

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



## AZIONI

1 - PRENDERE L'ACIDO FOLICO

2 - NON FUMARE

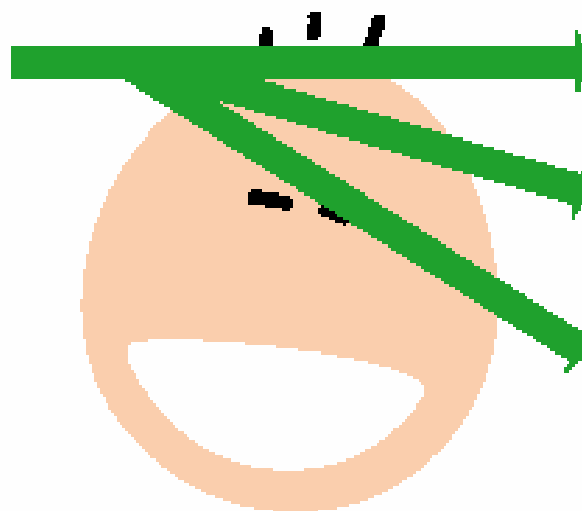
3 - ALLATTARLO AL SENO

4 - METTERLO A DORMIRE  
A PANCIA IN SU

5 - PROTEGGERLO CON  
IL SEGGIOLINO

6 - FARE TUTTE LE  
VACCINAZIONI

7 - LEGGERGLI UN LIBRO



## PROTEGGE DA

MALFORMAZIONI CONGENITE

BASSO PESO ALLA NASCITA

MORTE IN CULLA - SIDS

INFEZIONI

TRAUMI STRADALI

OBESITÀ

DIFFICOLTÀ COGNITIVE  
E RELAZIONALI

Non fumare previene effetti come la morte in culla - SIDS, le infezioni ed il basso peso alla nascita.

- **Nonostante gli aspetti nocivi del fumo in gravidanza e sul feto siano ormai ben noti, manca una reale consapevolezza delle conseguenze negative che esso comporta, soprattutto in relazione alla fertilità ed alla procreazione.**

# Fumo e Salute genitori più

*quali danni per la mamma fumatrice?*

**N**elle donne il fumo di sigaretta comporta riduzione della **fertilità** (dal 10 al 40%) e menopausa precoce in proporzione al numero di sigarette fumate.

**A**umenta del 50% il rischio di **aborto spontaneo** nel primo trimestre di gravidanza e di **gravidanze extrauterine** (aumento stimato tra il 5 ed il 70%).

**L'**alterazione della produzione di estrogeni e progesterone, provocata dal fumo, rende più difficile l'**ovulazione**, l'**impianto** dell'embrione e il proseguimento della **gravidanza**.

*...e quali danni per il papà?*

**I**l fumo riduce il numero degli **spermatozoi** e anche la loro funzionalità.

**N**ei fumatori il rischio di **impotenza** è maggiore rispetto ai non fumatori.

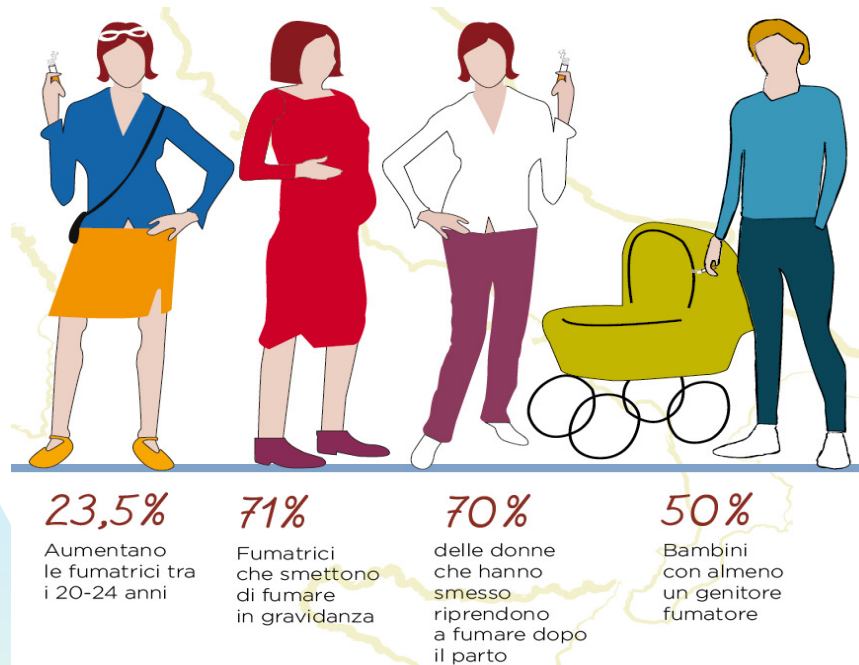
# I giovani e il fumo

- Sono più di un milione e duecento mila i giovani fumatori in Italia, vale a dire il 19,9% nella fascia d'età che va dai 15 ai 24 anni.
- E le percentuali aumentano al crescere dell'età:
  - tra i 15 e i 17 anni il 7,4% di fumatori,
  - tra i 18 e i 20 anni il 23,5%
  - tra i 21 e i 24 anni il 25,9%.
- La prima sigaretta viene accesa prima dei 15 anni nel 26,6% dei casi, più dalle ragazze che dai ragazzi, ma la maggior parte dei giovani (58,2%) inizia a fumare tra i 15 e i 17 anni e solo il 14,1% tra i 18 e i 24.

*Fonte: Istituto Superiore di Sanità – OssFAD  
Osservatorio Fumo, Alcol e Droga*

In Italia:

genit  ri più



- 1 bambino su 2 ha almeno un genitore fumatore;
- 26% delle madri italiane con bambini 0-5 anni fumava prima della gravidanza;
- tra le donne fumatrici circa il 70% cessa di fumare durante la gravidanza, ma solo 1/3 smette definitivamente; *ISTAT, Multiscopo 1999 e 2005*
- 52% dei bambini sono esposti a fumo passivo nel secondo anno di vita *ICONA 2003; Tominz 2005*

## 1. Effetti fetali e perinatali

**Il fumo attivo delle madri durante la gravidanza**  
è risultato associato a:

### 1.1 Riduzione crescita intrauterina

→ peso alla nascita ridotto mediamente del  
10% rispetto all'atteso

- **se la madre fuma pesantemente rischio di basso peso alla nascita (<2500 g) è quasi raddoppiato**  
**Di Franza 1995**, metanalisi, 23 studi: RR 1,82 (1,67-1,97)
- **effetto dose-dipendente**
  - **più la madre fuma, più è evidente**
  - **l'interruzione del fumo nell'ultimo trimestre riduce il rischio**
  - **rischio presente anche in donne esposte al fumo passivo**



## 1.2 Aumento del rischio di mortalità perinatale

Di Franza 1995, metanalisi, 23 studi: RR 1,26 (1,19-1,34)

## 1.3 Aumentato rischio di aborto

Di Franza 1995, metanalisi, 7 studi: RR 1,24 (1,19-1,30)

## 1.4 Effetto negativo su capacità riproduttiva (maschile e femminile)

**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 postnatali

### 2.1 SIDS

La SIDS è definita come un decesso improvviso senza causa apparente durante i primi 12 mesi di vita.

Associazione con fumo materno fermamente stabilita:

→ rischio di SIDS aumentato di 2-3 volte in caso di madre fumatrice durante la gravidanza.

Mitchell 2006, metanalisi, 60 studi: RR 2,86 (2,7-2,95)

Anderson 1998, metanalisi, 19 studi: OR 2,08 (1,83-2,38)

Di Franza 1995, metanalisi, 12 studi: RR 2,98 (2,51-3,54)

→ Associazione dimostrata anche in caso di madre fumatrice solo dopo la nascita

Anderson 1998, metanalisi, 4 studi: OR 1,94 (1,55-2,43)

→ Associazione dimostrata anche per esposizione al solo fumo paterno

Mitchell 2006, metanalisi, 7 studi: RR 1,49 (1,25-1,77)

## 2.2 Malattie respiratorie

- **Rischio aumentato da 1,5 a 2,5 volte di soffrire di malattie respiratorie (bronchiti, polmoniti, tosse) se esposizione al fumo passivo**

Di Franza 1996; Margolis 1997; Cook 1998

  - **Rischio aumentato anche se la madre fuma solo dopo e non durante la gravidanza**
  - **Il rischio aggiuntivo in case dove altra gente fuma → importanza dell'esposizione post-natale**

- L'esposizione al fumo passivo materno si associa ad un incremento della prevalenza di asma del 20-50% nei bambini della I e II infanzia

Di Franza 1996; Cook 1998

Il fumo passivo:

- causa compromissione delle funzioni polmonari e aumento dell'ipersensibilità bronchiale (Cook 1998)
- aumenta il rischio di riacutizzazione (co-fattore scatenante)

**Tabella 3. 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%

- Il fumo passivo si associa a lieve aumento di otite media ricorrente e essudativa (50%) specie nei bambini con meno di 5 anni

Di Franza 1996; Strachan 1998

- adenoidectomia e tonsillectomia sono fino a 2 volte più frequenti in bambini esposti al fumo passivo vs non esposti (disponibili dati limitati)

Di Franza 1996; Strachan 1998



**Tabella 4. 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'orecchiomedio 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)

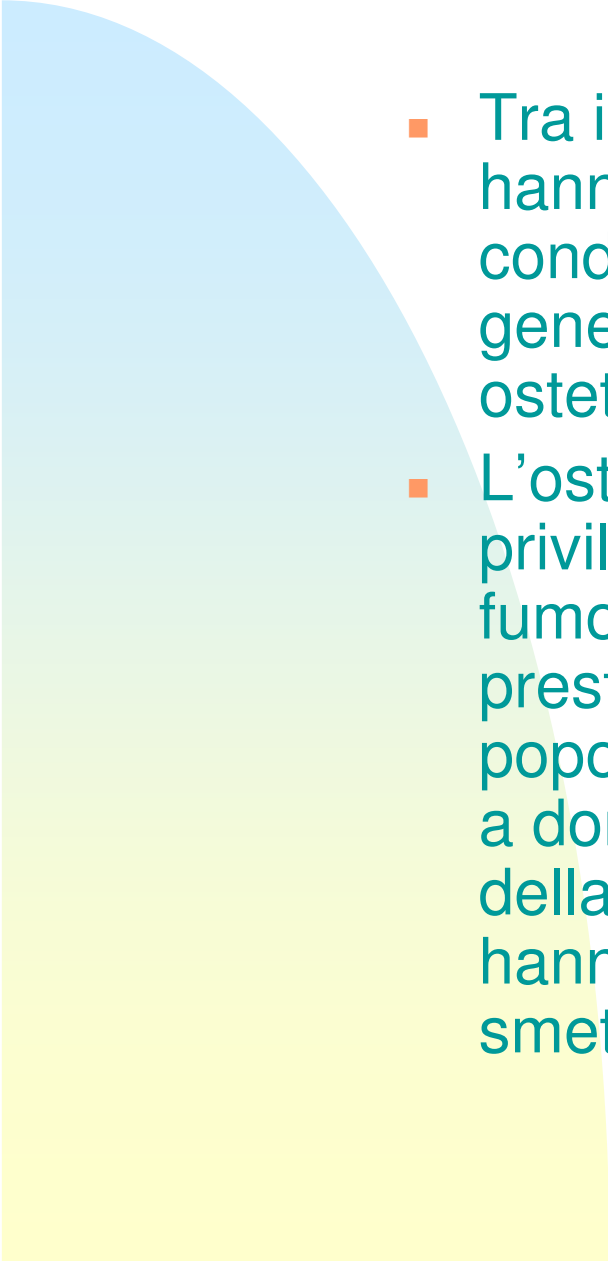
*\*tra parentesi intervalli di confidenza al 95%*

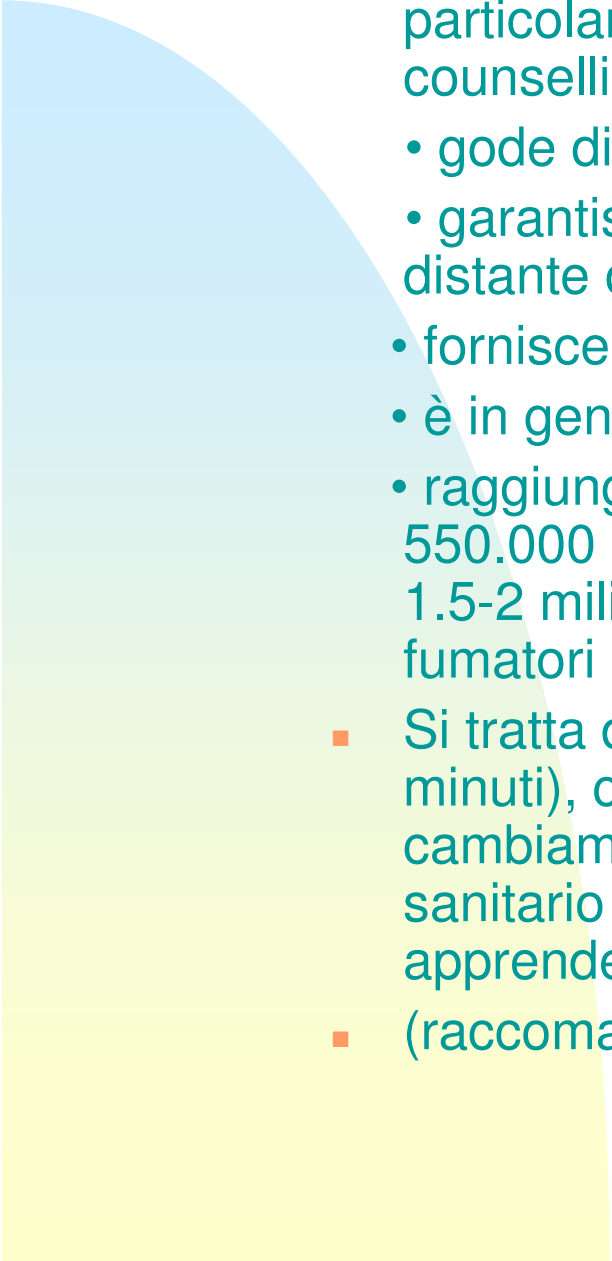
## *Cancro*

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

## Ruolo degli operatori sanitari

- Gravidanza e nascita di un bambino sono momenti particolarmente favorevoli per counselling su fumo
- 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 smette di fumare
- Anche una breve comunicazione del medico nel contesto delle informazioni che vengono date sulla salute del bambino può avere una grande efficacia

- 
- 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.

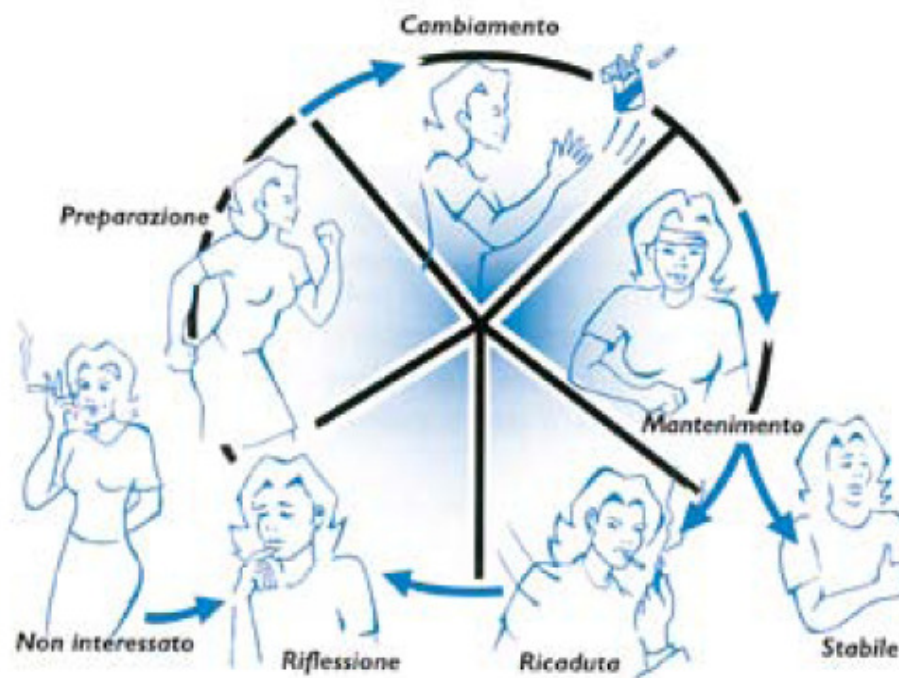
- 
- Il personale ostetrico (come quello infermieristico) risulta particolarmente indicato per condurre interventi di counselling standardizzato in quanto:
    - gode di stima e considerazione;
    - garantisce vicinanza all'assistito (che lo sente meno distante o più raggiungibile di un clinico);
    - fornisce maggior contatto (anche di tipo fisico);
    - è in genere più flessibile;
    - raggiunge pressoché tutte le donne in gravidanza (circa 550.000 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).

- Programmi mirati come “*Mamme Libere dal Fumo*” aumentano le possibilità di successo

Programma di counselling breve (5-10 minuti) realizzato da ostetrica per:

- identificare i fumatori e lo stadio motivazionale;
- 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 5. Ciclo di Prochaska – Di Clemente*



Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ N. Telefono \_\_\_\_\_

Presenza di fumatori conviventi:  sì  no se gravida, data presunta del parto \_\_\_\_\_

### Primo incontro

Data Incontro	Setting*	Abitudine al fumo	Strategia suggerita per smettere (da compilare per le fumatrici)	Difficoltà incontrate nel colloquio (da compilare per le fumatrici)	Tempo impiegato (minuti)
		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> >20 <input type="checkbox"/> smesso per (+) _____			<input type="checkbox"/> meno di 5 <input type="checkbox"/> 6-9 <input type="checkbox"/> 10-19 <input type="checkbox"/> più di 20

\* Setting: 1= Ricovero ospedaliero; 2= Ambulatorio; 3= Corso di preparazione al parto; 4= Corso massaggio neonato; 5= Visite domiciliari; 6= Altro (specificare)

(+) Categorie: 1=gravidanza in corso; 2=gravidanze precedenti; 3= motivo sanitario o ricovero ospedaliero in corso; 4= altro

### Verifica a 6 mesi

	Abitudine al fumo	Presenza di fumatori conviventi
A 6 mesi dalla data del primo contatto	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> >20	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

### Verifica ad 1 anno

	Abitudine al fumo	Presenza di fumatori conviventi
Ad 1 anno dalla data del primo contatto o dalla data del parto se gravida	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> >20	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

FIRMA della donna \_\_\_\_\_

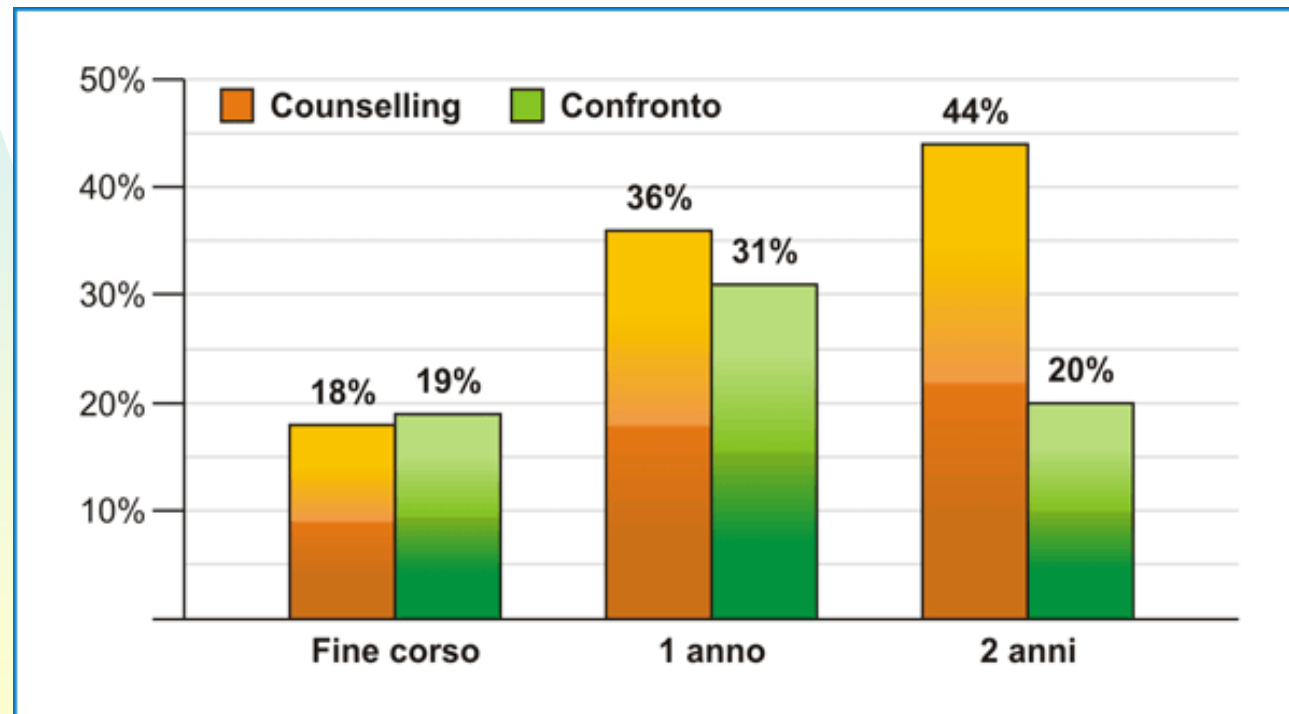
Autorizzo l'uso dei dati personali esclusivamente per le finalità del programma MLF, ai sensi della legge 675 del 31.12.96



## Contatti successivi al primo

Data Incontro	Setting*	Abitudine al fumo	Difficoltà incontrate dalla fumatrice	Strategia concordata	Tempo impiegato (minuti)
		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> >20			<input type="checkbox"/> meno di 5 <input type="checkbox"/> 6-9 <input type="checkbox"/> 10-19 <input type="checkbox"/> più di 20
		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> >20			<input type="checkbox"/> meno di 5 <input type="checkbox"/> 6-9 <input type="checkbox"/> 10-19 <input type="checkbox"/> più di 20
		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> >20			<input type="checkbox"/> meno di 5 <input type="checkbox"/> 6-9 <input type="checkbox"/> 10-19 <input type="checkbox"/> più di 20
		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> >20			<input type="checkbox"/> meno di 5 <input type="checkbox"/> 6-9 <input type="checkbox"/> 10-19 <input type="checkbox"/> più di 20
		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> >20			<input type="checkbox"/> meno di 5 <input type="checkbox"/> 6-9 <input type="checkbox"/> 10-19 <input type="checkbox"/> più di 20
		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> >20			<input type="checkbox"/> meno di 5 <input type="checkbox"/> 6-9 <input type="checkbox"/> 10-19 <input type="checkbox"/> più di 20

- Nel 2005 si è avviata la sperimentazione dell'attività monitorando un campione di circa 600 donne afferenti ai corsi di preparazione al parto. Parallelamente si è monitorato anche un gruppo di controllo che non ha usufruito del counselling antitabagico. Il follow-up, per conoscere l'eventuale ripresa dell'abitudine al fumo, è stato fatto a distanza di 6 mesi dal parto, ad un anno e a due anni. Il dato più interessante è quello che evidenzia come il counselling antitabagico raddoppi il comportamento di astinenza a due anni dal parto (44%) contro il 20% quando l'intervento è assente.



*Percentuale di donne fumatrici a inizio corso, astinenti a fine corso, a 1 anno e a 2 anni dal parto - Veneto, anni 2005-2007*

### **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 chi frequenta la casa di astenersi dal fumare
- non portare i bambini in ambienti dove si fuma;
- esercitare vigilanza affinché non si fumi nei luoghi frequentati dai bambini

## **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.