

Alcolismo: aspetti pediatrici

IGINO GIANI

U.O. Pediatria, Montepulciano, Azienda USL 7 - Siena

Il ruolo che l'alcol può svolgere nel condizionare negativamente la salute di un bambino è pesante e si immagina facilmente quanto tale effetto possa amplificarsi nell'età adulta e nell'intera società. Se non bastassero valutazioni etiche, prima che mediche, il semplice calcolo costi-benefici dovrebbe giustificare, anche nel nostro Paese, un impegno di prevenzione ben più serio ed efficace rispetto a quanto oggi viene fatto.

Tutte le notizie sul tema, comprese quelle parziali e lacunose che seguono, hanno lo scopo di stimolare curiosità, interesse e, soprattutto, la consapevolezza che questo problema si può evitare.

I contatti del bambino con l'alcol seguono di solito tre percorsi: l'esposizione in utero, l'esposizione ambientale (con riferimento alla famiglia ed alla comunità) e l'esposizione legata al consumo personale. Tradizionalmente l'attenzione si rivolge al consumo personale dell'adolescente; negli ultimi anni anche gli altri aspetti hanno avuto un'importante rivalutazione. (1)

Gli effetti deleteri dell'alcol sul bambino sono sospettati fino dall'antichità, ma è recente la definizione delle conseguenze provocate dall'ingestione di alcolici da parte della donna incinta.

Lemoine nel 1968 tratta l'argomento per la prima volta, riferendo di certe anomalie riscontrate in bambini nati da genitori alcol dipendenti. (2)

Numerose osservazioni hanno poi chiarito le capacità teratogene dell'alcol ed è stato documentato un quadro specifico di alterazioni e malformazioni identificato come "sindrome feto-alcolica" (FAS). La FAS è considerata la più severa conseguenza dell'esposizione in utero all'alcol. (3-4)

Nella donna alcolista esiste un aumento significativo del tasso di abortività e di natimortalità.

All'etanolo è riconosciuta la capacità di alterare il patrimonio genetico. L'effetto teratogeno diretto, anche se specifico, riguarda in particolare l'acetaldeide, uno dei metaboliti dell'etanolo. L'alcol può influenzare il flusso ematico placentare, alterando il trasferimento di varie sostanze come aminoacidi essenziali e zinco, entrambi necessari per la sintesi proteica. Altre segnalazioni attribuiscono all'alcol interferenze ormonali o un effetto diretto sulle funzioni cellulari. La tossicità dell'alcol sarebbe aumentata da carenze vitaminiche, (ac.folico e vit B1 e B6) determinate dall'etanolo stesso. (5)

Il consumo di alcol in gravidanza può dunque risultare molto dannoso allo sviluppo embrionale e fetale. Ma non tutti i figli di madri alcol-dipendenti presentano lo stesso quadro.

Non tutti noti sono i fattori che possono condizionare questa diversa risposta.

Prima di tutto la costituzione genetica dei genitori e del feto; alcuni individui hanno carenza di uno o più enzimi necessari per il metabolismo epatico dell'alcol; tale caratteristica è geneticamente trasmessa e la sensibilità individuale della madre e del figlio, anche se non definibile con precisione, rappresenta una variabile importante.

Gli stessi fattori genetici sono prevalenti nel condizionare la diversa incidenza della FAS nelle diverse popolazioni: dall'1%° al 10%°.

Il grado di intossicazione precedente e lo stato nutrizionale della madre, ma anche il suo equilibrio psichico ed i suoi comportamenti, giocano, a loro volta, un ruolo nel determinare l'intensità del rischio per il feto. (4)

Sono poi essenziali le quantità di alcol assunte, la durata dell'esposizione, il rapporto tra inizio dell'intossicazione e gravidanza, nonché l'eventuale abuso di altre sostanze come tabacco e droga.

Il bambino beve l'alcol che la madre beve... L'alcolemia della madre è la stessa di quella del feto che però è più piccolo e con un fegato meno maturo. Se l'alcolemia della madre rimane alta per alcune ore l'alcolemia del feto rimane tale per alcuni giorni. L'ubriacatura occasionale della madre è più pericolosa rispetto al basso, cronico, consumo. (6)

Poiché l'alcol passa integralmente nel latte materno anche l'allattamento al seno è controindicato. (2)

Esiste certamente una proporzione tra gravità di alterazioni osservate e quantità di alcol ingerita.

I figli di madri forti bevitrice hanno un rischio di anomalie congenite due volte superiore rispetto a quelli le cui madri assumono minori quantità di alcol. Alcuni Autori hanno calcolato che il 32% dei neonati di madri forti bevitrice presenta anomalie congenite contro il 9% dei figli di madri astemie e il 14% dei figli di madri che bevono con moderazione.

Poiché sono documentati segni sfumati, identificabili solo tardivamente, e poiché esistono fattori individuali che aumentano la vulnerabilità del feto, è difficile stabilire la dose minima di alcol sufficiente a non danneggiare l'embrione. L'astensione è l'unico comportamento sicuro!

I fattori maggiormente predittivi per problemi specialmente neurologici sono gli abusi occasionali (5 o più bicchieri, nella stessa occasione). Critica sembra anche la fase della gestazione, con maggior rischio per le settimane che precedono il riconoscimento della gravidanza e per il primo trimestre. Secondo alcuni AA bere fino ad 1 bicchiere di vino al giorno aumenta del 2% il rischio di problemi al bambino, 2-3 bicchieri fino al 10% e 4 o più bicchieri fino al 20%. (7)

La sindrome feto alcolica (FAS) è caratterizzata da tre gruppi di sintomi:

- difetto di crescita;
- anomalie morfologiche;
- compromissione del SNC.

1. *Difetto di crescita*: il peso, la lunghezza e la circonferenza cranica sono inferiori al 10° percentile. Il difetto di crescita è uno dei segni più costanti alla nascita e tende a mantenersi nelle età successive. Il peso può migliorare, mentre lunghezza e microcefalia rimangono più stabili. Questi bambini si alimentano svogliatamente e spesso vengono ospedalizzati. Sul difetto di crescita, osservato anche negli adottati, appare evidente la prevalenza del danno biologico su quello ambientale.

L'influenza negativa sul peso neonatale riguarda anche le modeste bevitrice. Esistono segnalazioni di un iposviluppo fetale perfino nei figli di quelle madri che, pur astinenti in gravidanza, hanno avuto una storia precedente di alcolismo. La natura biologica di tale influenza potrebbe riguardare il coinvolgimento epatico o altri problemi sia fisici che comportamentali. (7)

2. *Anomalie morfologiche*: sono molto variabili nella loro espressività ed interessano prevalentemente il volto.

Le classiche anomalie facciali includono: rime palpebrali brevi, epicanto, naso corto e rivolto in alto, filtro allungato e piatto, labbro superiore sottile, ipoplasia del mascellare, micrognazia; talora c'è palatoschisi, strabismo, ptosi palpebrale, orecchie bassoposte e ruotate in dietro. I denti hanno spesso forme e posizione anomale con malocclusione. La severità delle anomalie facciali sembra correlata con la severità della compromissione intellettiva.

Con il progredire degli anni le alterazioni facciali diventano meno distintive.

Sono descritte malformazioni cardiache, soprattutto a carico del setto, anomalie delle articolazioni minori e degli arti (displasia dell'anca, sinostosi radio-ulnare, sindattilia, anomalie vertebrali), alterazioni dei solchi palmari, malformazioni del tratto urogenitale e malformazioni cerebrali con alterazioni della migrazione neuronale. (6-8)

I problemi ricordati nascono da una gamma di difetti, soprattutto della linea mediana, avvenuti nelle prime settimane di gravidanza, e complicano il follow-up di questi bambini con storie di otite cronica media, ipoacusia conduttiva, strabismo, miopia severa, ipotonia, contratture in flessione, scoliosi, infezione delle vie urinarie, idronefrosi ed epilessia.

3. *Compromissione del SNC*: il ritardo mentale rappresenta la sequela più devastante dell'esposizione prenatale all'alcol.

Negli USA la FAS viene considerata la causa di ritardo mentale più importante tra quelle prevenibili. Nei casi più severi, oltre al ritardo mentale, c'è iperattività, difetto di attenzione, scarso adattamento sociale e quadri di ritardo motorio. Il Q.I. di questi bambini si colloca di solito nella fascia del ritardo borderline, ma la variabilità delle situazioni comprende, accanto a bambini normali (meno della metà dei casi), anche bambini con ritardi severi.

I figli di madri alcoliste devono essere seguiti con attenzione nei primi anni di scuola per possibili

problemi di apprendimento e/o di comportamento; in ogni bambino con problemi scolastici si dovrebbe sempre valutare la possibilità di una esposizione prenatale all'alcol.

Anche le alterazioni del sistema nervoso sono molto variabili: da quadri già evidenti precocemente, a situazioni sfumate che si manifestano solo quando vengono richiesti processi cognitivi più complessi. Nel periodo neonatale sono segnalati irritabilità, tremori, ipo-ipertonia, pianto inconsolabile, suzione poco efficiente, alterazione dei ritmi sonno-veglia. In alcuni neonati esposti a sindrome d'astinenza di alcol sono state osservate convulsioni, problemi gastrointestinali, meteorismo e vomito. (9-10)

C'è oggi una crescente attenzione alla identificazione dei problemi più raffinati e specifici. Alcuni Autori hanno osservato difetti nell'apprendimento verbale, nella memoria immediata, nella lettura, nell'aritmetica, nella capacità di astrazione, nel linguaggio espressivo ed in particolari attività come la rapidità dei movimenti, la coordinazione, la forza della presa, l'integrazione visu-motoria. Alcune sedi interessate potrebbero essere l'ippocampo, i lobi frontali ed i gangli della base. (11)

Le caratteristiche di bambini con FAS sono difficili da valutare con precisione perché non esiste un marker biologico specifico; diverse manifestazioni non sono associate soltanto all'alcol, l'anamnesi materna in gravidanza non sempre è attendibile e talora c'è abuso di più sostanze.

Non si può dimenticare poi che esiste un reciproco rafforzamento tra l'esposizione in utero all'alcol e l'esposizione pre e post-natale ad un ambiente spesso a rischio. Basta pensare ad una gestazione complicata da uno stile di vita disordinato (malnutrizione, malattie, depressione) o ad una famiglia inadeguata ad allevare il bambino. In questi casi danno biologico e ambientale si sommano. (12)

La sigla FAE (fetal alcohol effects) viene assegnata da alcuni AA ai casi che hanno difetti fisici sfumati o assenti e che quindi non presentano i criteri tradizionali della FAS che è la massima espressione dell'esposizione in utero all'alcol. In altre parole si potrebbe definire la FAE come l'aspetto più lieve di un quadro che vede all'altro estremo la FAS. Ma la cosa non è così schematica: infatti molti individui con FAE che sembrano del tutto normali hanno carenze intellettive, comportamentali e sociali importanti. La definizione ARBD (alcohol-related birth defects), riferita a tutte le situazioni non FAS, viene considerata meno ambigua. (13)

Si calcola che fino al 44% delle gestanti che bevono pesantemente partoriranno un bambino con FAS; degli altri 56% alcuni avranno la FAE con minori problemi di comportamento e apprendimento e solo pochi saranno del tutto normali. Insomma la FAS rappresenta la punta di un iceberg alla cui base troviamo soggetti apparentemente normali, ma incapaci di sviluppare le proprie potenzialità.

Negli USA la prevalenza della FAS è stimata tra 1 e 3 casi ogni mille nati. Nel mondo occidentale è calcolata 0.33%. Considerando anche i quadri di ARBD si raggiunge il 3-5%. Recenti osservazioni sottolineano la significativa frequenza delle lievi del SNC con una varietà di problemi comportamentali. Stime nordamericane valutano complessivamente un'esposizione all'alcol durante la gravidanza nel 18% dei bambini !! (1)

Nel 1994 è stato valutato in 2.4 milioni di dollari il costo di ogni bambino con FAS.

Eppure, se si vuole, la sindrome feto alcolica può essere evitata in tutti i casi!

Non esistono terapie specifiche per ridurre la severità delle sequele FAS, ma appare chiara la necessità di un supporto ai bambini ed alle loro famiglie. È fondamentale, per un corretto approccio, la preventiva conoscenza delle situazioni a rischio ed il riconoscimento precoce della sindrome.

Questi neonati dovrebbero essere valutati immediatamente in una struttura neonatale qualificata, sottoposti ad un prolungato follow-up orientato al controllo ed alla cura tempestiva dei possibili e numerosi problemi sia fisici che psicosociali. La famiglia, insieme al bambino, deve rimanere al centro di una rete di attenzioni costanti e multidisciplinari con programmi di informazione e di sostegno al ruolo genitoriale. L'educazione e la consapevolezza di ogni cittadino inizia nell'infanzia. Le famiglie, la scuola ed il servizio sanitario devono impegnarsi per la prevenzione di questa tragedia.

L'astensione dal consumare qualsiasi bevanda alcolica durante tutto il periodo della gravidanza, ed anche prima del concepimento, è la sola via per evitare la FAS.

L'intossicazione acuta.

Nel bambino l'intossicazione acuta da alcol etilico è sempre accidentale; capita più spesso laddove si pratica la distillazione domestica ed il prodotto viene conservato in modo improprio.

L'assorbimento gastrico è rapido all'inizio. Il picco ematico, dopo assunzione a digiuno, si ha tra le 1 e le 2 ore; l'assorbimento può prolungarsi fino a 6 ore in relazione alla concentrazione alcolica della bevanda e alla presenza o meno di cibo nello stomaco. L'emivita va dalle 2 alle 14 ore secondo la quantità assoluta di alcol ingerita. Nei bambini fino a cinque anni la tossicità è più elevata a causa della fisiologica carenza di alcol-deidrogenasi epatica.

Nel bambino 5ml/Kg di alcol assoluto possono essere letali; per un bambino di 15 Kg è già pericolosa la dose di 25 ml.

L'orientamento diagnostico è relativamente semplice e si basa su: anamnesi, odore dell'alito, comportamenti caratteristici e tasso di alcolemia.

Gli effetti dell'intossicazione acuta variano in rapporto all'età, alla sensibilità individuale ed all'eventuale assuefazione del soggetto: bambini in coma con alcolemia di 300mg/dl ed etilisti cronici in piedi con 400mg/dl !

In caso di modesta intossicazione (concentrazione ematica <0.1 gr/dl) si assiste a disinibizione, euforia, lieve compromissione della coordinazione dei movimenti, lieve sedazione.

Nell'intossicazione moderata (0.1-0.2 gr/dl) la sedazione è maggiore, c'è compromissione dell'attività mentale e delle facoltà di giudizio, variazioni dell'umore, eloquio inceppato, atassia.

Nell'intossicazione grave (>0.3 gr/dl) c'è stato confusionale, stato soporoso e coma con depressione respiratoria fino al decesso.

Il vomito ed il coma sono i sintomi più comuni nel teen-ager intossicato dall'alcol. Nei giovani i quadri più severi si manifestano a concentrazioni minori rispetto agli adulti. Tuttavia è stato dimostrato che i bambini in età prescolare eliminano l'etanolo due volte più rapidamente degli adulti.

L'ipoglicemia e l'acidosi metabolica sono più frequenti nel bambino. L'ipoglicemia è soprattutto frequente sotto i 5 anni. L'acidosi, di tipo misto, sembra il risultato di una relativa ritenzione di CO₂ e di un accumulo di ac.lattico. Anche una lieve ipokaliemia è comune. L'effetto dell'etanolo sullo stato di coscienza è direttamente proporzionale alla concentrazione ematica di alcol.

Il rapido sviluppo del coma è tipico del bambino e del giovane. In ambienti freddi può comportare il rischio aggiuntivo di una pericolosa ipotermia. (16) È necessario indurre vomito o praticare la gastrolisi con soluzioni isotoniche di bicarbonato, fino a sei ore dalla ingestione.

Nella fase di eccitamento si possono usare, con cautela, sedativi tipo diazepam (ev o rettale).

Nei casi più gravi si deve provvedere alla rianimazione dal coma con ripristino della normale attività respiratoria e circolatoria. Il meccanismo abituale di morte, per sindrome da overdose di alcol, è la depressione respiratoria. In questi casi si deve assicurare un'assistenza ventilatoria artificiale finché il fegato non ha eliminato dal corpo quantità sufficienti di alcol. In un paziente non affetto da alcolismo sono in genere necessarie 20 ore per ridurre la concentrazione ematica di alcol da 400 mg/dl a zero.

Vanno tempestivamente corrette situazioni di ipoglicemia, acidosi ed ipotensione, somministrando, al bisogno, bicarbonato, glucosio, liquidi.

Il metabolismo dell'alcol è accelerato dall'apporto di levulosio. Ma le piccole frazioni eliminate per via respiratoria ed urinaria non sono efficaci ad abbreviare il coma negli stati più gravi.

Per alcolemie superiori a 300mg/ml può essere necessaria la dialisi peritoneale o l'emodialisi. (17)

Tra gli adolescenti l'intossicazione acuta da alcol etilico non è insolita, ma viene spesso sottovalutata; la sbornia è in genere smaltita altrove rispetto all'ospedale a meno che non avvengano incidenti (per lo più della strada). Secondo stime OMS, il 50% degli incidenti stradali è dovuto a guidatori che hanno ingerito una modesta quantità di alcol e sono in uno stato oggettivamente asintomatico di etilismo acuto.

L'Europa è il continente dove si consumano più bevande alcoliche. In Italia, in particolare, il consumo di vino è tra i più alti del mondo, anche se negli ultimi anni si sta registrando, soprattutto tra i giovani, una crescente diffusione della birra.

Negli ultimi anni si è registrata una certa riduzione compensata però da un'aumentata diffusione della birra. In Italia ed in Grecia i bevitori settimanali sono più del doppio della media degli altri paesi. In Irlanda predominano i bevitori pesanti. I bevitori settimanali aumentano decisamente con l'età ed i maschi sono quasi il doppio delle femmine (Italia: 11-12 anni M 34% F 18%, 13-15 anni M 39% F 21%, media europea rispettivamente: 10%-5% e 22%-13%). (15)

Il fenomeno alcol comincia ad interessare la popolazione giovanile, iniziando l'uso di tale sostanza all'interno della famiglia, per continuare nel periodo scolastico e nella vita professionale, diventando presto un'abitudine di proporzioni fino a qualche anno fa impensabili.

L'uso di alcolici da parte dei giovani è molto variabile in funzione dell'età, del sesso, e del contesto culturale, sociale ed economico. A partire dagli anni '70 vari osservatori hanno rilevato un incremento di alcol dipendenza giovanile con caratteristiche nuove e preoccupanti.

La tradizionale modalità di assunzione per imitazione, gusto e abitudine sta acquistando i connotati della tossicomania. L'età media del primo consumo si abbassa; in età giovanile diventano più frequenti l'uso regolare di alcol e l'ubriacatura occasionale; le differenze tra i due sessi si stanno riducendo.

Più precoce è il contatto con l'alcol e maggiore il rischio di un abuso durante l'adolescenza; alcuni Autori hanno calcolato che iniziare a bere prima dei 13 anni comporta un rischio successivo di alcolismo da tre a sette volte maggiore rispetto a quanti iniziano dopo i 17 anni. Inoltre l'uso precoce di alcol e tabacco è il più forte indicatore di un successivo consumo di droghe illecite. (22)

Purtroppo la prevalenza dei consumi alcolici in età infantile è anche il segno di un'assenza o di una scarsa efficacia dei programmi di prevenzione rivolti all'adolescente ed all'adulto. Tutti gli interventi precoci utili a ritardare il contatto con alcol possono essere considerati un importante approccio alla prevenzione dell'uso di droghe. (18) Se poi si considerano i genitori, così determinanti nell'aiutare i figli ad acquisire i giusti comportamenti, si conferma, soprattutto per i più giovani, una relazione pesante tra ruolo della famiglia e consumo di alcol e tabacco nei figli.

È noto il maggior rischio per quei bambini che vivono accanto a genitori alcolizzati. Quando i genitori bevono frequentemente o non sono percepiti come modelli autorevoli e positivi è ancora più facile che i figli si avvicinino all'alcol e al tabacco. (23)

Questi bambini sono esposti a tutta una serie di situazioni sfavorevoli (disoccupazione, povertà isolamento sociale, problemi di salute, conflitti familiari, incomunicabilità, abusi fisici e sessuali, abbandono etc.) capaci di condizionare in negativo la maturazione psicosociale ed i comportamenti.

Gli effetti negativi sono proporzionalmente più importanti nei bambini di minore età. Più degli effetti direttamente legati all'alcol conta la mancanza di un accordo e di un'armonia familiare.

Quando è la madre a bere lo svantaggio per i figli è maggiore. Certamente nella maggior parte delle famiglie non ci sono problemi, ma è documentata la maggior prevalenza di alcolismo tra i familiari di genitori alcolizzati e la maggiore probabilità che il consumo inizi in età giovanile.

I bambini sono soli, deresponsabilizzati, depressi, vanno male a scuola, hanno minori opportunità di farsi degli amici e di partecipare alla vita sociale. In età adolescenziale crescono i comportamenti devianti.

Un gruppo molto particolare è rappresentata da quei bambini che hanno subito un'esposizione in utero e aggiungono i danni ambientali a quelli biologici.

L'esposizione prenatale all'alcol è solo l'inizio di una condizione di vita sfavorevole che proseguirà negli anni, segnando profondamente la personalità del ragazzo.

Anche in questi casi si chiedono risposte competenti, coordinate e tempestive cioè capaci di riconoscere e affrontare i primi segnali di sofferenza che provengono dal bambino e dai suoi genitori. L'obiettivo primario rimane la famiglia ed in particolare la sua coesione e la sua capacità di adattamento ai problemi. (19)

Tra le molte osservazioni che hanno cercato di trovare nell'età giovanile le radici più profonde dell'alcolismo dell'adulto sono state notate alcune differenze legate al sesso. E così tra i fattori che nei maschi, in età infantile o giovanile, possono condizionare lo sviluppo di alcolismo in età adulta, troviamo l'alcolismo del padre, una famiglia di origine problematica, una precoce devianza o asocialità dei comportamenti e contatti con la polizia. Nel sesso femminile, una recente indagine svedese ha segnalato che gli elementi maggiormente predittivi di un'alcolismo in età adulta sono una storia di precoci problemi psicologici o psichiatrici e un'abitudine all'alcol prima dei 15 anni. Ma prima di tutto l'esperienza di un abuso sessuale subito prima dei 13 anni ! (20)

Anche nel nostro Paese sono state eseguite numerose indagini sul rapporto alcol-giovani, in particolare nell'ambiente scolastico. Fra tutte riportiamo quelle significative relative ad una scuola media fiorentina (1993).

Il 68% dei 255 alunni intervistati consuma bevande alcoliche, con una prevalenza del 61% tra i maschi e del 48% tra le femmine; più della metà beve regolarmente tutti i giorni ed oltre il 7% consuma

forti quantità di etanolo (> 40gr/die). L'11% ha tendenza alla ubriacatura occasionale. Il vino è la bevanda prevalente, incalzata dalla birra. L'età del primo consumo, in media 9 anni, arriva anche a 5-6 anni; ed avviene quasi sempre in famiglia, con l'approvazione dei genitori.

Anche se ragazzi e insegnanti concordano nel considerare l'alcol una vera e propria droga, entrambe le categorie praticano l'abuso occasionale di bevande alcoliche. Il 70% degli insegnanti si definisce "bevitore sociale" e, tra i genitori, poco meno dei 2/3 dichiarano di far uso quotidiano di bevande alcoliche. Risulta poi che allievi ed insegnanti hanno un basso livello di conoscenze alcologiche.

Discreti i risultati conseguiti ad un intervento di educazione sanitaria, rivolto a ragazzi genitori ed insegnanti e durato tre anni, con riduzione significativa della prevalenza dei bevitori, ma scarse modifiche sulle percezioni relative all'alcol.

Oltre ai dati numerici sui consumi che confermano i risultati di altre indagini e che preoccupano per la diffusione del fenomeno e per il conseguente rischio salute è opportuno riflettere sulla precocità dei primi contatti e sulla potenzialità di un intervento preventivo più continuativo e globale. (21)

L'influenza della famiglia è prevalente nel facilitare il primo approccio alle bevande alcoliche. L'imitazione del modello fornito dai genitori o dagli amici, la curiosità, la voglia di assaggiare sono le prime motivazioni. Anche in Italia il consumo di birra è in forte crescita e tra i ragazzi più grandi diventa la bevanda prevalente.

Tra i ragazzi delle medie la prima bevanda alcolica rimane il vino. Questo si correla con le nostre tradizioni mediterranee. Il vino da secoli è considerato non solo una bevanda voluttuaria lecita e controllabile, ma anche un vero e proprio alimento ricco di valori medicinali e nutritivi.

I genitori, nel trasmettere tali modelli e nell'incoraggiare certi comportamenti, svolgono nei confronti dei figli un vero processo di iniziazione all'età adulta. Questa tolleranza sociale è rinforzata da incalzanti messaggi pubblicitari e da un carenza legislativa evidente, insomma da un clima politico-istituzionale che, nel nostro paese, monopolizzando l'attenzione sulle droghe illecite, tende a minimizzare l'uso di alcol e di tabacco come fattori di rischio sanitario e sociale.

Col progredire dell'età i consumi si legano ad esperienze personali e avvengono prevalentemente sia con gli amici sia con i compagni di lavoro in occasioni di socializzazione varie.

Sono maggiori i consumi di alcol tra i ragazzi che abbandonano precocemente la scuola.

I modesti risultati di alcuni interventi tentati nelle scuole fanno capire quanto difficile e complesso sia il processo di cambiamento che pur si deve intraprendere.

Una prevenzione vera deve scaturire da una maggiore attenzione alle situazioni di pericolo nella loro globalità, indipendentemente dalla singola sostanza. Bisogna fornire informazioni e strumenti affinché ciascun individuo impari a identificare i propri comportamenti a rischio nelle varie fasi della sua vita e sia in grado di opporsi ai condizionamenti negativi esterni.

È auspicabile un progetto globale di educazione alla salute come materia del curriculum scolastico, con la presenza di insegnanti specificamente formati sui vari temi. L'ufficializzazione può garantire un coinvolgimento naturale della famiglia, così decisiva nello sviluppo dei primi atteggiamenti correlati al bere. Ma senza dimenticare l'altro referente fondamentale nei programmi di prevenzione tra adolescenti: il gruppo dei pari.

Coetanei e genitori sono fondamentali perché rappresentano dei modelli e stabiliscono le regole di gruppo. La nostra scuola, troppo spesso indifferente, rappresenta lo spazio privilegiato per un programma di educazione alla salute. È necessario che gli insegnanti sappiano fornire modelli culturali corretti, confrontandosi con quelli appresi nel gruppo di appartenenza e proposti dai media. Occorre avere il coraggio di modificare l'organizzazione scolastica, prevedere momenti di integrazione con le famiglie e garantire adeguati supporti tecnici.

Il lavoro dentro la scuola va collegato con tutta una serie di iniziative e di attività anche fuori della scuola. Il problema alcol, così come il problema droga, è un aspetto del tema "disagio" e coinvolge direttamente ed in ogni occasione tutti i soggetti e tutte le agenzie che oggi sono interessate a promuovere il benessere fisico, psicologico e sociale dei ragazzi.

La società, su questo impegno, mette in gioco una parte del suo futuro.

Bibliografia

1. YOUNG N.K. *Effects of Alcohol and Other drugs on Children*, J. of Psychoactive Drugs Vol 29, 23, 1997
2. LEMOINE P. et al. *Les enfants de parents alcooliques, Anomalies observées*, Guest Medicine Vol 21, 476, 1968
3. MALKA R et al *Alcol e gravidanza - La sindrome alcol-fetale*, Alcologia Masson 1986
4. JONES K.L. SMITH D.W. *Recognition of the Fetal Alcohol Syndrome in early infancy*, Lancet Vol. 2 999, 1973
5. SCHENKER S., BECKER H.C. et al. *Fetal Alcohol Syndrome: Current status of pathogenesis*, Alcoholism: Clinical and Experimental Research Vol 14, 635, 1990
6. MONTAIGNE M.E. *Brief Overview of fetal Alcohol Syndrome and effects*, Internet Creative Consultants Home page 1997
7. LITTLE R.E. STREISSGUTH A.P. *Decreased birth weight in infants of alcoholic women who abstained during pregnancy*, J. Pediatr., Vol 3, 76, 1980
8. CLAREN S.K. SAMPSON P.D. et al. *Facial effects of fetal alcohol exposure. Assessment by photographs and morphometric analysis* Am.J. Med. Gen. Vol 26, 651 1987
9. STREISSGUTH A.P. *Prenatal alcohol induced brain-damage and long-term postnatal consequences*, Alcoholism: Clinical and Experimental Research Vol. 14, 648, 1990
10. STREISSGUTH A.P. BARR H.M. *Moderate prenatal alcohol exposure: Effects on child Q.I. and learning problems at age 7 _ years.*, Alcoholism: Clinical and Experimental research Vol.14, 662, 1990
11. MATTSON S.N. RILEY E.P. et al. *Verbal Learning and Memory in Children with Fetal Alcohol Syndrome*, Alcoholism: Clinical and Experimental Research Vol. 20, 810, 1996
12. WEKSELMAN K. SPIERING K. Et al. *Fetal Alcohol Syndrome From Infancy Through Childhood: A review of the Literature*, J. Pediatric Nursing Vol 10, 296, 1995
13. SOKOL R.J. CLARREN S.K. *Guidelines for use of terminology describing the impact of prenatal, Alcohol on the offsprings*, Alcoholism: Clinical and Experimental Research Vol 13, 597, 1989
14. Textbook of Pediatrics Nelson 15° ed. 1996
15. VAN REEK J. ADRIAANSE H. *Alcohol Consumption among Children in the European Community*, The International Jou. Of the Addictions Vol 29, 15 1994
16. LAMMINPAA A. *Alcohol Intoxication in Childhood and Adolescence*, Alcohol and Alcoholism Vol 30, 5, 1995
17. SARTI A. BUSONI P. *Intossicazione acuta da etanolo*, Emergenze Pediatriche Piccin 1997
18. JACKSON C. HENRIKSEN L. *The Early Use of Alcohol and Tobacco: Its Relation to Children's Competence and Parents' Behavior*, Am. J. Public Health Vol 87, 359, 1997
19. ROOSA M.W. DUMKA L. et al. *Family Characteristics as Mediators of the Influence of Problem Drinking and Multiple Risk Status on Child Mental Health*, Am. J. Community Psychology Vol 24, 607, 1996
20. SPAK L. SPAK F. et al. *Factors in Childhood and Youth Predicting Alcohol Dependence and Abuse in Sweedish Women: Finding From a General Population Study*, Alcohol and Alcoholism Vol. 32, 267, 1997
21. PATUSSI V. *Indagine epidemiologica sulla diffusione delle abitudini alcoliche in una popolazione di studenti, familiari ed insegnanti di due scuole medie inferiori fiorentine: valutazione epidemiologico-descrittiva nell'ambito di un programma di prevenzione alcologica*. Dottorato di Ricerca in Biologia e Clinica dell'Alcolismo Università di Firenze 1993
22. FERGUSSON D.M. LYNSKEY M.T. *Childhood exposure to alcohol and adolescent drinking patterns.*, Addiction Vol 89, 1007, 1994
23. ROOSA M.W. DUMKA L. *Family Characteristics as Mediators of the Influence of Problem Drinking and Multiple Risk Status on Child Mental Health*, Am.J.Community Psychology Vol.24 607, 1996