

DONNE E ALCOL



Alcuni aspetti giuridici della fetopatia alcolica



MAURIZIO SILVESTRI
Segretario Aogoi
Responsabile Ssd
Consultorio Spoleto
Valnerina Asl Umbria 2



EMILIA TORCHETTI
Coordinatrice ostetrica,
psicologa psicoterapeuta
- Consultorio Spoleto
Valnerina Asl Umbria 2

L'ALCOL PASSA FACILMENTE LA PLACENTA e, dopo un'ora dall'assunzione materna, la sua concentrazione nel sangue fetale risulta simile a quella della madre che riesce ad eliminarlo attraverso il metabolismo epatico.

Il fegato fetale ancora immaturo e con carenza dell'enzima alcol deidrogenasi, ha una capacità limitata di metabolizzarlo e pertanto lo elimina attraverso il rene. Passa quindi nelle urine e viene rilasciato nel liquido amniotico. Il feto, ingerendo il liquido amniotico contenente alcol, lo riporta nella propria circolazione dove sarà presente anche quando non lo sarà più in quella materna.

Il cervello è l'organo più colpito, sia perché nel feto riceve la maggiore quantità di sangue (e di alcol se la gestante ne è consumatrice) sia perché continua il suo sviluppo durante tutta la gestazione. Ci sarà un danno diretto, dovuto alla neurotossicità dell'alcol e ad un danno epigenetico (metilazione Dna, modifiche agli istoni con un impatto esteso sul genoma) che si verifica già nelle prime settimane dal concepimento.

Si desume che lo 0,2% delle future mamme rientra in un profilo di bevitrice cronica, mentre il 6% rientra nelle bevitrice sociali che assumono alcol occasionalmente, (social drinkers - almeno 6 drinks nel fine settimana). Si ritiene che su sessantasette donne che hanno consumato alcol in gravidanza una partorerà neonato con sindrome feto alcolica (FAS). Il Italia ci sono ogni anno circa 2500 casi di FAS (il dato

sembra essere sottostimato), rappresentando la prima causa di disabilità intellettiva non genetica che interessa i bambini nei paesi ad alto tenore economico.

Questa disabilità è totalmente prevenibile, essendo sufficiente smettere di assumere alcol già dal momento che si programma una gravidanza. Si eviteranno così i possibili danni epigenetici che s'instaurano precocemente; prim'ancora che la donna ha effettuato il test di gravidanza.

Le complicanze sono molteplici: aumentata incidenza di aborto, di parto pretermine, di un particolare ritardo di crescita (< al 10° centile con testa piccola e addome quasi normale) e, soprattutto, disturbi dello sviluppo neurologico (ARND). Le conseguenze cliniche di questa **encefalopatia neonatale alcol correlata** sono variabili e in relazione alla: quantità di alcol assunto, durata della sua esposizione e soprattutto al periodo gestazionale nel quale questa esposizione avviene. Includono: anomalie morfologiche cerebrali e cranio facciali con microcefalia caratteristica, malformazioni anche cardiache, disturbi funzionali con crisi convulsive. I disturbi dello sviluppo neurologico potranno comprendere:

- deficit neurocomportamentali: disturbo da deficit di attenzione/iperattività,
- disturbi del neurosviluppo: disabilità intellettiva e ritardo mentale,
- deficit del linguaggio: difficoltà di espressione e di comprensione,
- ritardo dello sviluppo neuromotorio,

- quadri clinici dello spettro autistico.

La diagnosi differenziale con le altre encefalopatie neonatali risulta complicata, soprattutto con l'encefalopatia neonatale ipossico ischemica (EII). Alla noxa ipossico-ischemica un tempo erano attribuite tutte le encefalopatie neonatali.

Fra le tipologie di danno cerebrale da causa ipossico-ischemica si segnala quello neuronale parasagittale, conseguenza di insulti ipossico-ischemici di entità lieve-moderata ma prolungati nel tempo. A seguito della **vulnerabilità selettiva** del danno neuronale nella EII, la lesione inizia dalla corteccia parieto occipito temporale e prefrontale, deputate al controllo dell'astrazione del pensiero e della creatività. Le manifestazioni cliniche si evidenziano di solito in età scolare. Successivamente, al persistere dell'ipossia, il danno si estende al giro paraippocampale dell'ippocampo e del giro del cingolo. Queste sono deputate alle funzioni mnemoniche con manifestazioni cliniche che si manifesteranno a partire dai 3-4 anni. Al perdurare dell'ipossia il danno si estenderà alle aree del Broca e del Wernicke con le anomalie del linguaggio e manifestazioni cliniche evidenti a partire dai 1-2 anni. Infine, saranno interessate le aree corticali che controllano la motricità, dapprima a carico degli arti inferiori, dello sfintere vescicale e anale e successivamente degli arti superiori. L'ultima funzione compromessa nel danno neuronale parasagittale è la funzione opponente del pollice ed i

movimenti lingua. Descritto anche il disturbo dello spettro autistico.

L'encefalopatia neonatale alcol correlata ed il danno neuronale parasagittale dell'EEI presentano aspetti clinici simili. In presenza di disturbi del neurosviluppo con deficit di apprendimento e cognitivi potrebbe esserne ricercata la causa in un lieve ma persistente danno cerebrale ipossico-ischemico intrapartale.

Nel caso di apertura di un contenzioso la cardiocografia intrapartale, presente nella cartella clinica del parto, non sempre ci sarà di aiuto. Questo esame è poco sensibile, quindi gravato da falsi positivi. Inoltre si presta a differenze valutative ed infine l'interpretazione ex post risente della conoscenza dell'esito feto/neonatale e del bambino.

Per quanto sopra non sarà difficile trovare tratti di tracciato che potrebbero stimolare interpretazioni fantasiose su eventuale sofferenza ipossico-ischemica di modesta entità avvenuta in travaglio di parto e che avrebbe causato un danno neuronale parasagittale. I consulenti tecnici di parte potrebbero attribuire le conseguenze cliniche patite dal bambino ad un danno intrapartale, dando così la colpa ai professionisti che hanno assistito il parto. Poiché non esiste profilo neuro-comportamentale specifico oppure test genetici o biochimici che permettano di distinguere gli esiti dell'encefalopatia neonatale alcol correlata da quella di altra origine, la diagnosi differenziale si baserà sostanzialmente sul dato anamnestico dell'esposizione all'alcol in gravidanza, che non sarà facile da ottenere una volta aperto il contenzioso. Anche per il senso di colpa madre.

Sarà quindi importante seguire un counseling mirato all'eventuale consumo di alcol già durante il **primo colloquio** in gravidanza. In caso di positività si potrà avviare la gestante a percorsi di cura e segnalarne l'assunzione al futuro pediatra del bambino.

Sarà al tempo stesso utile lasciare traccia di questa assunzione nella cartella ambulatoriale e ripeterne la ricerca anamnestica durante la compilazione della cartella clinica al momento del ricovero per l'espletamento del parto.

Counseling mirato alla ricerca del consumo di alcol in gravidanza

Utile che nell'ambulatorio vi siano poster e materiale informativo fornito da ISS su rischi dell'alcol in gravidanza.

Metodi e Strumenti per l'Anamnesi

L'indagine anamnestica può avvalersi di diverse modalità:

- **Colloquio Diretto:** L'operatore sanitario pone domande aperte e specifiche sulle abitudini di consumo di alcol della gestante, sia prima che durante la gravidanza. È importante esplorare: **Frequenza:** Quante volte a settimana/mese si consumano bevande alcoliche? **Quantità:** Quanti bicchieri/unità alcoliche si consumano in una settimana? **Tipo di bevanda:** Birra, vino, superalcolici. **Consumo pregravidico:** Si beveva prima di scoprire la gravidanza? (Molti danni possono verificarsi nelle prime settimane, quando la donna non sa ancora di essere in gravidanza). **Capacità di smettere:** Ci sono stati tentativi di ridurre o



smettere di bere durante la gravidanza?

- **Questionari Standardizzati:** Per facilitare e standardizzare lo screening, vengono utilizzati questionari validati che la paziente può compilare autonomamente o con l'aiuto del medico. Tra i più noti vi sono: **AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test):** Un test di autovalutazione rapido che indaga la quantità, la frequenza e i problemi correlati al consumo di alcol.



A.U.D.I.T.-C ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST

1) Con quale frequenza consumi bevande alcoliche?

- mai (0 punti)
- meno di 1 volta/ 1 volta al mese (1 punto)
- 2-4 volte al mese (2 punti)
- 2-3 volte a settimana (3 punti)
- 4 o più volte a settimana (4 punti)

2) Nel giorni in cui bevi, quante bevande alcoliche consumi in media?

- 1 o 2 (0 punti)
- 3 o 4 (1 punto)
- 5 o 6 (2 punti)
- 7 o 9 (3 punti)
- 10 o più (4 punti)

3) Con quale frequenza ti è capitato di bere sei o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione?

- mai (0 punti)
- meno di 1 volta al mese (1 punto)
- 1 volta al mese (2 punti)
- 1 volta alla settimana (3 punti)
- ogni giorno o quasi (4 punti)

Eventualmente fare compilare un diario alimentare

Importante è il cosiddetto **intervento breve**, fatto possibilmente dall'ostetrica, per individuare gestanti bevitrici.

Ha una durata di circa 10-15 minuti ed un modello ampiamente utilizzato è l'acronimo **F.R.A.M.E.S.** (Feedback, Responsibility, Advice, Menu of options, Empathy, Self-efficacy):

Feedback (Dare un riscontro): L'operatore sanitario fornisce alla paziente informazioni oggettive e personalizzate sui rischi legati al suo specifico livello di consumo di alcol e ai potenziali danni per il feto.

Responsibility (Sottolineare la responsabilità): si enfatizza che la decisione di cambiare comportamento (smettere di bere) spetta unicamente alla paziente. L'operatore offre supporto, ma la responsabilità dell'azione è della gestante.

Advice (Dare consigli chiari): si offre un consiglio chiaro, diretto e non ambiguo: "Il modo più sicuro per proteggere la salute del tuo bambino è smettere completamente di bere alcolici durante tutta la gravidanza".

Menu of options (Proporre alternative/opzioni): l'operatore e la paziente esplorano insieme diverse strategie e opzioni pratiche per raggiungere l'astinenza. Ciò può includere: suggerimenti per evitare situazioni sociali che favoriscono il consumo, identificare bevande analcoliche sostitutive, discutere come gestire lo stress senza ricorrere all'alcol, orientamento verso centri di supporto o gruppi di auto-aiuto, se necessario.

Empathy (Usare empatia): l'approccio è empatico, di supporto e rispettoso. È fondamentale evitare giudizi morali o biasimo, che possono portare la paziente a negare o minimizzare il problema e a ritirarsi dalla cura.

Self-efficacy (Incrementare l'autoefficacia): si rafforza la fiducia della paziente nella sua capacità di smettere di bere. Si possono lodare i successi passati, anche minimi, e incoraggiarla a credere nel suo potere di fare la scelta giusta per sé e per il bambino.

L'intervento breve ha dimostrato un'efficacia nel ridurre ma anche eliminare il consumo di alcol in gravidanza. Spesso, sono necessari follow-up per monitorare i progressi e offrire supporto continuo

Alcuni aspetti di diagnostica di laboratorio per rilevare il consumo di alcol in gravidanza.

- Generici: MCV elevato, enzimi epatici elevati,
- Specifici **Etilglucuronide**. È un metabolita dell'alcol che può essere misurato nelle urine, nel sangue, nei capelli ed anche nel meconio. **Urine** tende a scomparire 4 giorni dopo l'assunzione pertanto dovrebbe essere dosato almeno 2 volte a settimana.

Capelli la loro analisi permette di ricostruire i consumi mensili di alcol durante la gravidanza. Poiché i capelli crescono di circa 1 cm al mese, 9 cm di capelli sono i cosiddetti capelli gestazionali che sono cresciuti durante tutta la gravidanza. Possono essere contaminati da shampoo o altre sostanze cosmetiche.

Meconio se contiene questo metabolita indica possibile l'esposizione prenatale.