Unchanged incidence in a 20-year period. *Canadian Journal of Public Health.* 1996; 87: 204-7.
- ¹⁹⁶ Olsen J, Frische G, Poulsen AO, Kirchheiner H. Changing smoking, drinking, and eating behaviour among pregnant women in Denmark. Evaluation of a health campaign in a local region. *Scand J Soc Med.* 1989; 17(4): 277-80
- ¹⁹⁷ Kaskutas L, Greenfield L, Lee M, Cote J. Reach and effects of health messages on drinking during pregnancy. *J Hea Ed.* 1998; 29(1): 11-9
- ¹⁹⁸ Hankin JR. Fetal alcohol syndrome prevention research. *Alcohol Res Health.* 2002; 26: 58-65
- ¹⁹⁹ Hankin JR. FAS prevention strategies: passive and active measures. *Alcohol Health Res World.* 1994; 18: 62-6
- ²⁰⁰ O'connor MJ, Whaley SE. Health Care Provider Advice and Risk Factors Associated With Alcohol Consumption Following Pregnancy Recognition. *J Stud Alcohol.* 2006; 67: 22-31
- ²⁰¹ Reynolds KD, Coombs DW, Lowe JB, Peterson PL, Gayoso E. Evaluation of a self-help program to reduce alcohol consumption among pregnant women. *Int J Addict.* 1995; 30(4): 427-43
- ²⁰² O'Connor MJ, Whaley SE. Brief intervention for alcohol use by pregnant women. *Am J Public Health.* 2007; 97(2): 252-8
- ²⁰³ Eisen M, Keyser-Smith J, Dampeer J, Sambrano S. Evaluation of substance use outcomes in demonstration projects for pregnant and postpartum women and their infants: findings from a quasi-experiment. *Addict Behav.* 2000; 25(1):123-9
- ²⁰⁴ Schorling JB. The prevention of prenatal alcohol use: A critical analysis of intervention studies. *J Stud Alcohol.* 1993; 54(3): 261-67
- ²⁰⁵ Stade BC, Bailey C, Dzenoletas D, Sgro M, Dowswell T, Bennett D. Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; 15(2): CD004228
- ²⁰⁶ Hankin JR, Sloan JJ, Firestone IJ, Ager JW, Sokol RJ, Martier SS, Townsend J. The alcohol beverage warning label: when did knowledge increase? *Alcohol Clin Exp Res.* 1993;17(2): 428-30
- ²⁰⁷ Murphy-Brennan MG, Oei TP. Is there evidence to show that fetal alcohol syndrome can be prevented? *J Drug Educ.* 1999; 29(1): 5-24
- ²⁰⁸ Chang G, McNamara TK, Orav EJ, Koby D, Lavigne A, Ludman B, Vincitorio NA, Wilkins-Haug L. Brief intervention for prenatal alcohol use: a randomized trial. *Obstet Gynecol.* 2005; 105(5 Pt 1): 991-8
- ²⁰⁹ Koren G. Drinking and pregnancy. *CMAJ* 1991; 145(12): 1552, 1554
- ²¹⁰ Koren G. Alcohol consumption in early pregnancy. How much will harm a fetus? *Can Fam Physician.* 1996; 12: 2141-3
- ²¹¹ Abel EL. Prevention of alcohol abuse-related birth effects - II Targeting and pricing. *Alcohol Alcohol.* 1998; 33: 417-420

-
- ²¹² Deshpande S, Basil M, Basford L, Thorpe K, Piquette-Tomei N, Droessler J, Cardwell K, Williams RJ, Bureau A. Promoting alcohol abstinence among pregnant women: Potential social change strategies. *Health Mark Q.* 2005; 23(2): 45-67
- ²¹³ Caley L, Syms C, Robinson L, Cederbaum J, Henry M, Shipkey N. What Human services professionals know and what to know about Fetal Alcohol Syndrome. *Can J Clin Pharmacol.* 2008; 15(1): e117-123
- ²¹⁴ Tough SC, Clarke M, Hicks M. Knowledge and attitudes of canadian psychiatrists regarding fetal alcohol spectrum disorders. *Can Child Adolesc Psychiatr Rev.* 2003; 12(3): 64-71
- ²¹⁵ Peadon E, O'Leary C, Bower C, Elliot E. Impacts of alcohol use in pregnancy. The role of the GP. *Aust Fam Physician.* 2007; 36(11): 935-9
- ²¹⁶ Osborn JA, Harris SR, Weinberg J. Fetal alcohol syndrome: review of the literature with implications for physical therapists. *Phys Ther.* 1993; 73(9): 599-607
- ²¹⁷ Green LW, Eriksen MP; Schor EL. Preventive practices by physicians: Behavioral determinants and potential interventions. *Am J Prev med.* 1988; 4: 101-7
- ²¹⁸ Jones-Webb R, McKiver M, Pirie P, Miner K. Relationship between physician advice and tobacco and alcohol use during pregnancy. *Am J Prev med.* 1999; 16(3): 244-247
- ²¹⁹ Senecky Y, Inbar D, Diamond G, Base-Vanagaite L, Rigler S, Chodick G. Fetal Alcohol Spectrum Disorders in Israel. *IMAY.* 2009; 11: 619-621
- ²²⁰ Nevin AC, Parshuram C, Nulman I, Koren G, Einarson A. A survey of physicians knowledge regarding awareness of maternal alcohol use and the diagnosis of FAS. *BMC Family practice.* 2002, 3:2
- ²²¹ Nanson JL, Bolaria R, Snyder RE; Morse BA, Weiner L. Physician awareness of Fetal Alcohol Syndrome: a survey of pediatricians and general practitioners. *CMAJ.* 1995; 152(7): 1071-6
- ²²² Diekman ST, Floyd RL, Découflé P. A survey of obstetrician-gynecologists on their patients' alcohol use during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2000; 95(5): 756-763
- ²²³ Gahagan S, Sharpe TT, Brimacombe M, Fry-Johnson Y et al. Pediatricians' Knowledge, Training, and Experience in the care of children With Fetal Alcohol Syndrome. *Pediatrics.* 2006; 118: e657-e668
- ²²⁴ FASD Regional Training Centers Curriculum Development Team. Fetal alcohol spectrum disorders competency-based curriculum development guide for medical and allied health education and practice. Atlanta, GA. Centers for Disease Control and Prevention, 2009. <http://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/training.html> (ultimo accesso: 21-11-2010)
- ²²⁵ Little RE, Streissguth AP, Guzinski GM, Grathwohl HL, Blumhagen JM, McIntyre CE. Change in obstetrician advice following a two-year community educational program on alcohol use and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1983; 146(1): 23-8
- ²²⁶ Brimacombe M, Nayèem A, Aduato S, DeJoseph M, Zimmerman-Bier B. Fetal Alcohol Syndrome related knowledge assessment and comparison in New Jersey health professionals groups. *Can J Clin Pharmacol.* 2008; 15(1) e57-e65
- ²²⁷ MacKinnon DP, Williams-Avery RM, Pentz MA. Youth beliefs and knowledge about the risk of drinking while pregnant. *Public Health Reports.* 1995; 110: 754-763.
- ²²⁸ Newcomb MD, Maddahian E, Bentler PM. Risk factors for drug use among adolescents: concurrent and longitudinal analyses. *Am J Public Health.* 1986; 76: 525-531.
- ²²⁹ Merline A, Jager J, Schulenberg JE. Adolescent risk factors for adult alcohol use and abuse: stability and change of predictive values across early and middle adulthood. *Addiction.* 2008; 103(suppl 1): 84-99.

-
- ²³⁰ Grant TM, Huggins JE, Sampson PD, Ernst CC, Barr HM, Streissguth AP. Alcohol Use Prior to and During Pregnancy in Western Washington, 1989–2004: Implications for Preventing Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Am J Obstet Gynecol.* 2009; 200(3): 278.e1–278.e8
- ²³¹ Alberta Learning (Canada). Teaching for the prevention of Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD). 2002. <http://education.alberta.ca/media/313388/fas.pdf> (ultimo accesso: 21-11-2010)
- ²³² National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Better safe than sorry: preventing a tragedy. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Science/BetterSafeThanSorry/WhyTeach1.html> (ultimo accesso 15-10-2010)
- ²³³ Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Statement No. 5. 2006 http://www.alcoholpolicy.net/files/RCOG_Alcohol_pregnancy_March_06.pdf (ultimo accesso 15-10-2010)
- ²³⁴ Ceccanti M, Spagnolo PA, Tarani L, Attilia ML, Chessa L, Mancinelli R, Stegango M, Sasso GF, Romeo M; Jones KL, Robonson 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. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews.* 2007; 270-7
- ²³⁵ The Northern Family Health Society (NFHS). An Overall Vision for FAS Prevention in our Communities. 2002. http://www.nfhs-pg.org/documents/healthy-overall_vision.pdf. (ultimo accesso 15-10-2010)
- ²³⁶ Public Health Agency of Canada. Ontario's Maternal Newborn and Early Child Development Resource Centre. What we have learned: Key Canadian FASD awareness campaigns. 2005. http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/fasd-ac-etcaf-cs/pdf/fasd-ac-etcaf-cs_e.pdf (ultimo accesso 09-04-2010)
- ²³⁷ World Health Organization. Handbook for action to reduce alcohol-related harm. 2009 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/43320/E92820.pdf (ultimo accesso 09-04-2010)
- ²³⁸ Calhoun F, Attilia ML, Spagnolo PA, Rotondo C, Mancinelli R, Ceccanti M. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism and the study of fetal alcohol spectrum disorders. The International Consortium. *Ann Ist Super Sanità.* 2006; 42(1): 4-7
- ²³⁹ Cichetti B, Lizzi D. La fetopatia alcoolica. *Medico e Bambino.* 1983; 1: 34-9
- ²⁴⁰ Ripabelli G, Cimmino L, Grasso GM. Alcohol consumption, pregnancy and fetal alcohol syndrome: implications in public health and preventive strategies. *Ann Ig.* 2006;18(5): 391-406
- ²⁴¹ ISTAT. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2007. http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20080417_00/testointegrale20080417.pdf (ultimo accesso 09-04-2010)
- ²⁴² Primatesta P, Del Corno G, Bonazzi MC, Waters WE. Alcohol and pregnancy: an international comparison. *J Public Health Med.* 1993; 15(1): 69-76
- ²⁴³ Bonati M, Fellin G. Changes in smoking and drinking behaviour before and during pregnancy in Italian mothers: implications for public health intervention. ICGDUP (Italian Collaborative Group on Drug Use in Pregnancy). *Int J Epidemiol.* 1991; 20(4): 927-32
- ²⁴⁴ Pichini S, Morini L, Marchei E, Palmi I, Rotolo MC, Vagnarelli F, Garcia-Algar O, Vall O, Zucaro P. Ethylglucuronide and ethylsulfate in meconium to assess gestational ethanol exposure: preliminary results in two Mediterranean cohorts. *Can J Clin Pharmacol.* 2009;16(2): e370-5
- ²⁴⁵ Morini L, Marchei E, Vagnarelli F, Garcia Algar O, Groppi A, Mastrobattista L, Pichini S. Ethyl glucuronide and ethyl sulfate in meconium and hair-potential biomarkers of intrauterine exposure to ethanol. *Forensic Sci Int.* 2010. 20; 196 (1-3): 74-7

-
- ²⁴⁶ Battistella G, Bazzo S, Bottarel M, Czerwinsky Domenis L, Moino G, Riscica P. Il consumo di alcol in gravidanza, Azienda ULSS 9 di Treviso – 2010. *Not Ist Super Sanità*. 2010; 23(12): iii-iv
- ²⁴⁷ Donati S, Andreozzi S, Medda E, Grandolfo ME. Salute riproduttiva tra gli adolescenti: conoscenze, attitudini e comportamenti. Istituto Superiore di sanità. *Rapporti ISTISAN 00/7*. 2000 (ultimo accesso 06-10-2010)
- ²⁴⁸ Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool. Gli italiani e l'alcool Consumi, Tendenze e Atteggiamenti. V Indagine Nazionale Doxa. *QUADERNI DELL'OSSERVATORIO 18*. 2007. <http://www.alcol.net/images/Quaderni/quaderno18.pdf> (ultimo accesso 06-10-2010)
- ²⁴⁹ Struzzo P, De Faccio S, Moscatelli E, Scafato E. Identificazione precoce dei bevitori a rischio in Assistenza Primaria in Italia: adattamento del questionario AUDIT e verifica dell'efficacia d'uso dello short-AUDIT test nel contesto nazionale. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo*. 2006; XXIX – n.1-2: 20-25
- ²⁵⁰ ISTAT. Indagine statistica multiscopo sulle famiglie. Aspetti della vita quotidiana. Anno 2008. (ultima consultazione). http://www.istat.it/strumenti/rispondenti/indagni/famiglia_societa/vitaquotidiana/2008/mod_ISTAT_IMF_7_B_08.pdf (ultimo accesso 06-10-2010)
- ²⁵¹ Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, Morgan M. The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe. 2004. http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/The_2003_ESPAD_report.pdf (ultimo accesso 06-10-2010)
- ²⁵² Lemola S, Grob A. Drinking and smoking in pregnancy: which questions do Swiss physicians ask? *SWISS MED WKLY*. 2007;137: 66–9
- ²⁵³ Public Health Agency of Canada. Alcohol use during pregnancy and awareness of fetal alcohol syndrome and Fetal Alcohol Spectrum Disorder. Results of a national survey. Final report. 2006. http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/fas-saf-natsurv-2006/pdf/ap-ag-finalreport06_e.pdf (ultimo accesso 7-09-2010)

Bibliografia (ordine alfabetico)

- Aase JM, Jones KL, Clarren SK Do we need the term FAE? *Pediatrics*. 1995; 95(3): 428-30
- Abate P, Pueta M, Spear NE, Molina JC. Fetal learning about ethanol and later ethanol responsiveness: evidence against safe amounts of prenatal exposure. *Exp Biol Med*. 2008; 233(2): 139-54
- Abel EL, Hannigan GL. Maternal risk factors in fetal alcohol syndrome: provocative and permissive influences. *Neurotoxicol Teratol*. 1995;17(4): 445-62
- Abel EL, Sokol RJ. Fetal Alcohol Syndrome is now leading cause of mental retardation. *Lancet*. 1986; 2(8517): 1222
- Abel EL, Sokol RJ. Incidence of fetal alcohol syndrome and economic impact of FAS-related anomalies. *Drug Alcohol Depend*. 1987; 19(1): 51-70
- Abel EL, Sokol RJ: Incidence of Fetal Alcohol Syndrome and economic impact of FAS-related anomalies. *Drug Alcohol Depend*. 1987; 19(1): 51-70
- Abel EL. An update on incidence of FAS: FAS is not an equal opportunity birth defect. *Neurotoxicol Teratol*. 1995; 17(4): 437-43
- Abel EL. Fetal alcohol syndrome in families. *Neurotoxicol Teratol*. 1988; 10(1): 1-2
- Abel EL. Prevention of alcohol abuse-related birth effects - I public education efforts. *Alcohol Alcohol*. 1998; 33(4): 411-16
- Abel EL. Prevention of alcohol abuse-related birth effects - II Targeting and pricing. *Alcohol Alcohol*. 1998; 33: 417-420
- Alberta Learning (Canada). Teaching for the prevention of Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD). 2002. <http://education.alberta.ca/media/313388/fas.pdf> (ultimo accesso: 21-11-2010)
- Armstrong EM, Abel EL. Fetal Alcohol Syndrome: the origins of a moral panic. *Alcohol Alcohol*. 2000; 35(3): 276-82
- Armstrong EM, Abel, E. L. Fetal Alcohol Syndrome: the origins of a moral panic. *Alcohol Alcohol*. 2000; 35: 276-82
- Armstrong EM. Diagnosing moral disorder: the discovery and evolution of fetal alcohol syndrome. *Soc Sci Med*. 1998; 47(12): 2025-42
- Astley SJ, Bailey D, Talbot T, Clarren SK. Fetal alcohol syndrome (FAS) primary prevention through FAS diagnosis: I. Identification of high-risk birth mothers through the diagnosis of their children. *Alcohol Alcohol*. 2000; 35 (5): 499-508
- Astley SJ, Clarren SK. Diagnosing the full spectrum of fetal alcohol exposed individuals: introducing the 4-Digit Diagnostic Code. *Alcohol Alcohol*. 2000; 35(4): 400-10

-
- Astley SJ. Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders: The 4-Digit Diagnostic Code. Third Edition. University of Washington Seattle, Washington, 2004.
<http://depts.washington.edu/fasdprn/pdfs/guide2004.pdf> (Ultimo accesso: 10-11-2010)
- Astley SJ. Fetal alcohol syndrome prevention in Washington State: evidence of success. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2004; 18: 344-51 *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2004; 18(5): 344-51
- Atrash HK, Johnson K, Adams M, Cordero JF, Howse J. Preconception care for improving perinatal outcomes: the time to act. *Matern Child Health J*. 2006;10 (5 Suppl): S3-11
- Autti-Ramo I. Foetal Alcohol Syndrome - a multifaceted condition. *Dev Med Child Neurol*. 2002; 44(2): 141-4
- Autti-Rämö I. 12-year follow-up of children exposed to alcohol in utero. *Dev Med Child Neurol*. 2000; 42(6): 406-11
- Balachova TN, Bonner BL, Isurina GL, Tsvetkova LA. Use of focus groups in developing FAS/FASD prevention in Russia. *Subst Use Misuse*. 2007; 42(5): 881-94
- Battistella G, Bazzo S, Bottarel M, Czerwinsky Domenis L, Moino G, Riscica P. Il consumo di alcol in gravidanza, Azienda ULSS 9 di Treviso - 2010. *Not Ist Super Sanità*. 2010; 23(12): iii-iv
- Benz J, Rasmussen C, Andrew G. Diagnosing fetal alcohol spectrum disorder: history, challenges and future directions. *Paediatr Child Health*. 2009; 14(4): 231-7
- Bertinato L, Mirandola M, Rampazzo L, Santinello M (a cura di). Secondo rapporto sullo stato di salute e gli stili di vita dei giovani veneti in età scolare. HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare) report 2002. <http://www.hbsc.unito.it/hbsc/files/RapportoHBSC2002veneto.pdf> (ultimo accesso 12-12-2010)
- 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 (ultimo accesso 21-08-2010)
- Bertrand J, Floyd RL, Weber MK. Guidelines for identifying and referring persons with Fetal Alcohol Syndrome. *MMWR*. 2005; 54(RR11): 1-10
- Bertrand J. Interventions for children with fetal alcohol spectrum disorders (FASDs): over-view of findings for five innovative research projects. *Res Dev Disabil*. 2009; 30(5): 986-1006
- BMA Board of Science. Fetal alcohol spectrum disorders: A guide for healthcare professionals. 2007. [http://www.bma.org.uk/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDFFetalalcohol/\\$FILE/FetalAlcoholSpectrumDisorders.pdf](http://www.bma.org.uk/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDFFetalalcohol/$FILE/FetalAlcoholSpectrumDisorders.pdf) (ultimo accesso 12-07-2009)
- Bonati M, Fellin G. Changes in smoking and drinking behaviour before and during pregnancy in Italian mothers: implications for public health intervention. ICGDUP (Italian Collaborative Group on Drug Use in Pregnancy). *Int J Epidemiol*. 1991; 20(4): 927-32
- Brimacombe M, Nayèem A, Aduabato S, DeJoseph M, Zimmerman-Bier B. Fetal Alcohol Syndrome related knowledge assessment and comparison in New Jersey health professionals groups. *Can J Clin Pharmacol*. 2008; 15(1) e57-e65
- Burden MJ, Jacobson SW, Sokol RJ, Jacobson JL. Effects of prenatal alcohol exposure on attention and working memory at 7.5 years of age. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005; 29(3): 443-52
- Burns E, Gray R, Smith LA. Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review. *Addiction*. 2010; 105(4): 601-14

-
- Caley L, Syms C, Robinson L, Cederbaum J, Henry M, Shipkey N. What Human services professionals know and what to know about Fetal Alcohol Syndrome. *Can J Clin Pharmacol*. 2008; 15(1): e117-123
- Calhoun F, Attilia ML, Spagnolo PA, Rotondo C, Mancinelli R, Ceccanti M. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism and the study of fetal alcohol spectrum disorders. The International Consortium. *Ann Ist Super Sanità*. 2006; 42(1): 4-7
- Canadian Paediatric Society. Prevention of Fetal Alcohol Syndrome (FAS) and Fetal Alcohol Effects (FAE) in Canada. *Paediatr Child Health*. 1997; 2(2): 143-5.
<http://www.cps.ca/english/statements/fn/cps96-01.htm> (ultimo accesso 18-11-2009)
- Carson G, Cox LV, Crane J, Croteau P, Graves L, Kluka S, Koren G, Martel MJ, Midmer D, Nulman I, Poole N, Senikas V, Wood R. Alcohol use and pregnancy consensus clinical guide-lines. *J Obstet Gynaecol Can*. 2010; 32(8 Suppl 3): S1-31
- Ceccanti M, Spagnolo PA, Tarani L, Attilia ML, Chessa L, Mancinelli R, Stegango M, Sasso GF, Romeo M; Jones KL, Robonson 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. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2007; 270-7
- 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 - II ristampa aprile 2009. http://www.epicentro.iss.it/alcol/materiali/libretti/libretto_strategie_Oms.pdf (ultimo accesso 5-06-2010)
- Chan AW, Pristach EA, Welte, JW, Russell M. Use of the TWEAK test in screening for alcoholism/heavy drinking in three populations. *Alcohol Clin Exp Res*. 1993; 17(6): 1188-92
- Chang G, McNamara TK, Orav EJ, Koby D, Lavigne A, Ludman B, Vincitorio NA, Wilkins-Haug L. Brief intervention for prenatal alcohol use: a randomized trial. *Obstet Gynecol*. 2005; 105(5 Pt 1): 991-8
- Chang G. Alcohol-Screening Instruments for pregnant Women. *Alcohol Res Health*. 2001; 25(3): 204-9
- Chang G. Brief interventions for problem drinking and women. *Subst Abuse Treat*. 2002; 23(1): 1-7
- Chiapparino F, Parazzini F, Chatenoud L, Ricci E, Sandretti F, Cipriani S, Caserta D, Fedele L. Alcohol drinking and risk of small for gestational age birth. *Eur J Clin Nutr*. 2006; 60(9): 1062-6
- Chudley A, Conry J, Cook J, Looock C, Rosales T, LeBlanc N. Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis. *CMAJ*. 2005. 1; 172(5 Suppl): S1-S21
- 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
- Cichetti B, Lizzi D. La fetopatia alcoolica. *Medico e Bambino*. 1983; 1: 34-9
- Clarren SK, Randels SP, Sanderson M, Finemann RM. Screening for fetal alcohol syndrome in primaty schools: a feasibility study. *Teratology*. 2001; 63: 3-10
- Clarren SK. Recognition of Fetal Alcohol Syndrome. *JAMA*. 1981; 245(23):2436-9
- Cohen-Kerem R, Koren G. Antioxidants and fetal protection against ethanol teratogenicity. I. Review of the experimental data and implications to humans. *Neurotoxicol Teratol*. 2003; 25(1): 1-9
- Coles C. Critical periods for prenatal alcohol exposure. *Alcohol Health Res World*. 1994; 18(1): 22-29

-
- Coles CD, Kable JA, Drews-Botsch C, Falek A. Early identification of risk for effects of prenatal alcohol exposure. *Journal of Studies on Alcoholism*. 2000; 61: 607-16
- Coles CD. Fetal alcohol exposure and attention: moving beyond ADHD. *Alcohol Res Health*. 2001; 25(3): 199-203
- Community Action Guide. Working together for the prevention of Fetal Alcohol Syndrome. BC FAS resource society. 1998. British Columbia.
<http://www.motherisk.org/fas1/resources/articles/community.pdf>. (Ultimo accesso: 20-10-2010)
- Cordero JF, Floyd RL, Martin ML, Davis M, Hymbaugh K. Tracking the prevalence of FAS. *Alcohol Health Res World*. 1994; 18(1): 82-5
- Cosmi EV, Maranghi L, Cosmi E, Gojni? M, Salernitano D. Droghe e gravidanza. *Ann Ist Super Sanita*. 2002; 38(3): 265-70
- Davis A, Lipson A. A challenge in managing a family with fetal alcohol syndrome. *Clin Pediatr*. 1984; 23(5): 304
- Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Zhou Y. Effectiveness of the derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk drinking in the US general population. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005; 29: 844-54
- Day NL, Jasperse D, Richardson G, Robles N, Sambamoorthi U, Taylor, P, Scher M, Stoffer D, Cornelius M. Prenatal exposure to alcohol: Effect on infant growth and morphologic characteristics. *Pediatrics*. 1989; 84: 536-41
- Day NL, Richardson GA. Prenatal alcohol exposure: a continuum of effects. *Semin Perinatol*. 1991;15(4): 271-9
- Dehaene P, Samaille-Villette C, Boulanger-Fasquelle P, Subtil D, Delahousse G. Diagnostic et prévalence du syndrome d'alcoolisme foetal en maternité. *Presse Med*. 1991, 20: 1002
- 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 (ultimo accesso 20-01-2011)
- Deshpande S, Basil M, Basford L, Thorpe K, Piquette-Tomei N, Droessler J, Cardwell K, Williams RJ, Bureau A. Promoting alcohol abstinence among pregnant women: Potential social change strategies. *Health Mark Q*. 2005; 23(2): 45-67
- Diekman ST, Floyd RL, Découflé P. A survey of obstetrician-gynecologists on their patients' alcohol use during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2000; 95(5): 756-763
- Donati S, Andreozi S, Medda E, Grandolfo ME. Salute riproduttiva tra gli adolescenti: conoscenze, attitudini e comportamenti. Istituto Superiore di sanità. Rapporti ISTISAN 00/7. 2000 (ultimo accesso 06-10-2010)
- Dufour MC. What is moderate drinking? Defining "Drinks" and Drinking Levels. *Alcohol Res Health*. 1999; 23(1): 5-14
- Dunty WC, Chen S, Zucker RM, Dehart DB, Sulik KK. Selective vulnerability of embryonic cell populations to ethanol-induced apoptosis: implications for alcohol-related birth defects and neurodevelopmental disorder. *Alcohol Clin Exp Res*. 2001; 25(10): 1523-35
- Eisen M, Keyser-Smith J, Dampeer J, Sambrano S. Evaluation of substance use outcomes in demonstration projects for pregnant and postpartum women and their infants: findings from a quasi-experiment. *Addict Behav*. 2000; 25(1):123-9
- Elliott EJ, Payne J, Haan E, Bower C. Diagnosis of foetal alcohol syndrome and alcohol use in pregnancy: a survey of paediatricians' knowledge, attitudes and practice. *J Paediatr Child Health*. 2006; 42 (11): 698-703

-
- Elliott L, Coleman K, Suebwongpat A, Norris S. Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD): systematic reviews of prevention, diagnosis and management. HSAC Report. 2008; 1(9) http://www.healthsac.net/downloads/publications/HSAC07_FASD_FINALv3.pdf (ultimo accesso 3-09-2010)
- FASD Regional Training Centers Consortium. Educating Health Professionals about Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *American Journal of Health Education*. 2007; 38(6): 364-73
- FASD Regional Training Centers Curriculum Development Team. Fetal alcohol spectrum disorders competency-based curriculum development guide for medical and allied health education and practice. Atlanta, GA. Centers for Disease Control and Prevention, 2009. <http://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/training.html> (ultimo accesso: 21-11-2010)
- 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 Sanita*. 2006; 42(1): 53-7
- Floyd RL, Decoufle P, Hungerford DW. Alcohol use prior to pregnancy recognition. *Am J Prev Med*. 1999; 17: 101-7
- Floyd RL, Ebrahim S, Tsai J, O'Connor M, Sokol R. Strategies to reduce alcohol-exposed pregnancies. *Matern Child Health J*. 2006; 10(5 Suppl): S149-51
- Floyd RL, Jack BW, Cefalo R. The clinical content of preconception care: alcohol, tobacco ed illicit drug exposures. *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 199: S333-S339
- Floyd RL, O'Connor MJ, Bertrand J, Sokol R. Reducing Adverse Outcomes from Prenatal Alcohol Exposure: A Clinical Plan of Action. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006; 30(8): 1271-5
- Floyd RL, O'Connor MJ, Sokol RJ, Bertrand J, Cordero JF. Recognition and Prevention of Fetal Alcohol Syndrome. *Obstet Gynecol*. 2005; 106(5): 1059-64
- Floyd RL, Sobell M, Velasquez MM, Ingersoll K, Nettleman M, Sobell L. Preventing Alcohol-Exposed Pregnancies. A randomized Controlled Trial. *Am J Prev Med*. 2007; 32(1): 1-10
- Floyd RL, Weber MK, Denny C, O'Connor MJ. Prevention of Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Dev Disabil Res Rev*. 2009; 15(3): 193-9
- Gahagan S, Sharpe TT, Brimacombe M, Fry-Johnson Y et al. Pediatricians' Knowledge, Training, and Experience in the care of children With Fetal Alcohol Syndrome. *Pediatrics*. 2006; 118: e657-e668
- Gavaghan C. "You can't handle the truth"; medical paternalism and prenatal alcohol use. *J Med Ethics*. 2009; 35(5): 300-3
- Goldschmidt L, Richardson GA, Stoffer DS, Geva D, Day NL. Prenatal alcohol exposure and academic achievement at age six: a nonlinear fit. *Alcohol Clin Exp Res*. 1996; 20(4): 763-70
- Goodlett C. Fetal alcohol spectrum disorders: new perspectives on diagnosis ed intervention. *Alcohol*. 2010; 44: 579-82
- Goodlett CR, Gilliam DM, Nichols JM, West JR. Genetic influence on brain growth restriction induced by development exposure to alcohol. *Neurotoxicology*. 1989; 10(3): 321-34
- Goodlett CR, Horn K. Mechanisms of alcohol induced damage to the developing nervous system. *Alcohol Res Health*. 2001; 25(3): 175-84
- Goodlett CR, Horn KH, Zhou FC. Alcohol teratogenesis: mechanisms of damage and strategies for intervention. *Exp Biol Med*. 2005; 230(6): 394-406
- Göransson M, Magnusson A, Bergman H, Rydberg U, Heilig M. Fetus at risk: prevalence of alcohol consumption during pregnancy estimated with a simple screening method in Swedish antenatal clinics. *Addiction*. 2003; 98:1513-20

-
- Göransson M, Magnusson A, Heilig M. Identifying hazardous alcohol consumption during pregnancy: implementing a research-based model in real life. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006; 85(6): 657-62
- Grant TM, Huggins JE, Sampson PD, Ernst CC, Barr HM, Streissguth AP. Alcohol Use Prior to and During Pregnancy in Western Washington, 1989-2004: Implications for Preventing Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Am J Obstet Gynecol.* 2009; 200(3): 278.e1-278.e8
- Green JH. Fetal Alcohol Spectrum Disorders: understanding the effects of prenatal alcohol exposure and supporting students. *J Sch Health.* 2007; 77(3): 103-8
- Green LW, Eriksen MP; Schor EL. Preventive practices by physicians: Behavioral determinants and potential interventions. *Am J Prev med.* 1988; 4: 101-7
- Greenbaum RL, Stevens SA, Nash K, Koren G, Rovet J. Social cognitive and emotion processing abilities of children with fetal alcohol spectrum disorders: a comparison with attention deficit hyperactivity disorder. *Alcohol Clin Exp Res.* 2009; 33(10): 1656-70
- Guerri C, Bazinet A, Riley EP. Foetal Alcohol Spectrum Disorders and Alterations in Brain and Behaviour. *Alcohol Alcohol.* 2009; 44(2): 108-14
- Guerri C. Mechanisms involved in central nervous system dysfunctions induced by prenatal alcohol exposure. *Neurotox Res.* 2002; 4(4): 327-35
- Habbick BF, Nanson JL, Snyder RE, Casey RE, Schulman AL. Fetal alcohol syndrome in Saskatchewan: Unchanged incidence in a 20-year period. *Canadian Journal of Public Health.* 1996; 87: 204-7.
- Hankin JR, Sloan JJ, Firestone IJ, Ager JW, Sokol RJ, Martier SS, Townsend J. The alcohol beverage warning label: when did knowledge increase? *Alcohol Clin Exp Res.* 1993;17(2): 428-30
- Hankin JR. FAS prevention strategies: passive and active measures. *Alcohol Health Res World.* 1994; 18: 62-6
- Hankin JR. Fetal alcohol syndrome prevention research. *Alcohol Res Health.* 2002; 26: 58-65
- Heil SH, Subramanian MG. Alcohol and the hormonal control of lactation. *Alcohol Health Res World.* 1998; 22(3): 178-84
- Henderson J, Gray R, Brocklehurst P. Systematic review of effects of low-moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy outcome. *BJOG.* 2007;114: 243-52
- Henderson J, Kesmodel U, Gray R. Systematic review of the fetal effects of prenatal binge-drinking. *J Epidemiol Community Health.* 2007; 61(12):1069-73.
- Hepper PG, Dornan JC, Little JF. Maternal alcohol consumption during pregnancy may delay the development of spontaneous fetal startle behaviour. *Physiol Behav.* 2005; 83(5): 711-4
- Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, Morgan M. The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe. 2004.
http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/The_2003_ESPAD_report.pdf (ultimo accesso 06-10-2010)
- Houet T, Vabret F, Dreyfus M, Herlicoviez M. Comparison de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse. À partir d'une série prospective de 150 femmes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2005; 34(1): 687-93
- Hoyme HE, May PA, Kalberg WO, Kodituwakku P, Gossage JP, Trujillo PM, Buckley DG, Miller JH, Aragon AS, Khaole N, Viljoen DL, Jones KL, Robinson LK: A practical clinical approach to diagnosis of Fetal Alcohol Spectrum Disorders: clarification of the 1996 Institute of Medicine criteria. *Pediatrics.* 2005; 115(1): 39-47

-
- Ikonomidou C, Bittigau P, Ishimaru MJ, Wozniak DF, Koch C, Genz K, Price MT, Stefovskva V, Horster F, Tenkova T, Dikranian K, Olney JW. Ethanol-induced apoptotic neurodegeneration and fetal alcohol syndrome. *Science*. 2000; 287: 1056-60
- Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), France. "Zero alcool pendant la grossesse". 2006. <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/06/dp060911.pdf> (ultimo accesso 17-09-2010)
- Ismail S, Buckley S, Budacki R, Jabbar A, Gallicano GI. Screening, diagnosing and prevention of fetal alcohol syndrome: is this syndrome treatable?. *Dev Neurosci*. 2010; 32(2):91-100
- ISTAT. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2007. http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20080417_00/testointegrale20080417.pdf (ultimo accesso 09-04-2010)
- 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 (ultimo accesso 13-12-2010)
- Istituto Superiore di Sanità. Sistema nazionale per le linee guida (SNLG). Linea guida Gravidanza fisiologica - 2010. http://www.snlg-iss.it/cms/files/LGgravidanza_definitivo_31_01-11.pdf (ultimo accesso 15-02-2011)
- Jacobson JL, Jacobson SW, Sokol RJ, Ager JW. Relation of maternal age and pattern of pregnancy drinking to functionally significant cognitive deficit in infancy. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998; 22(2): 345-51
- Jacobson JL, Jacobson SW, Sokol RJ, Ager JW. Relation of maternal age and pattern of pregnancy drinking to functionally significant cognitive deficit in infancy. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998; 22(2): 345-51
- Jacobson JL, Jacobson SW. Drinking moderately and pregnancy. Effects on child development. *Alcohol Res Health*. 1999; 23(1): 25-30
- Jacobson JL, Jacobson SW. Effects of prenatal alcohol exposure on child development. *Alcohol Res Health*. 2002; 26(4): 282-6
- Jaddoe VW, Bakker R, Hofman A, Mackenbach JP, Moll HA, Steegers EA, Witteman JC. Moderate alcohol consumption during pregnancy and the risk of low birth weight and preterm birth. The generation R study. *Ann Epidemiol*. 2007;17(10): 834-40
- Jensen TK, Hjollund NHI, Henriksen TB. Does moderate alcohol consumption affect fertility? Follow up study among couples planning first pregnancy. *BMJ*. 1998; 317 (7157): 505-10
- Jones KL, Smith DW. Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet*. 1973; 2: 999-1001
- Jones-Webb R, McKiver M, Pirie P, Miner K. Relationship between physician advice and tobacco and alcohol use during pregnancy. *Am J Prev med*. 1999; 16(3): 244-247
- Kaskutas L, Greenfield L, Lee M, Cote J. Reach and effects of health messages on drinking during pregnancy. *J Hea Ed*. 1998; 29(1): 11-9
- Kelly SJ, Day N, Streissguth AP. Effects of prenatal alcohol exposure on social behavior in humans and other species. *Neurotoxicol Teratol*. 2000; 22(2): 143-9
- Kelly Y, Sacker A, Gray R, Kelly J, Wolke D, Quigley MA. Light drinking in pregnancy, a risk for behavioural problems and cognitive deficits at 3 years of age? *Int J Epidemiol*. 2009; 38(1): 129-40
- Kesmodel U, Olsen SF. Self reported alcohol intake in pregnancy: comparison between four methods. *J Epidemiol Community Health*. 2001; 55: 738-45

-
- Kesmodel U, Wisborg K, Olsen SF, Henriksen TB, Secher NJ. Moderate alcohol intake during pregnancy and the risk of stillbirth and death in the first year of life. *Am J Epidemiol.* 2002; 15;155(4): 305-12
- Kesmodel U, Wisborg K, Olsen SF, Henriksen TB, Secher NJ. Moderate alcohol intake in pregnancy and the risk of spontaneous abortion. *Alcohol Alcohol.* 2002; 37(1): 87-92
- Kesmodel U. Binge drinking in pregnancy-frequency and methodology. *Am J Epidemiol.* 2001; 154(8): 777-82
- Kline J, Stein Z, Shrout P, Susser M, Warburton D. Drinking during pregnancy and spontaneous abortion. *Lancet.* 1980; 2(8187): 176-80
- Kodituwakku PW, Kalberg W, May PA. The effects of prenatal alcohol exposure on executive functioning. *Alcohol Res Health.* 2001; 25(3): 192-8
- Kodituwakku PW. Neurocognitive profile in children with fetal alcohol spectrum disorders. *Dev Disabil Res Rev.* 2009; 15(3): 218-24
- Koren G, Nulman I, Chudley AE, Loocke C. Fetal alcohol spectrum disorder. *CMAJ.* 2003; 169(11): 1181-5
- Koren G. Alcohol consumption in early pregnancy. How much will harm a fetus? *Can Fam Physician.* 1996; 12: 2141-3
- Koren G. Drinking and pregnancy. *CMAJ* 1991; 145(12): 1552, 1554
- Larkby C, Day N. The effects of prenatal alcohol exposure. *Alcohol Health Res World.* 1997; 21(3): 192-8
- Lemoine P, Harousseau H, Borteyru JB, Menuet JC. Les enfants de parents alcooliques: Anomalies observees, a propos de 127 cas. *Ouest Medical.* 1968; 21: 476-82
- Lemola S, Grob A. Drinking and smoking in pregnancy: which questions do Swiss physicians ask? *SWISS MED WKLY.* 2007;137: 66-9
- Little BB, Snell LM, Rosenfeld CR, Gilstrap CL, Gant NE. Failure to recognize foetal alcohol syndrome in newborn infants. *Am J Dis Child.* 1990; 144(10): 1142-6
- Little RE, Schultz FA, Mandell W. Drinking during pregnancy. *J Stud Alcohol.* 1976; 37: 375-9
- Little RE, Streissguth AP, Guzinski GM, Grathwohl HL, Blumhagen JM, McIntyre CE. Change in obstetrician advice following a two-year community educational program on alcohol use and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1983; 146(1): 23-8
- Little RE, Streissguth AP. Effects of alcohol on the fetus: impact and prevention. *CMAJ.* 1981. 125(15): 159-64
- Little RE, Wendt JK. The effects on maternal drinking in the reproductive period: an epidemiologic review. *J Subst Abuse.* 1991; 3(2): 187-204
- Littner Y, Bearer CF. Detection of alcohol consumption during pregnancy--current and future biomarkers. *Neurosci Biobehav Rev.* 2007; 31(2):261-9
- MacKinnon DP, Williams-Avery RM, Pentz MA. Youth beliefs and knowledge about the risk of drinking while pregnant. *Public Health Reports.* 1995; 110: 754-763.
- Maier SE, West JR. Drinking patterns and alcohol-related birth defects. *Alcohol Res Health.* 2001; 25(3): 168-74
- 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
- Marcellus L. Is meconium screening appropriate for universal use? Science and ethics say no. *Adv Neonatal Care.* 2007; 7(4): 207-14

-
- Masis KB, May PA. A comprehensive local program for the prevention of Fetal Alcohol Syndrome. *Public Health Rep.* 1991; 106(5), 484-89
- Mattson SN, Goodman AM, Caine C, Delis DC, Riley EP. Executive functioning in children with heavy prenatal alcohol exposure. *Alcohol Clin Exp Res.* 1999; 23(11): 1808-15
- Mattson SN, Riley EP. A review of the neurobehavioral deficits in children with fetal alcohol syndrome or prenatal exposure to alcohol. *Alcohol Clin Exp Res.* 1998; 22(2): 279-94
- Mattson SN, Schoenfeld AM, Riley EP. Teratogenic effects on brain and behaviour. *Alcohol Res Health.* 2001; 25(3): 185-91
- May PA, Brooke L, Gossage JP, Croxford, J, Adnams C, Jones KL, Robinson L, Viljoen D. Epidemiology of Fetal Alcohol Syndrome in a South African community in the Western Cape Province. *Am J Public Health.* 2000; 90(12): 1905-12
- 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(9):1562-75
- May PA, Gossage JP, Brooke LE, Snell CL, Marais AS, Hendricks LS, Croxford JA, Viljoen DL. Maternal risk factors for fetal alcohol syndrome in the Western cape province of South Africa: a population-based study. *Am J Public Health.* 2005; 95(7):1190-9
- May PA, Gossage JP, Marais AS, Hendricks LS, Snell CL, Tabachnick BG, Stellavato C, Buckley DG, Brooke LE, Viljoen DL. Maternal risk factors for fetal alcohol syndrome and partial fetal alcohol syndrome in South Africa: a third study. *Alcohol Clin Exp Res.* 2008; 32(5): 738-53
- May PA, Gossage JP. Estimating the prevalence of Fetal Alcohol Syndrome. A summary. *Alcohol Res Health.* 2001; 25(3): 159-67
- May PA, Hymbaugh KJ, Aase JM, Samet JM. Epidemiology of fetal alcohol syndrome among American Indians of the Southwest. *Soc Biol.* 1983; 30(4): 374-87
- May PA. Multiple-level comprehensive approach to the prevention of Fetal Alcohol Syndrome and other alcohol-related birth defects. *International Journal of Addictions.* 1995; 30(12): 1549-1602
- McCarver DG, Thomasson HR, Martier SS, Sokol RJ, Li T. Alcohol dehydrogenase-2*3 allele protects against alcohol-related birth defects among African Americans. *J Pharmacol Exp Ther.* 1997; 283(3): 1095-1101
- McGee CL, Riley EP. Brain imaging and fetal alcohol spectrum disorders. *Ann Ist Super Sanita.* 2006; 42(1): 46-52
- Mello G, Cioni R, Lucchetti R. Alcol: fertilità e gravidanza. In: Angioli D, Dimauro PE (a cura di). *Manuale di Alcologia.* Le Balze Editore, Siena, 2000
- Mengel MB, Searight HR, Cook K. Preventing alcohol-exposed pregnancies. *J Am Board Fam Med.* 2006;19(5): 494-505
- Mennella J. Alcohol's effect on lactation. *Alcohol Res Health.* 2001; 25(3): 230-4
- Mennella JA. Regulation of milk intake after exposure to alcohol in mothers' milk. *Alcohol Clin Exp Res.* 2001; 25(4): 590-3
- Merline A, Jager J, Schulenberg JE. Adolescent risk factors for adult alcohol use and abuse: stability and change of predictive values across early and middle adulthood. *Addiction.* 2008; 103(suppl 1): 84-99.
- Morini L, Marchei E, Vagnarelli F, Garcia Algar O, Groppi A, Mastrobattista L, Pichini S. Ethyl glucuronide and ethyl sulfate in meconium and hair-potential biomarkers of intrauterine exposure to ethanol. *Forensic Sci Int.* 2010. 20; 196 (1-3): 74-7

-
- Mukherjee RA, Hollins S, Turk J. Fetal Alcohol Spectrum Disorder: an overview. *J R Soc Med.* 2006; 99(6): 298-302
- Murphy-Brennan MG, Oei TP. Is there evidence to show that fetal alcohol syndrome can be prevented? *J Drug Educ.* 1999; 29(1): 5-24
- Nanson JL, Bolaria R, Snyder RE; Morse BA, Weiner L. Physician awareness of Fetal Alcohol Syndrome: a survey of pediatricians and general practitioners. *CMAJ.* 1995; 152(7): 1071-6
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Better safe than sorry: preventing a tragedy. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Science/BetterSafeThanSorry/WhyTeach1.html> (ultimo accesso 15-10-2010)
- 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. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. 2000. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/10report/chap05c.pdf> (ultimo accesso 15-02-2011)
- Nevin AC, Parshuram C, Nulman I, Koren G, Einarson A. A survey of physicians knowledge regarding awareness of maternal alcohol use and the diagnosis of FAS. *BMC Family practice.* 2002, 3:2
- Newcomb MD, Maddahian E, Bentler PM. Risk factors for drug use among adolescents: concurrent and longitudinal analyses. *Am J Public Health.* 1986; 76: 525-531.
- NYS FASD Interagency Workgroup. Take A First Look. A Guide on Fetal Alcohol Spectrum Disorders for Early Childhood Professionals. 2010. http://www.ccf.state.ny.us/Initiatives/FASDRelate/Resources/FirstLook_FASD_EC%20Professionals-WEB.pdf (ultimo accesso 25-11-2010)
- O'Connor MJ, Whaley SE. Brief intervention for alcohol use by pregnant women. *Am J Public Health.* 2007; 97(2): 252-8
- O'Connor MJ, Whaley SE. Health Care Provider Advice and Risk Factors Associated With Alcohol Consumption Following Pregnancy Recognition. *J Stud Alcohol.* 2006; 67: 22-31
- O'Leary CM. Fetal alcohol syndrome: diagnosis, epidemiology and developmental outcomes. *J Paediatr Child Health.* 2004; 40(1-2): 2-7
- 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) (ultimo accesso 18-10-2010)
- O'Leary CM, Heuzenroeder L, Elliott EJ, Bower C. A review of policies on alcohol use during pregnancy in Australia and other English-speaking countries, 2006. *Med J Aust.* 2007; 186(9): 466-71
- O'Leary CM, Nassar N, Kurinczuk JJ, Bower C. The effect of maternal alcohol consumption on fetal growth and preterm birth. *BJOG.* 2009;116(3): 390-400
- Olsen J, Frische G, Poulsen AO, Kirchheiner H. Changing smoking, drinking, and eating behaviour among pregnant women in Denmark. Evaluation of a health campaign in a local region. *Scand J Soc Med.* 1989; 17(4): 277-80
- Olson HC, Feldman JJ, Streissguth AP, Sampson PD, Bookstein FL. Neuropsychological deficits in adolescents with fetal alcohol syndrome: clinical findings. *Alcohol Clin Exp Res.* 1998; 22(9): 1998-2012
- Olson HC, Jirikovic T, Kartin D; Astley SJ. Responding to the Challenge of Early Intervention for Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Infants & Young Children.* 2007; 20(2): 172-89

-
- Olson HC, Streissguth AP, Sampson PD, Barr HM, Bookstein FL, Thiede K. Association of prenatal alcohol exposure with behavioral and learning problems in early adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36(9): 1187-94
- Olson HC, Streissguth AP, Sampson PD, Barr HM, Bookstein FL, Thiede K. Association of prenatal alcohol exposure with behavioral and learning problems in early adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36(9): 1187-94
- 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(2): 364-79
- Osborn JA, Harris SR, Weinberg J. Fetal alcohol syndrome: review of the literature with implications for physical therapists. *Phys Ther*. 1993; 73(9): 599-607
- Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool. Gli italiani e l'alcool Consumi, Tendenze e Atteggiamenti. V Indagine Nazionale Doxa. QUADERNI DELL'OSSERVATORIO 18. 2007. <http://www.alcol.net/images/Quaderni/quaderno18.pdf> (ultimo accesso 06-10-2010)
- Ott MK, Quinn L, Thompson SJ. A social ecological analysis of fetal alcohol spectrum disorders prevention programming. *J FAS Int*. 2004; 2: e11: 2-5
- Overholser JC. Fetal Alcohol Syndrome: A review of the disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 1990; 20: 163-76
- Parazzini F, Chatenoud L, Surace M, Tozzi L, Salerio B, Bettoni G, Benzi G. Moderate alcohol drinking and risk of preterm birth. *Eur J Clin Nutr*. 2003; 57(10): 1345-9
- Payne J, Elliot E, D'Antoine H. Health professionals' knowledge, practice and opinions about fetal alcohol syndrome and alcohol consumption in pregnancy. *Aust N Z Public Health*. 2005; 29 (6): 558-64
- Peadon E, O'Leary C, Bower C, Elliot E. Impacts of alcohol use in pregnancy. The role of the GP. *Aust Fam Physician*. 2007; 36(11): 935-9
- Peadon E, Fremantle E, Bower C, Elliott EJ. International survey of diagnostic services for children with Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *BMC Pediatrics*. 2008; 8: 12
- Pichini S, Morini L, Marchei E, Palmi I, Rotolo MC, Vagnarelli F, Garcia-Algar O, Vall O, Zuccaro P. Ethylglucuronide and ethylsulfate in meconium to assess gestational ethanol exposure: preliminary results in two Mediterranean cohorts. *Can J Clin Pharmacol*. 2009;16(2): e370-5
- Plant ML. Drinking amongst pregnant women: some initial results from a prospective study. *Alcohol Alcohol*. 1984; 19: 153-7
- Pool NA. Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) prevention: Canadian Perspectives. Public Agency of Canada, 2008. <http://www.phac-aspc.gc.ca/fasd-etcaf/index-eng.php> (ultimo accesso 15-10-2010)
- Prenatal exposure to alcohol. *Alcohol Res Health*. 2000; 24(1): 32-41
- Primates P, Del Corno G, Bonazzi MC, Waters WE. Alcohol and pregnancy: an international comparison. *J Public Health Med*. 1993; 15(1): 69-76
- Public Health Agency of Canada. Alcohol use during pregnancy and awareness of fetal alcohol syndrome and Fetal Alcohol Spectrum Disorder. Results of a national survey. Final report. 2006. http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/fas-saf-natsurv-2006/pdf/ap-ag-finalreport06_e.pdf (ultimo accesso 7-09-2010)
- Public Health Agency of Canada. Ontario's Maternal Newborn and Early Child Development Resource Centre. What we have learned: Key Canadian FASD awareness campaigns. 2005. http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/fasd-ac-etcaf-cs/pdf/fasd-ac-etcaf-cs_e.pdf (ultimo accesso 09-04-2010)

-
- Reynolds KD, Coombs DW, Lowe JB, Peterson PL, Gayoso E. Evaluation of a self-help program to reduce alcohol consumption among pregnant women. *Int J Addict.* 1995; 30(4): 427-43
- Riley EP, McGee CL. Fetal alcohol spectrum disorders: an overview with emphasis on changes in brain and behaviour. *Exp Biol Med (Maywood).* 2005; 230(6): 357-65
- Ripabelli G, Cimmino L, Grasso GM. Alcohol consumption, pregnancy and fetal alcohol syndrome: implications in public health and preventive strategies. *Ann Ig.* 2006;18(5): 391-406
- Robert M, Carceller A, Domken V, Ramos F Dobrescu O, Simard M-N, Gosselin J. Physical and neurodevelopmental evaluation of children adopted from Eastern Europe. *Can J Clin Pharmacol.* 2009; 16 (3) e432-e440
- Robinson M, Oddy WH, McLean NJ, Jacoby P, Pennell CE, de Klerk NH, Zubrick SR, Stanley FJ, Newnham JP. Low-moderate prenatal alcohol exposure and risk to child behavioural development: a prospective cohort study. *BJOG.* 2010; 117(9): 1139-50
- Rosett HL. A clinical perspective on the Fetal Alcohol Syndrome. *Alcohol Clin Exp Res.* 1980; 4: 119-22
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Statement No. 5. 2006
http://www.alcoholpolicy.net/files/RCOG_Alcohol_pregnancy_March_06.pdf (ultimo accesso 15-10-2010)
- Sampson PD, Streissguth AP, Bookstein FL, Barr HM. On categorizations in analyses of alcohol teratogenesis. *Environ Health Perspect.* 2000; 108 (3): 421-8
- 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(5): 317-26
- Sayal K Alcohol consumption in pregnancy as a risk factor for later mental health problems. *Evid Based Ment Health.* 2007; 10(4): 98-100
- Sayal K, Heron J, Golding J, Alati R, Smith GD, Gray R, Emond A. Binge pattern of alcohol consumption during pregnancy and childhood mental health outcomes: longitudinal population-based study. *Pediatrics.* 2009;123(2): e289-96
- Sayal K, Heron J, Golding J, Emond A. Prenatal alcohol exposure and gender differences in childhood mental health problems: a longitudinal population-based study. *Pediatrics.* 2007; 119: e426-e434
- Schorling JB. The prevention of prenatal alcohol use: A critical analysis of intervention studies. *J Stud Alcohol.* 1993; 54(3): 261-67
- Senecky Y, Inbar D, Diamond G, Base-Vanagaite L, Rigler S, Chodick G. Fetal Alcohol Spectrum Disorders in Israel. *IMAY.* 2009; 11: 619-621
- Smith IE, Coles CD. Multilevel intervention for prevention of fetal alcohol syndrome and effects of prenatal alcohol exposure. *Recent Dev Alcohol.* 1991; 9:165-80
- Sokol RJ, Clarren SK. Guidelines for use of terminology describing the impact of prenatal alcohol on the offspring *Alcohol Clin Exp Res.* 1989; 13(4): 597-8
- Sokol RJ, Delaney-Black V, Nordstrom B. Fetal Alcohol Spectrum Disorder. *JAMA.* 2003; 290: 2996-9
- Sokol RJ, Martier S, Ager JW. The TACE questions: Practical prenatal detection of risk-drinking. *Am J Obstet Gynecol.* 1989; 160(4): 863-70
- Sokol RJ. Alcohol and abnormal outcomes of pregnancy. *CMAJ.* 1981; 125: 143-8
- Sood B, Delaney-Black V, Covington C, Nordstrom-Klee B, Ager J, Templin T, Janisse J, Martier S, Sokol RJ. Prenatal Alcohol Exposure and Childhood Behavior at Age 6 to 7 Years: I. Dose-Response Effect. *Pediatrics.* 2001; 108(2): e34

-
- Spadoni AD, McGee CL, Fryer SL, Riley EP. Neuroimaging and fetal alcohol spectrum disorders. *Neurosci Biobehav Rev.* 2007; 31(2): 239-45
- Spagnolo A, Ceccanti M, Balducci G. FASD - Linee Guida per una corretta diagnosi della Fe-topatia da alcol. Società Editrice Universo, Roma, 2007
- Spagnolo A. Teratogenesis of alcohol. *Ann Ist Super Sanita.* 1993; 29(1): 89-96
- Stade B, Ungar WJ, Stevens B, Beyene J, Koren G. The burden of prenatal exposure to alcohol: measurement of cost. *JFAS Int.* 2006; 4:e5
- Stade BC, Bailey C, Dzenoletas D, Sgro M, Dowswell T, Bennett D. Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; 15(2): CD004228
- Steinhausen HC, Spohr HL. Long-term outcome of children with fetal alcohol syndrome: psychopathology, behavior, and intelligence. *Alcohol Clin Exp Res.* 1998; 22(2): 334-8
- Steinhausen HC, Willms J, Spohr HL. Long-term psychopathological and cognitive outcome of children with fetal alcohol syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1993; 32(5): 990-4
- Stoler JM, Holmes LB. Under recognition of prae-natal alcohol effects of infants of known alcohol abusing women. *J Paediatr.* 1999; 135: 430-6
- Strandberg-Larsen K, Grønboek M, Andersen AM, Andersen PK, Olsen J. Alcohol drinking pattern during pregnancy and risk of infant mortality. *Epidemiology.* 2009; 20(6): 884-91
- Strandberg-Larsen K, Nielsen NR, Grønbaek M, Andersen PK, Olsen J, Andersen AM. Binge drinking in pregnancy and risk of fetal death. *Obstet Gynecol.* 2008; 111(3): 602-9
- Stratton K, Howe C, Battaglia F, eds. Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis, Epidemiology, Prevention, and Treatment. National Academy Press. Washington, DC, 1996
- Streissguth AP. A long-term perspective of FAS. *Alcohol HealthRes World.* 1994; 18: 74-82
- Streissguth A. Fetal Alcohol Syndrome: A Guide for Families and Communities. Paul H. Brookes Publishing. Baltimore, MD, 1997
- Streissguth AP, Aase JM, Clarren SK, Randels SP, LaDue RA, Smith DF. Fetal Alcohol Syndrome in Adolescents and Adults. *JAMA.* 1991; 265(15): 1961-7
- Streissguth AP, Barr HM, Sampson PD. Moderate prenatal alcohol exposure: effects on child IQ and learning problems at age 7 1/2 years. *Alcohol Clin Exp Res.* 1990;14(5): 662-9
- Streissguth AP, Bookstein FL, Barr HM, Sampson PD, O'Malley K, Young JK. Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. *J Dev Behav Pediatr.* 2004; 25(4): 228-38
- Streissguth AP, O'Malley K. Neuropsychiatric implications and long-term consequences of Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Semin Clin Neuropsychiatry.* 2000; 5: 177-90
- Streissguth AP, Sampson PD, Olson HC. Maternal drinking during pregnancy: attention and short term memory in 14 year old offspring-a longitudinal prospective study. *Alcohol Clin Exp Res.* 1994; 18(1): 202-18
- Struzzo P, De Faccio S, Moscatelli E, Scafato E. Identificazione precoce dei bevitori a rischio in Assistenza Primaria in Italia: adattamento del questionario AUDIT e verifica dell'efficacia d'uso dello short-AUDIT test nel contesto nazionale. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo.* 2006; XXIX - n.1-2: 20-25
- Tenkku LE, Morris DS, Salas J, Xaverius PK. Racial disparities in pregnancy-related drinking reduction. *Matern Child Health J.* 2009;13(5): 604-13
- The Northern Family Health Society (NFHS). An Overall Vision for FAS Prevention in our Communities. 2002. http://www.nfhs-pg.org/documents/healthy-overall_vision.pdf. (ultimo accesso 15-10-2010)

-
- The Project CHOICES Intervention Research Group. Reducing the risk of alcohol-exposed pregnancies: a study of a motivational intervention in community settings. *Pediatrics*. 2003; 111: 1131-35
- 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> (ultimo accesso 15-07-2010)
- Tough SC, Clarke M, Clarren S. Preventing fetal alcohol spectrum disorders. Preconception counseling and diagnosis help. *Can Fam Physician*. 2005; 51: 1199-201
- Tough SC, Clarke M, Hicks M. Knowledge and attitudes of canadian psychiatrists regarding fetal alcohol spectrum disorders. *Can Child Adolesc Psychiatr Rev*. 2003; 12(3): 64-71
- Warren K, Bast RJ. Alcohol-related birth defects: an update. *Public Health Rep*. 1988; 103(6): 638-42
- Warren K, Foudin L. Alcohol-related birth defects - The past, the present and the future. *Alcohol Res Health*. 2001; 25(3): 153-8
- Warren KR, Hewitt BG. Fetal alcohol spectrum disorders: when science, medicine, public policy, and laws collide. *Dev Disabil Res Rev*. 2009; 15(3): 170-5
- Wattendorf DJ, Muenke M. Fetal alcohol spectrum disorders. *Am Fam Physician*. 2005; 72(2): 279-82, 285
- World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. Framework for alcohol policy in the WHO European Region. 2006.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/79396/E88335.pdf (ultimo accesso 5-06-2010)
- 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 (ultimo accesso 5-02-2011)
- 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 (ultimo accesso 5-02-2012)
- World Health Organization. Handbook for action to reduce alcohol-related harm. 2009
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/43320/E92820.pdf (ultimo accesso 09-04-2010)

Siti consultati

USA:

U.S. Department of Health and Human Services' Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). FASD Center for Excellence

<http://fasdcenter.samhsa.gov/>;

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) - Interagency Coordinating Committee on Fetal Alcohol Spectrum Disorders (ICCFASD)

<http://www.niaaa.nih.gov/AboutNIAAA/Interagency/Pages/default.aspx>;

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

<http://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/index.html>;

Center on Human Development & Disability, University of Washington, Seattle WA. FAS Diagnostic & Prevention Network (FAS DPN)

<http://depts.washington.edu/fasdpn/>;

National Organization on Fetal Alcohol Syndrome (NOFAS)

<http://www.nofas.org/>;

CANADA:

Public Health Agency of Canada - FASD

<http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/prog-ini/fasd-etcaf/index-eng.php>;

Government of Alberta –FASD

<http://www.fasd-cmc.alberta.ca/>

FASD Support and Resources in Alberta

http://fasd.typepad.com/fasd_support_in_alberta/

British Columbia - Ministry of Education

<http://www.bced.gov.bc.ca/specialed/fas/>

FASworld Alliance

<http://www.fasworld.com/>

FASlink - Fetal Alcohol Disorders Society

<http://www.faslink.org/>

CanFASD Northwest—Canada FASD Research Network

<http://www.canfasd.ca/>

Edmonton and area Fetal Alcohol Network

<http://www.region6fasd.ca/>

The Hospital for Sick Children (SickKids). Motherisk. Fetal Alcohol Research

<http://www.motherisk.org/FAR>

Manitoba FASD Centre

<http://www.fasdmanitoba.com/index.html>

FASD Ontario Network of Expertise (FASD ONE)

<http://fasdontario.ca/>

AUSTRALIA:

The National Organisation for Fetal Alcohol Syndrome and Related Disorders Inc. (NO-FASARD)

<http://www.nofasard.org/>

NUOVA ZELANDA:

Fetal Alcohol Network NZ (FANNZ)

<http://www.fan.org.nz>

EUROPA:

European FASD Network

<http://www.eufasd.org/>

Eurocare - European Alcohol Policy Alliance

http://www.eurocare.org/resources/policy_issues/alcohol_and_pregnancy

FAS Aware UK

<http://www.fasaware.co.uk/>

Foetaal Alcohol Syndroom Stichting Nederland

<http://www.fasstichting.nl/>

SAF FRANCE prevention des consequences de l'alcool pendant la grossesse

<http://www.saffrance.fr/>

Fetal Alcohol Spectrum Disorders Ireland

<http://www.fasd.ie/>

PARPA - Panstwowa Agencja Rozwazywania problemow alkoholowych

<http://www.parpa.pl/>

<http://www.ciazabezalkoholu.pl/>

German FAS Information

<http://www.uni-due.de/~ibp010/alkemb/>

FASworld Deutschland

<http://www.fasworld.de/>

FAS-föreningen

<http://www.fasforeningen.nu/>

Epicentro - Istituto Superiore di Sanità

http://www.epicentro.iss.it/problemi/alcol_fetale/epid.asp

Az.ULSS9 Treviso:

<http://www.mammabevebimbobeve.it>

Osservatorio Nazionale fumo alcol e droga

<http://www.iss.it/ofad/index.php>

Si ringraziano.

La prof.ssa Loredana Czerwinsky Domenis

Il prof. Alessandro Ventura

Il prof. Domenico Tecilazich

La direzione generale dell'Az. ULSS n. 9 Treviso

La dr.ssa Patrizia Riscica

Il dr. Giuseppe Battistella

Il dr. Giuseppe Dal Pozzo

La dr.ssa Giuliana Moino

Il dr. Francesco Marini

La dr.ssa Mery Bottarel

Il dr. Bruno Sacher

La dr.ssa Tiziana Codenotti

I professionisti dei servizi dell'Azienda ULSS n. 9 che hanno collaborato alla ricerca

L'Ufficio Scolastico Provinciale di Treviso

La Motorizzazione Civile di Treviso

Gli istituti scolastici secondari di primo grado dell'area dell'Az. ULSS 9

Le autoscuole della provincia di Treviso

Lara Milotti, Mariasole Geromel

Sergio, Rosalia, Valentina, Matteo

Un grazie particolare al dr. Davide Bortoletti, a cui dedico questo lavoro.