

2. Proteggere il bambino dall'esposizione al fumo di tabacco in gravidanza e dopo la nascita

L'esposizione al fumo di tabacco causa lungo tutto il percorso nascita numerosi problemi, che possono essere distinti in effetti fetali, perinatali ed effetti post-natali.

- L'esposizione prenatale ai prodotti da fumo di tabacco aumenta il rischio di aborto spontaneo, di mortalità perinatale e soprattutto di basso peso alla nascita.
- Esiste una forte associazione tra esposizione al fumo e Sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS).
- È stata dimostrata un'associazione tra esposizione al fumo e malattie respiratorie in particolare nel primo anno di vita. Simili evidenze esistono per l'otite media e la riacutizzazione dell'asma.

Raccomandazioni

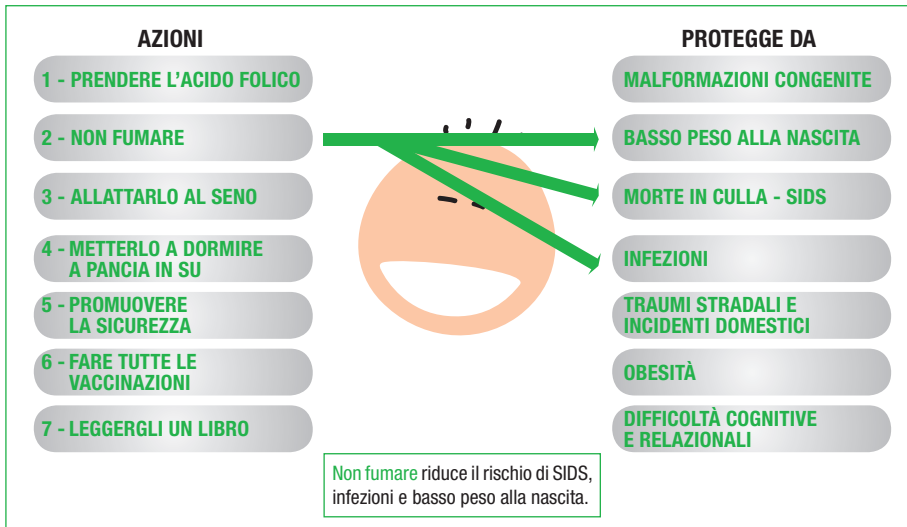
Ai genitori:

- non fumare, in particolare in gravidanza e durante l'allattamento al seno;
- non esporre la donna in gravidanza al fumo passivo;
- non fumare in casa e nei luoghi dove si è assieme ai bambini;
- non fumare in auto, mai quando si trasportano dei bambini;
- chiedere a chiunque frequenti la casa di astenersi dal fumare (utile un piccolo cartello: *Non fumare per favore. Ci sono bambini*);
- non portare i bambini in ambienti dove si fuma;
- esercitare vigilanza affinché non si fumi nei luoghi frequentati dai bambini (strutture ludiche, educative, ambulatori, ecc.);

Agli operatori sanitari:

- Informare correttamente i genitori sui rischi derivanti dal fumo di tabacco per la loro salute e per quella del loro bambino.
- Esercitare vigilanza e pressioni affinché non si fumi nei luoghi frequentati dai bambini e venga rispettato il divieto.
- Ovviamente: dare il buon esempio.

È importante inserire queste raccomandazioni all'interno di una offerta di counselling antitabagico (www.mammeliberedalfumo.org)



L'esposizione al fumo di tabacco causa lungo tutto il percorso nascita numerosi problemi, che possono essere distinti in effetti fetali, perinatali ed effetti post-natali. Particolare rilevanza riveste l'esposizione al fumo passivo (FP) cui i bambini vanno incontro a casa propria, o in altri luoghi dove si fumi. L'inalazione passiva del fumo di tabacco è conosciuta anche come "fumo involontario" oppure "fumo ambientale". Sono stati identificati più di 4000 composti nel fumo di tabacco. Almeno 42 di questi sono classificati come cancerogeni negli animali di laboratorio, e come dimostrati o sospetti cancerogeni per l'uomo^a.

1. Effetti fetali e perinatali

Il fumo è associato ad effetti negativi sulla capacità riproduttiva, che interessano sia la fertilità femminile che quella maschile (riduzione della quantità e qualità dello sperma)^{1,2}. È stato inoltre associato alla gravidanza ectopica e ad aumentata abortività (aumento del rischio tra 5 e 70% rispetto alle non fumatrici)². Il fumo attivo delle madri provoca una significativa riduzione nella crescita intrauterina, con

^a Due metodi vengono usati per stimare l'esposizione del soggetto al FP: il primo è indiretto e prende in considerazione le abitudini al fumo delle persone in luoghi con presenza di bambini, come ad esempio a casa, raccogliendo dati tramite questionario o check-list. Il secondo prevede la misurazione dei componenti del FP o dei suoi metaboliti. In particolare, la cotinina, un metabolita della nicotina, può essere misurato nel sangue, nel siero, nell'urina, nella saliva o nei capelli. Il livello della cotinina aumenta con l'aumento dell'esposizione al FP. Vi è inoltre crescente interesse scientifico per la misurazione del particolato sottile (polveri sottili) quale indicatore di inquinamento ambientale da fumo di tabacco.

conseguente nascita di bambini con peso basso per l'età gestazionale. La riduzione del peso è approssimativamente del 10%³. Per le madri che fumano pesantemente durante tutta la gravidanza è stato calcolato sulla base di 23 studi, un aumento di quasi due volte del rischio di basso peso alla nascita (<2500 grammi)⁴. Le madri che smettono di fumare nell'ultimo trimestre hanno un rischio sempre aumentato, ma minore rispetto a quelle che fumano durante tutta la gravidanza. Il consumo di caffeina e di alcool, noti fattori causali di ritardo di crescita intrauterina, hanno effetti sinergici con il fumo materno durante la gravidanza⁵.

L'esposizione di donne gravide al FP, di solito proveniente dal fumo del compagno o di altro familiare, è stata investigata solo in un limitato numero di studi. In alcuni, ma non in tutti, è stata osservata una riduzione significativa nel peso medio alla nascita, o un incremento del rischio di avere un bambino di basso peso, con un effetto minore rispetto alle madri direttamente fumatrici.

Il rischio di mortalità perinatale per figli di madri fumatrici è dal 20 al 40% più alto di quello di bambini di madri non fumatrici, per tutte le categorie di peso⁶.

Per quanto riguarda le malformazioni congenite, i risultati di alcuni studi che riportavano una associazione in particolare con le labiopalatoschisi non sono stati confermati da studi più recenti⁷.

Tabella 1. Meta-analisi degli studi sugli effetti fetali e perinatali da esposizione al fumo

Studi effettuati	Esiti considerati	Effetti*	Note
Di Franza & Lew (1995)	Basso peso	RR=1,82 (1,67-1,97)	23 studi
	Mortalità perinatale (inclusa natimortalità)	RR=1,26 (1,19-1,34) OR=1,23 (1,21-1,41)	23 studi 2 studi
	Aborto	RR=1,24 (1,19-1,30) OR=1,32 (1,18-1,48)	7 studi 6 studi

*Tra parentesi intervalli di confidenza al 95%. RR: Rischio Relativo; OR: Odds Ratio (vedi glossario).

2. Effetti post-natali

Il contributo della esposizione post-natale al FP rispetto a quella prenatale, per quanto riguarda gli effetti avversi sulla salute osservati dopo la nascita, è di difficile stima, per la difficoltà di separare le due esposizioni, che abitualmente si sovrappongono nello stesso soggetto. Quindi, negli studi dove sono stati fatti dei tentativi di ottenere queste informazioni, sono state considerate madri che hanno smesso di fumare in gravidanza ma hanno ripreso dopo la nascita del bambino.

2.1 SIDS

La SIDS è definita come un decesso improvviso senza causa apparente durante i primi 12 mesi di vita. L'associazione tra il fumo materno e la SIDS è fermamente stabilita: c'è

un incremento di 2-3 volte del rischio di SIDS in fumatrici prima della nascita con un minore effetto nelle fumatrici solo dopo la nascita. Tuttavia, anche qui distinguere la relativa importanza delle due esposizioni è abbastanza difficile in quanto c'è generalmente un'alta correlazione tra fumo durante e dopo la nascita, come dimostrano meta-analisi degli anni '90^{6,8}. Il dato è confermato da meta-analisi e studi recenti (§ capitolo 4° - SIDS).

2.2 Malattie respiratorie, inclusa l'asma

I bambini esposti al FP sono destinati a soffrire di malattie respiratorie (bronchiti, polmoniti, tosse e dispnea) e ad essere ospedalizzati più dei bambini non esposti. C'è evidenza di una relazione dose-risposta tra esposizione al fumo dei genitori e malattie respiratorie nell'infanzia; il rischio aumenta da 1,5 a 2,5 volte^{9,10}. È stato dimostrato che le malattie respiratorie nel primo anno di vita aumentano anche se la madre fuma solo dopo e non durante la gravidanza¹¹. L'esistenza di un chiaro rapporto dose-risposta depone a favore di una associazione causale tra esposizione al FP dei bambini e malattie e sintomi respiratori¹². Il rischio aggiuntivo evidenziato nelle case dove altra gente fuma oltre alla madre, suggerisce inoltre che l'esposizione post-natale sia responsabile degli effetti più di quella prenatale¹³. L'esposizione al FP concorre ad incrementare la mortalità infantile e non solo la morbosità⁹.

Tabella 2. Studi relativi all'associazione tra malattie respiratorie e fumo

Studi effettuati	Esiti considerati	Effetti*	Note
Di Franza & Robert (1996)	Prevalenza di asma Incidenza di tosse Infezioni respiratorie Lievi	OR=1,46 (1,14-2,85) RR=1,43 (1,13-1,56) RR=1,36 (1,26-1,46) OR=2,50 (1,86-3,36) RR=1,46 (1,33-1,60)	Bambini di tutte le età Età tra 6 e 19 anni Età <5 anni
Margolis et al. (1997)	Incidenza di infezioni respiratorie leggere	RR=1,5 (1,1-2,0) RR=2,2 (1,3-3,8)	≤10 sigarette al giorno >10 sigarette al giorno
Cook & Strachan (1998)	Prevalenza di asma Prevalenza di dispnea Prevalenza di tosse Prevalenza di flogosi bronchiale Prevalenza di "mancanza di respiro"	OR=1,21 (1,10-1,34) OR=1,24 (1,17-1,31) OR=1,40 (1,27-1,53) OR=1,35 (1,13-1,62) OR=1,31 (1,08-1,59)	Il fumo materno ha un maggiore effetto di quello paterno; entrambe le associazioni sono significative, ma chiaro effetto dose-risposta. Bambini in età scolare
Strachan & Cook (1998)	Prevalenza di asma Idem solo per madri fumatrici	OR=1,37 (1,15-1,64) OR=1,59 (1,27-1,99)	Neonati, caso-controllo Effetto non significativo per padri

*Tra parentesi intervalli di confidenza al 95%

Numerosi studi suggeriscono che l'esposizione al FP causa compromissione nelle funzioni polmonari e aumento nella ipersensibilità bronchiale nei bambini in età scolare¹². Le meta-analisi degli studi effettuati sugli effetti del FP su incidenza e severità dell'asma hanno dimostrato che il fumo materno è associato ad un incremento della prevalenza dell'asma nei bambini dei primi anni di vita^{9,12,13,15,16}.

Molti studi dimostrano un aumento significativo del rischio di riacutizzazione dell'asma in seguito a esposizione al fumo passivo (co-fattore scatenante).

2.3 Malattie dell'orecchio medio e adenotonsillectomia

C'è evidenza di aumento sia pure lieve di otite ricorrente e di otite media sierosa in bambini esposti al fumo di tabacco, specialmente in quelli minori di 5 anni^{9,14}.

I limitati dati disponibili suggeriscono che il ricorso all'adenoidectomia e la tonsillectomia è fino a 2 volte più frequenti in bambini esposti al FP rispetto a quelli non esposti^{9,14}.

Tabella 3. Meta-analisi degli studi sull'associazione tra fumo, otite media e adenotonsillectomia

Studi effettuati	Esiti considerati	Effetti*
Di Franza & Robert (1996)	Tutte le malattie dell'orecchio medio Tonsillectomia e adenoidectomia; solo 2 studi inclusi	OR=1,58 (1,11-2,24) RR=1,19 (1,10-1,35) OR=2,06 (1,42-2,99)
Strachan & Cook (1998)	Otite media ricorrente Otite media sierosa Adenoidectomia, tonsillectomia o adenotonsillectomia	OR=1,48 (1,08-2,04) OR=1,38 (1,23-1,55) OR=2,07 (1,82-2,35)

*tra parentesi intervalli di confidenza al 95%

2.4 Cancro

Alcune evidenze suggeriscono che l'esposizione ai prodotti di fumo da tabacco possono portare un aumento del rischio di cancro nei bambini^{17,18,19}. L'insieme di tali evidenze suggerisce che l'esposizione al FP possa esistere un nesso causale con lo sviluppo di tumori nei bambini.

3. Il fumo passivo in ambienti confinati

Purtroppo risulta ancora diffusa l'abitudine di fumare anche all'interno degli autoveicoli, esponendo adulti e talvolta bambini ad alte concentrazioni di fumo passivo per tempi più o meno lunghi. A causa del piccolo volume, infatti, fumare negli abitacoli comporta l'esposizione a concentrazioni di inquinanti elevatissime, che rappresentano un rischio per la salute sia a breve (attacchi asmatici) che a lungo termine in caso di esposizioni continuative (in-

fiammazioni croniche, patologie cardiovascolari e neoplasie). Per questo la stessa OMS ha messo sotto la lente di ingrandimento questo problema, con l'invito ai decisori di normare il fumo in macchina, così come avviene per il luoghi pubblici e i posti di lavoro.

In assenza di dati osservazionali sulla prevalenza di fumatori in automobile, su iniziativa della Direzione Regionale per la Prevenzione, il Veneto ha effettuato una indagine specifica. Tale attività ha coinvolto la quasi totalità della regione (19/21 ASL) in un monitoraggio condotto presso i 2 principali incroci di 81 Comuni campione.

Sono stati oggetto del monitoraggio (svoltosi nell'ottobre 2008 in fasce orarie definite 7.30-9.30 e 17.00-19.00) 5.928 veicoli, di cui 89% automobili e 11% furgoni o camioncini con targa italiana (sono stati esclusi dalla rilevazione i veicoli con targa straniera, i mezzi pubblici o agricoli). Le vetture con fumatori all'interno sono risultate il 7%, di queste l'1% trasportava a bordo un bambino²⁰. I dati raccolti, considerato che l'abitudine non determina una continuità dell'azione (l'osservatore potrebbe aver visto l'automobilista prima o dopo aver fumato) conferma e forse amplifica il dato riferito (dato raccolto mediante intervista telefonica) dell'11%²¹.

Si tenga conto che quando si accende una sigaretta in automobile, pur con finestrino aperto, le concentrazioni di polveri sottili (PM §glossario) subiscono un aumento considerevole, superando i valori limite fino ad arrivare a 36.5(PM₁), 46.4 (PM_{2.5}) e 61.3 (PM₁₀) µg/m³. Particelle così piccole sono capaci di raggiungere le ramificazioni più periferiche dell'albero bronchiale con il loro carico di sostanze tossiche. Va considerato inoltre che per l'outdoor la soglia di attenzione per il PM_{2.5} (ancora in via di definizione) dovrebbe essere 25 µg /m³ e per il PM₁₀ è di 50 µg /m³. Quella di allarme (quando devono essere presi provvedimenti di limitazione del traffico per cercare di ridurre l'inquinamento) è di 75 µg /m³: ci possiamo quindi rendere conto della gravità del rischio per la salute a causa dell'esposizione al fumo passivo in macchina²².

4. Efficacia dell'intervento di educazione sanitaria in gravidanza

Gli operatori sanitari possono avere un ruolo importante nel far ridurre o smettere di fumare i propri pazienti. Questo vale soprattutto per le donne in gravidanza o con bambini piccoli. Alcuni dati in Italia:

- 1 bambino su 2 ha almeno un genitore fumatore;
- il 70% delle donne fumatrici cessa di fumare durante la gravidanza;
- circa il 70% riprende a fumare dopo il parto;
- il numero delle fumatrici sia tra le giovani donne fumatrici, sia tra le donne che avviano una gravidanza è in aumento, circa il 20% fuma (ISTAT 2007).

Da questi dati risulta evidente l'importanza di aiutare le donne in gravidanza a smettere di fumare e, soprattutto, a stabilizzare lo stato di astinenza oltre il parto, per il rispetto della salute propria e del bambino, come i dati, le attuali conoscenze scientifiche e le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale, segnalano da tempo.

Fortunatamente quello della nascita di un bambino è un momento molto favorevole per il cambiamento comportamentale: i genitori e i parenti sono totalmente rivolti verso il benessere del neonato.

È stato calcolato che ogni 12 donne in gravidanza che ricevono il messaggio sui possibili danni del fumo di sigaretta per la salute del feto e del bambino 1 (una) smette di fumare. Tale risultato non è affatto trascurabile, specie se considerato in un'ottica di salute pubblica.

La gravidanza è dunque un momento favorevole per il *counselling sul fumo*. Anche una breve comunicazione del medico nel contesto delle informazioni che vengono date sulla salute del bambino può avere una grande efficacia. Programmi mirati come “*Mamme Libere dal Fumo*” aumentano le possibilità di successo (www.mammeliberedalfumo.org).

5. “Mamme libere dal fumo”: programma nazionale di counselling ostetrico.

Il programma nazionale di counselling ostetrico “*Mamme libere dal fumo*”^b, ha lo scopo di favorire l'intervento standardizzato del personale ostetrico, per il sostegno motivazionale alla disassuefazione ed il successivo follow-up delle donne fumatrici e delle loro famiglie, con particolare riferimento al periodo gestazionale e puerperale.

Tra il personale sanitario, studi sperimentali hanno dimostrato l'efficacia degli interventi condotti in particolare dai medici di medicina generale e tra il personale non medico, dalle ostetriche e dal personale infermieristico. L'*ostetrica* risulta essere un operatore privilegiato nel processo di counselling anti-fumo con donne, sia per la vasta gamma di prestazioni che eroga a favore della popolazione femminile, sia perché si rivolge a donne di tutte le età, sia perché, nel caso della gravidanza, si rivolge a donne che hanno già una naturale predisposizione a smettere di fumare.

Il personale ostetrico (come quello infermieristico) risulta particolarmente indicato per condurre interventi di counselling standardizzato in quanto:

- gode di stima e considerazione;
- garantisce vicinanza all'assistito (che lo sente meno distante o più raggiungibile di un clinico);
- fornisce maggior contatto (anche di tipo fisico);
- è in genere più flessibile;

^b *La Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori e la Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, valorizzando l'esperienza concreta maturata a Treviso nel 2001 tra LILT, Collegio Ostetriche e ASL provinciali, hanno unito il loro impegno e la loro rispettiva esperienza nel campo della prevenzione del tabagismo e dell'assistenza alla donna per offrire un aiuto concreto ed efficace alle donne (Accordo del 10 luglio 2002). Dal 2007 il progetto è divenuto parte delle iniziative del Centro Controllo Malattie (CCM) del Ministero della Salute, con l'obiettivo di diffondere e sostenere l'attività di counselling ostetrico in tutta Italia. Tale vasto movimento ha già interessato anche l'International Network Women Against Tobacco (INWAT) – Europe che ha inteso fornire il proprio patrocinio all'iniziativa preventiva e ne segue gli sviluppi.*

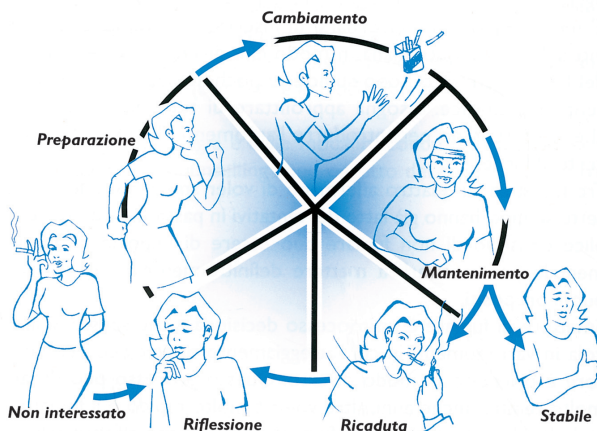
- raggiunge pressoché tutte le donne in gravidanza (circa 570.000 ogni anno) e tramite loro i nuclei familiari (almeno 1.5-2 milioni di persone all'anno, quasi la metà dei quali fumatori o esposti a fumo passivo).

Si tratta di effettuare un *counselling breve* (fino a 5-10 minuti), cioè *un'azione strutturata a sostegno del cambiamento comportamentale* da parte di personale sanitario adeguatamente preparato, relativamente facile da apprendere, di basso costo e di grande efficacia (*raccomandazione di grado A*).

L'intervento di counselling antitabagico proposto (*desunto dal modello delle 5A^c*) consiste essenzialmente in:

- identificare i fumatori e lo stadio motivazionale secondo Prochaska – Di Clemente (§ figura 1);
- favorire l'avvio della riflessione con coloro che non vogliono smettere di fumare;
- sostenere il soggetto fumatore che è pronto a smettere di fumare;
- evidenziare i vantaggi correlati all'abolizione del fumo;
- personalizzare il colloquio con il singolo soggetto;
- aiutare il paziente ad identificare possibili strategie per smettere di fumare;
- mantenere i contatti e garantire il follow-up.

Figura 1. Ciclo di Prochaska – Di Clemente



^c In altre parole, utilizzando una regola mnemonica della letteratura anglosassone, le 5 "A":

- **Ask about the use** (chiedere informazioni in merito all'abitudine tabagica: è fumatore? Quanto fuma?);
- **Advise to quit** (raccomandare di smettere);
- **Assess willingness** (indagare in merito alla volontà di smettere);
- **Assist** (fornire aiuto, sostenere le fasi dell'abbandono dell'abitudine);
- **Arrange follow up** (concordare le modalità di follow-up).

Come descritto nella guida al counselling, l'intervento professionale dell'ostetrica si attua in 6 fasi:

1. **Creazione di un ambulatorio libero dal fumo (fase 1)** identificato da **poster e locandina**;
2. Dopo l'**identificazione delle donne fumatrici** e del grado di motivazione (**fase 2**) si personalizza l'attività di **sostegno attivo** solo con le pazienti pronte (**fase 3**) con definizione assieme alla paziente di una **data precisa per smettere di fumare (fase 4)**, suggerendo alcune **strategie** per fronteggiare il desiderio di riprendere a fumare e distribuendo valido **materiale informativo e di supporto (fase 5): opuscolo informativo per le famiglie, bindello** tipo il "Non disturbare" come "*reminder*" per richiamare il rispetto almeno della cameretta del neonato da parte dei fumatori eventualmente presenti in casa, **bavaglino** con la scritta "Nato libero dal fumo". Va aggiunto che la conoscenza da parte dei genitori degli effetti nocivi del fumo passivo sul bambino, può rinforzare la loro capacità di imporre e rispettare il divieto di fumare in casa²³.
3. **Sostegno e follow-up (fase 6)** da parte dello stesso operatore con invio laddove necessario o richiesto ad un secondo livello se disponibile.

Il programma aggiunge enfasi all'importanza di trasformare il "setting" ove si svolge l'attività di counselling in un ambiente libero dal fumo, a partire dalla coerenza comportamentale degli operatori e dal coinvolgimento dei Dirigenti Responsabili di U.O. chiamati a condividere e sostenere le attività.

Questo progetto offre un grande contributo per la promozione della salute nel nostro Paese su di un tema, quello del tabagismo, che continua a rappresentare la più grave epidemia in atto.

È pertanto essenziale far capire che, ancor più importante dei doni e dei complimenti, è il rispetto della salute del bambino, a partire dal non fumare in sua presenza o, meglio ancora, smettendo di fumare.

*1° edizione a cura di Luca Sbrogiò e Giorgio Tamburlini
Revisori: Daniela Galeone, Mary Elizabeth Tamang*

Aggiornamento a cura di: Luca Sbrogiò, Francesca Allegri

Il counselling in più

Il programma nazionale di counselling ostetrico *“Mamme libere dal fumo”* deve essere sostenuto e rafforzato, come altri interventi analoghi, con l’uso di tecniche di counselling da parte di tutti i professionisti sanitari che entrano in contatto con donne in età fertile, con donne e coppie in attesa di un figlio e in generale con coppie genitoriali.

Bisogna ricordare che:

- ogni professionista sanitario è un referente informativo a cui vengono attribuiti prestigio e credibilità per tutto ciò che riguarda l’informazione sulla salute;
- i messaggi informativi che il professionista invia sono costituiti sia da ciò che dice sia da ciò che NON dice: NON parlare di astensione dal fumo rischia di tradursi in un messaggio di svalorizzazione dell’intervento educativo volto a promuoverla;
- un messaggio educativo, specie se mira a ridurre comportamenti consolidati e legati al piacere, ha maggiori possibilità di essere accolto e tradotto in comportamenti durevoli se ripetuto con regolarità, confermato da professionisti diversi ed accompagnato dalla positivizzazione dei risultati raggiunti;
- il rischio di ricaduta, previsto dallo schema di Prochaska, deve poter essere intercettato da professionisti diversi che entrano in contatto con la donna o la coppia fumatrice (o ex fumatrice) in momenti ed in contesti differenti (pediatra, medico di medicina generale, infermiere ecc.).

Ciascuno di questi professionisti dovrà inserire il richiamo all’astensione dal fumo all’interno del proprio intervento, adeguandolo alla situazione e al contesto dell’intervento stesso.

Si tratta concretamente di:

1. Introdurre sempre il tema dell’astensione dal fumo nel colloquio con la donna o con la coppia;

Es: Poi, oltre alle cose che ci siamo detti, c’è naturalmente il discorso dell’astensione dal fumo che probabilmente avete già affrontato con altri professionisti già durante la gravidanza.
2. Raccogliere qualche dato sulle informazioni già ricevute;

Delle cose che vi hanno già detto qualcosa in particolare vi aveva colpiti, vi aveva convinti a evitare di fumare?
3. Raccogliere qualche informazione sulla situazione attuale evitando modalità inquisitive o giudicanti: puntare soprattutto sul riconoscimento della difficoltà del comportamento richiesto;

A partire dalle vostre abitudini precedenti è stato difficile per voi smettere? Ci siete riusciti per un po’? E in questo momento riuscite a mantenere l’abitudine di non fumare o è diventato troppo difficile?
4. Positivizzare gli eventuali risultati raggiunti;

È comunque un grosso risultato, per persone che erano abituate a fumare, riuscire a smettere durante la gravidanza.
5. Facilitare l’individuazione delle modalità utilizzate nella fase di cambiamento-mantenimento;

Sicuramente avete utilizzato delle modalità vostre che vi hanno permesso di farcela: secondo voi su cosa avete puntato, quali sono i vostri punti di forza?

6. Ribadire l'obiettivo educativo del professionista, aggiungendo qualche informazione che riprenda quelle ricordate dalla paziente alla fase 3 e incoraggiando a chiedere altre informazioni;

Io sono convinto che, specie se si è già riusciti a smettere per un po', è importante trovare il modo di mantenere questo comportamento: quello che lei ricordava prima, il fatto di sapere che il fumo aumenta la possibilità di disturbi respiratori per il bambino, e che rende comunque meno sano l'ambiente in cui vive il bambino, e in cui vivete anche voi, può già essere utile per cercare di non riprendere (o per provare di nuovo a smettere). Ci sono altre informazioni che potrebbero esservi utili in questo momento?

7. Cercare un punto di forza su cui impostare un nuovo intervento motivazionale, sottolineando l'impegno di affiancamento del professionista;

Per lei e per suo marito cos'altro potrebbe essere utile per riuscire a non riprendere di fumare (o a riprovare a smettere)? In che modo pensa che io possa aiutarvi a farcela?

Questo stile permette al professionista di evitare di utilizzare modalità spontanee non efficaci, che definiamo abitualmente “modalità barriera”: il rimprovero, il giudizio morale; (“ma come, ha ricominciato a fumare? Non lo sa che è dannoso per il bambino, oltre che per lei?”), l’inquisizione (“non avrà mica ricominciato a fumare, adesso che il bambino è nato?”) la minimizzazione (“ma insomma, non è poi così difficile, se ci era riuscita durante la gravidanza non vedo perché improvvisamente non ci riesce più...”); modalità che rischiano di accentuare una reazione motivazionale opposta, la reattanza psicologica^{1,2}, e di ridurre ulteriormente l’adesione al comportamento richiesto.

Silvana Quadrino Istituto CHANGE www.counselling.it

1. Bert G., *Ma perché non fa quel che le ho detto?*, Edizioni CHANGE 2006.
2. AM Miron, JW Brehm – (2006) *Reactance Theory – 40 Years Later. Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 1, 9-18.

"PILLOLE" DI VALUTAZIONE

Astensione dal fumo, prenatale e postnatale

Cosa sanno e come si comportano i genitori

Una notevole percentuale di genitori, pari all'82,4%, ha ricevuto informazioni da un operatore sanitario sull'importanza di astenersi dal fumo, in gravidanza e dopo il parto. Il canale informativo privilegiato sembra essere l'ambulatorio ostetrico-ginecologico dove le neo-mamme hanno avuto informazioni nel 58% dei casi, mentre il secondo canale informativo è il medico di famiglia, tramite il quale le mamme hanno avuto informazioni nel 24% dei casi.

Le implicazioni del fumo sul bambino sono abbastanza note anche se meno del 5% dei genitori le conosce in maniera approfondita, cioè risponde correttamente a tutte le domande poste (§ tab.1).

Tabella 1. Distribuzione % delle risposte alla domanda "fumare in gravidanza può incidere su"

Il fumo in gravidanza può incidere:	% risposte corrette
- Sull'insorgenza di alcune patologie delle vie respiratorie (<i>Vero</i>)	75,0%
- Sull'insorgenza di gravi malformazioni del bambino (<i>Falso</i>)	16,3%
- Sulla nascita prematura del bambino (<i>Vero</i>)	52,7%
- Sul basso peso alla nascita del bambino (<i>Vero</i>)	60,1%

Complessivamente, la maggior parte delle neo-mamme è "non fumatrice". Si rileva però che oltre un bambino su 4 ha la mamma che è attualmente fumatrice o lo è stata, come emerge dalla tabella 2.

Tabella 2. Comportamenti-distribuzione % delle mamme secondo l'abitudine al fumo

Fumatrici	Fumatrici che hanno sospeso e hanno ripreso a fumare dopo il parto	Fumatrici che hanno interrotto per la gravidanza	Non fumatrici
3,6%	2,8%	21,5%	72,1%

Tenendo conto che l'età media dei bambini è sotto i 3 mesi, si può ipotizzare che le donne che riprenderanno a fumare dopo la sospensione dovuta alla gravidanza saranno di più dell'attuale 2,8%, come dimostrato in molti altri studi.

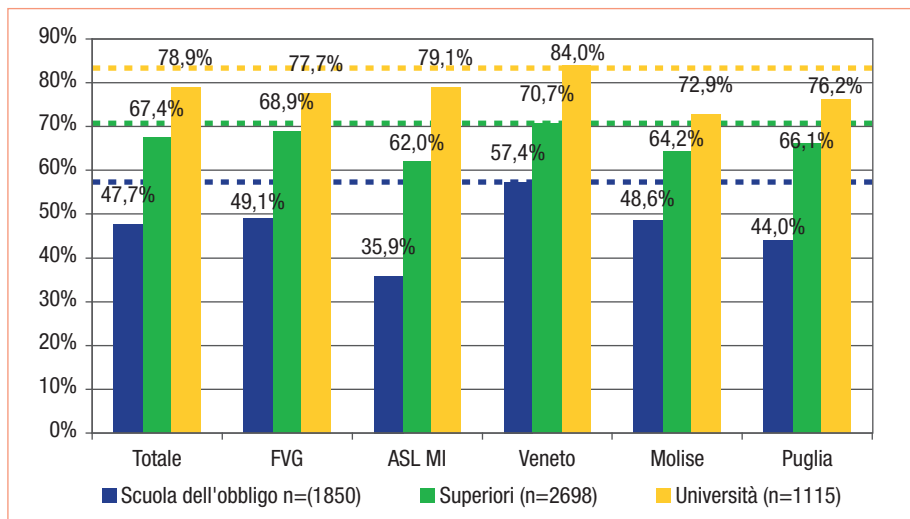
In ogni caso, il dato interessante, che conferma quanto emerso anche in altre ricerche, è che la gravidanza è una grande occasione che induce le donne ad allontanarsi dall'abitudine al fumo. Esce quindi rafforzata la raccomandazione di attivare azioni di supporto per quelle donne che smettono di fumare in occasione della gravidanza in modo che persistano in questa scelta salutare.

Anche l'abitudine al fumo risente del titolo di studio della mamma, dato che le non fumatrici fra le laureate sono l'80%, mentre sono il 68% circa fra le donne che hanno completato solamente la scuola dell'obbligo.

Per capire se il bambino vive in un ambiente libero dal fumo è interessante anche considerare il comportamento congiunto dei due genitori e verificare in che percentuale i bambini del nostro campione rischiano di essere esposti al fumo passivo, vivendo in un ambiente non libero dal fumo.

L'abitudine al fumo dei genitori varia da territorio a territorio ed è fortemente influenzata dal titolo di studio del padre che può essere considerata una buona variabile proxy (§ glossario) dello status sociale della famiglia. Il grafico sottostante mette in relazione la % di bambini che vivono in ambienti in cui né il padre né la madre fumano con il territorio di provenienza e il titolo di studio del padre.

Grafico n. 1. % di famiglie in cui entrambi i genitori sono attualmente non fumatori per territorio di provenienza e titolo di studio del padre



È facile vedere come la probabilità di trovarsi in un ambiente libero dal fumo per un bambino nato, ad esempio, nel Veneto con padre laureato è più che doppia rispetto ad un suo coetaneo nato nella città di Milano da padre con la scuola dell'obbligo.

Un altro dato che appare molto interessante è la correlazione rilevata tra abitudine al fumo della madre e modalità di alimentazione del bambino. Attraverso l'analisi alla risposta sul tipo di alimentazione seguita dal bambino nelle 24 ore precedenti la rilevazione, e a

parità di età dei bambini, si nota una netta differenza tra le madri attualmente non fumatrici e quelle fumatrici. Infatti tra le non fumatrici la percentuale di bambini alimentati con solo latte materno è intorno al 55%, mentre la stessa percentuale scende al 41% tra le mamme fumatrici che non hanno mai smesso di fumare. L'allattamento scende invece addirittura al 28% tra le donne che hanno smesso di fumare durante tutta la gravidanza, ma che hanno già ripreso a fumare. Sembra, pertanto, che il riprendere a fumare coincida con la cessazione dell'allattamento al seno: sostenere quindi le donne che hanno smesso di fumare in concomitanza della gravidanza avrebbe anche il benefico esito di prolungare l'allattamento materno e viceversa. Un rapporto causa effetto è difficile da dimostrare in considerazione delle scarse informazioni che hanno le mamme sull'opportunità di proseguire l'allattamento al seno anche in presenza dell'abitudine al fumo.

Cosa sanno gli operatori prima della formazione GenitoriPiù

Agli operatori che hanno partecipato alla formazione sono state poste due domande relative alla conoscenza di alcune evidenze epidemiologiche e una domanda relativa alla possibilità di proteggere dalla SIDS evitando di fumare nella stanza in cui dorme il bambino. La tabella 3 riporta le percentuali di risposte corrette da cui si può dedurre che la quasi totalità dei rispondenti conosce la possibile relazione tra fumo nella stanza e SIDS.

Tabella 3. Conoscenza - % di risposte corrette (indicata fra parentesi)

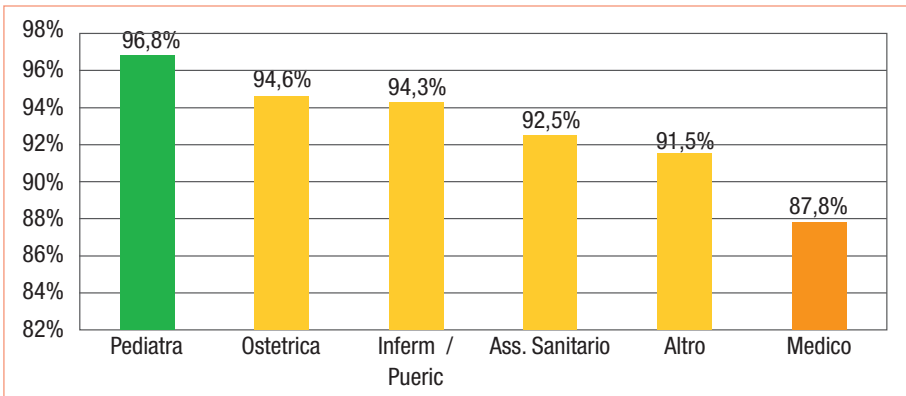
Qual è la % di donne fumatrici che smette di fumare in gravidanza? (70-80%)	36,1%
Delle donne che smettono di fumare in gravidanza quante riprendono dopo il parto? (2/3)	49,0%
Evitare di fumare nella stanza in cui il bambino dorme protegge dalla Sindrome della Morte Improvvisa? (Si)	90,8%

Il 17% (n=1015) degli operatori risponde correttamente a tutte e 3 le domande circa il fumo. Analizzando l'ultima domanda sulla conoscenza, si rilevano poi % di risposte corrette molto diversificate secondo la professione del rispondente, come dimostra il grafico 2. Alla domanda su quanto spesso l'operatore dà consigli si è avuta la seguente distribuzione delle risposte.

Tabella 4. COMPORTAMENTI - con quale frequenza fornisce consigli sul fumo

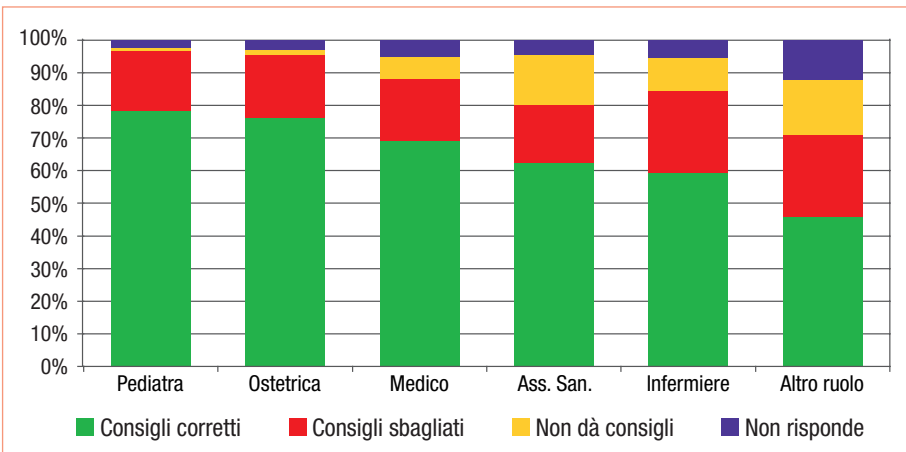
Sempre	Spesso	Raramente	Mai	N.R.
38,4%	34,0%	15,4%	7,5%	4,8%

Grafico 2. % di risposte corrette alla domanda se non fumare nella stanza dove dorme il bambino è fattore di protezione dalla SIDS



Inoltre è stato chiesto se l'operatore chiede alle madri e ai padri se fumano. Considerando congiuntamente le modalità di risposta "sempre" e "spesso", e trascurando invece le altre risposte, si ha la seguente distribuzione per ruolo professionale degli operatori (§ grafico 3).

Grafico 3. Distribuzione per ruolo professionale degli operatori che chiedono alle madri e ai padri se fumano



Si rileva quindi che le ostetriche e i pediatri sono gli operatori che maggiormente si informano sull'abitudine al fumo della madre e danno informazioni sulle conseguenze del fumo, mentre le altre figure professionali sono meno attente a questo aspetto. Risulta inoltre chiaro come attualmente l'attenzione degli operatori sia posta soprattutto sulle abitudini al fumo della madre e non della famiglia.

È stato anche chiesto agli operatori se, nel caso in cui la donna fumi, consiglino di smettere l'allattamento al seno, con il risultato che solo il 65,1% risponde correttamente "no".

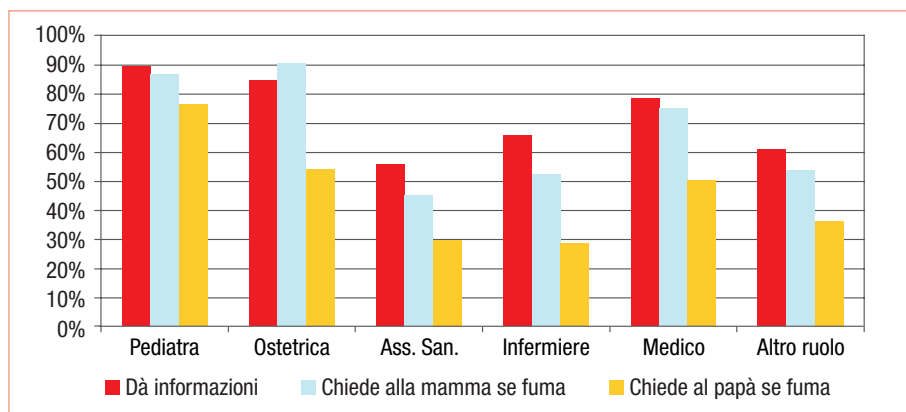
Si può a questo punto costruire un indicatore che tiene insieme le due informazioni: dà consigli e, sull'aspetto dell'allattamento, dà il consiglio corretto, con il seguente risultato:

Tabella 5. COMPORTAMENTI - correttezza dei consigli forniti

Corretti	Sbagliati	Non dà consigli	N.R.
65,1%	21,7%	8,0%	5,3%

Anche questa distribuzione è fortemente influenzata dal ruolo professionale come mostra il grafico 4.

Grafico 4. Distribuzione per ruolo professionale degli operatori in base alla correttezza dei consigli forniti



Nel caso del fumo le differenze territoriali sono meno evidenti e poco significative.

Come e dove promuovere la conoscenza degli effetti del fumo e i corretti comportamenti?

Il momento della gravidanza influenza fortemente le abitudini al fumo delle donne, è quindi un momento in cui le mamme vanno fortemente sostenute affinché la decisione di smettere diventi stabile. L'abitudine al fumo ha spesso un carattere "familiare", diffusa soprattutto nelle famiglie con titoli di studio più bassi. Vanno quindi individuati interventi che possano raggiungere anche queste fasce di popolazione.

Negli operatori va sostenuta la necessità di affrontare questo tema con i genitori fornendo le corrette informazioni, specialmente nelle ostetriche e nei pediatri, includendo nel target anche il padre.

A cura di: Stefano Campostrini e Stefania Porchia

Bibliografia

1. Kulikauskas V, Blaustein D, Ablin JR. Cigarette smoking and its possible effects on sperm. *Am Fertil Soc* 1985; 44:526-528.
2. Tuormaa TE. The adverse effects of tobacco smoking on reproduction and health. A review from the literature. *Nutr Health* 1995; 10:105-20.
3. Charlton A. Children and passive smoking. A review. *J Fam Pract* 1994; 38:267-77.
4. DiFranza RJ, Robert AL. Morbidity and mortality in children associated with the use of tobacco products by other people. *Pediatrics* 1996; 97:560-568.
5. Olsen et al. Does maternal tobacco smoking modify the effect of alcohol on fetal growth? *Public Health* 1991; 81:69-73.
6. DiFranza RJ, Lew AR. Effect of maternal cigarette smoking on pregnancy complications and sudden infant death syndrome. *Fam Pract* 1995; 40:385-394.
7. Werler MM, Lammer EJ, Rosenberg L, Mitchell AA. Maternal cigarette smoking during pregnancy in relation to oral clefts. *Am J Epidemiol* 1990; 132:926-32.
8. Anderson HR, Cook DG. Health effects of passive smoking. 2. Passive smoking and sudden infant death syndrome: Review of the epidemiological evidence. *Thorax* 1998; 53:1003-1009.
9. Di Franza RJ, Robert AL. Morbidity and mortality in children associated with the use of tobacco products by other people. *Pediatrics* 1996; 97:560-68.
10. Cook DG, Strachan DP. Health effects of passive smoking. 7. Parental smoking, bronchial reactivity and peak flow variability in children. *Thorax* 1998; 53:295-301.
11. Jedrychowski W, Flak E. Maternal smoking during pregnancy and postnatal exposure to environmental tobacco smoke as predisposition factors to acute respiratory infections. *Environ Health Perspect* 1997; 105:302-306.
12. Cook DG, Strachan DP, Carey IM. Health effects of passive smoking. 9. Parental smoking and spirometric indices in children. *Thorax* 1998; 53:884-893.
13. Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking. 6. Parental smoking and childhood asthma: Longitudinal and case-control studies. *Thorax* 1998; 53:204-212.
14. Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking. 4. Parental smoking, middle ear disease and adenotonsillectomy in children. *Thorax* 1998; 53:50-56.
15. Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking. 5. Parental smoking and allergic sensitization in children. *Thorax* 1998; 53:117-123.
16. Margolis PA, Keyes LL, Greenberg RA, et al. Urinary cotinine and parent history (questionnaire) as indicators of passive smoking and predictors of lower respiratory illness in infants. *Pediatr Pulmonol* 1997; 23:417-423.
17. Tredaniel J, Boffetta P, Little J, et al. Exposure to passive smoking during pregnancy and childhood, and cancer risk: the epidemiological evidence. *Paediatr Perinatal Epidemiol* 1994; 233-255.
18. Thornton AJ, Lee PN. Parental smoking and risk of childhood cancer: a review of the evidence. *Indoor Built Environ* 1998; 7:65-86.
19. Thornton AJ, Lee PN. Parental smoking and sudden infant death syndrome: a review of the evidence. *Indoor Built Environ* 1998; 7:87-97.
20. Tagliapietra L., Michieletto F., Sbrogì L., Dati emersi dalla rilevazione sul fumo in auto nella Regione del Veneto, Treviso, 12 giugno 2009, in http://www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/E54AF796-E805-46D0-A734-EEEEFC8044FDE/0/Tagliapietra_120609.pdf.
21. Il fumo in Italia (DOXA 2008) OSSFAD – Istituto Superiore di Sanità in <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/11%20fumo%20in%20Italia%202008.1212480126.pdf>.
22. Invernizzi G., Ruprecht A. A., Mazza R., De Marco C., Boffi R., L'entità dell'esposizione agli inquinanti da fumo di sigaretta in automobile: le implicazioni cliniche, Laboratorio di Ricerca sull'inquinamento da Fumo Passivo – Tobacco Control Unit, Istituto Nazionale dei Tumori/SIMG-Società Italiana di

Medicina Generale in http://www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/DE581D33-BB23-4A85-91EA-9A2A15FDB465/0/Ruprecht_120609.pdf.

23. Jonathan P. Winickoff, Joan Friebely, Susanne E. Tanski, Cheryl Sherroda, Georg E. Matt, Melbourne F. Hovell and Robert C. McMillen, Beliefs About the Health Effects of “Thirdhand” Smoke and Home Smoking Bans” *pubblicato online 29December 2008, PEDIATRICS Vol. 123 No. 1 January 2009, pp. e74-e79 (doi:10.1542/peds.2008-2184).*

Riferimenti bibliografici del Programma MLF

1. Samet J. M., Yoon SY, “Women and the Tobacco Epidemic Challenges for the 21th Century”, *The World Health Organization, 2001*, <http://tobacco.who.int/page.cfm?pid=71>.
2. *Women’s health*, <http://tobacco.who.int/page.cfm?pid=49>.
3. *International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health*, <http://tobacco.who.int/page.cfm?pid=50>.
4. *British Medical Association, “Smoking and reproductive life: the impact of smoking on sexual, reproductive and child health”, 2004.*
5. Lumley J., Oliver S., Waters E., “Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy” - (Cochrane Review). *In The Cochrane Library, Issue 3, 2001. Oxford: Update Software.*
6. Klerman L.V., Rooks J.P., “A simple, effective method that midwives can use to help pregnant women stop smoking”, *J Nurse-Midwifwry 1999; 118-123.*
7. Moner S.E., “Smoking and pregnancy”. *In: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Ottawa: Health Canada, 1994; 26-36.*
8. Sbrogiò L., Rossato Villanova M.T., (a cura di), *Mamme libere dal fumo. Guida al counselling ostetrico – Roma, 2003.*
9. Benowitz N., *Nicotine replacement therapy during pregnancy, JAMA 1991; 266(22): 1033-1941*
10. Fiore M.C., Bailey W.C., C S.J. et al., “*Reating tabacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline, US Department of Health and Human Services, Public Health Service. AHRQ Publication N°00-032, June 2000.*
11. “*Helping pregnant women quit smoking: progress and directions*”, *Nicotine & Tobacco Research, Volume 6, Supplement 2 (April 2004).*

Per eventuali approfondimenti consultare il sito della Regione Veneto

<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona+Sanita/Prevenzione/Stili+di+vita+e+salute/Tabacco/FumoPassivo/>

<http://www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/1DAC845D-6A13-4703-903C-0FACE0D6491C/0/LedimentionideltabaccoinVeneto>

<http://www.mammeliberedalfumo.org>