

IV GIORNATE ITALIANE MEDICHE
DELL'AMBIENTE

“INQUINAMENTO DEGLI AMBIENTI
CONFINATI DI VITA”

Impatto dell'inquinamento indoor sulla salute

SALSOMAGGIORE, 4-6 NOVEMBRE 2009

Fumo e Gravidanza

Francesco Pistelli

UO Pneumologia e Fisiopatologia Respiratoria 1 Universitaria

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Epidemiologia Ambientale Polmonare

Istituto Fisiologia Clinica CNR

Pisa

Fumo e Gravidanza

Sommario

- Fumo in gravidanza ed effetti sulla salute
- Prevalenza dell'abitudine al fumo in gravidanza
- Interventi per la cessazione del fumo in gravidanza

Fumo e Gravidanza

Sommario

- **Fumo in gravidanza ed effetti sulla salute**
- Prevalenza dell'abitudine al fumo in gravidanza
- Interventi per la cessazione del fumo in gravidanza

Table 2. Selected chemicals in cigarettes.

Chemical	Dose per cigarette
→ Carbon monoxide	10–23 mg
→ Nicotine	1–3 mg
Hydrogen cyanide	400–500 mg
Aniline	360–655 mg
Catechol	200–400 mg
→ Nitrogen oxide	100–600 mg
Methanol	100–250 mg
Phenol	80–160 mg
Acrolein	60–140 mg
Pyridine	16–40 mg
Ammonia	10–130 mg
Hydrogen sulfide	10–90 mg
Arsenic	40–120 mg
Hexavalent chromium	4–70 ng
Cadmium	4–70 ng
Nickel	0–600 ng
Lead	34–85 ng
Carcinogens	
Polynuclear aromatic hydrocarbons	60–190 ng
Heterocyclic compounds	3–14 ng
N-nitrosamines	200–4,900 ng
Aromatic amines	30–670 ng
N-heterocyclic amines	40–300 ng
Aldehydes	570–1,500 ng
Volatile hydrocarbons	500–1,150 ng

Source. Hoffmann, Hoffmann, & Wynder (1998)

- Il fumo di sigaretta contiene oltre 4000 sostanze con azione cancerogena, tossica e irritante
- Alcune sostanze hanno una particolare tossicità ‘riproduttiva’

Tossicità 'riproduttiva'

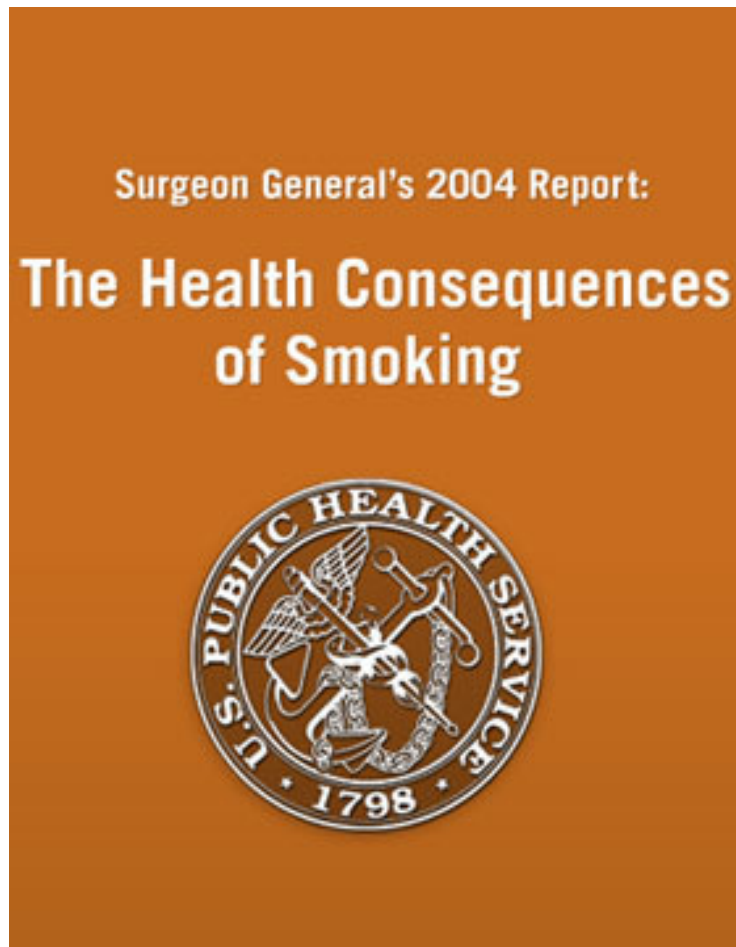
- **Monossido di carbonio**
 - alta affinità per l'Hb fetale e della madre (emivita 4-5 ore)
 - riduzione nella disponibilità di O₂ per il feto, ipossia cellulare
 - danni neurologici (nell'animale riduzione del peso cerebrale); ipertrofia cardiaca; aumento dell'ematocrito, aumentata viscosità → fenomeni trombotici
- **Nicotina**
 - Attraversa la placenta, arriva nella circolazione fetale 5-30 minuti dopo l'inalazione
 - Determina vasocostrizione (rilascio di catecolamine e riduzione nella formazione di acido nitrico)
 - Inadeguato flusso ematico all'unità feto-placentare → ritardo di crescita e rottura della placenta
 - Sul feto: effetti cardiaci, polmonari, cerebrali (anche cognitivi e comportamentali)
- **Ossidanti**
 - Inibizione dell'attività della sintesi placentare di acido nitrico
 - Vasocostrizione placentare e della madre, attivazione piastrinica, ridotto livello di vit. C (biosintesi di collagene, riduzione della fluidità del liquido amniotico, rottura prematura delle membrane)

Rischi associati al fumo in gravidanza (1/2)

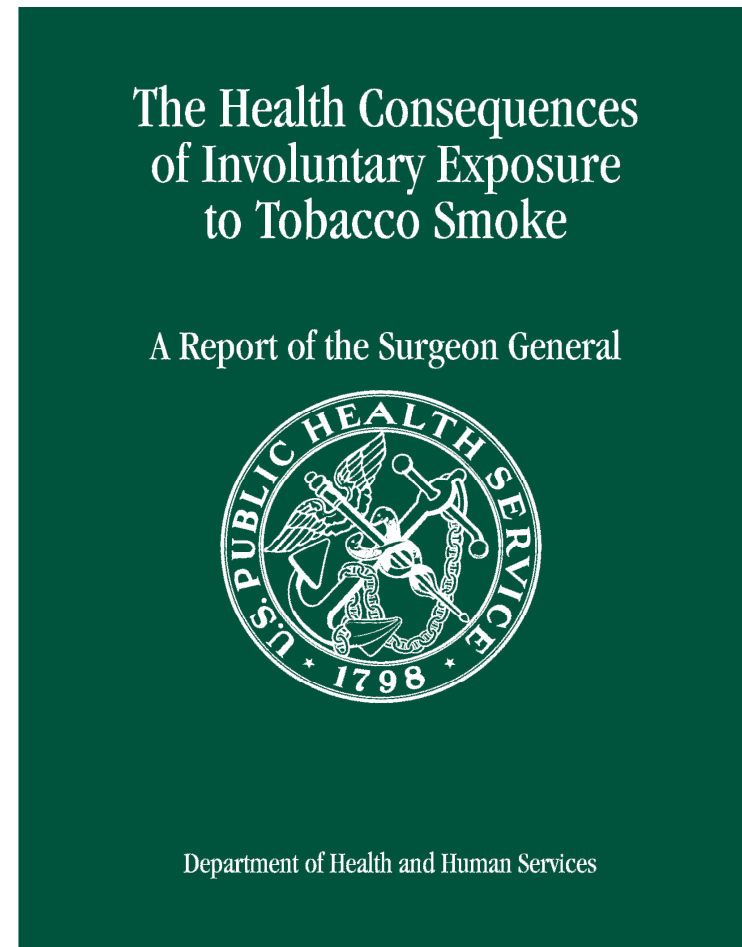
- **Interruzione della gravidanza**
 - Aborto spontaneo
 - Morte fetale
 - Mortalità neonatale
- **Rottura prematura delle membrane**
- **Parto prematuro**
- **Distacco di placenta**
- **Placenta previa**
- **Tossicità fetale**
 - Ritardo di crescita
 - Neurotossicità
 - Danni respiratori

Rischi associati al fumo in gravidanza (2/2)

- **Effetti postnatali**
 - Sindrome della morte improvvisa del neonato (SIDS)
 - Neonati prematuri, in particolare neonati di peso molto basso alla nascita
 - Aumentata viscosità del sangue nel neonato
 - Pressione arteriosa elevata durante l'infanzia e la fanciullezza
 - Effetti comportamentali, psichiatrici e cognitivi nell'infanzia
 - Ritardo mentale



http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2004



http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2006

Table 1.4 Four-level hierarchy for classifying the strength of causal inferences based on available evidence

Level 1	Evidence is sufficient to infer a causal relationship.
Level 2	Evidence is suggestive but not sufficient to infer a causal relationship.
Level 3	Evidence is inadequate to infer the presence or absence of a causal relationship (which encompasses evidence that is sparse, of poor quality, or conflicting).
Level 4	Evidence is suggestive of no causal relationship .

Source: U.S. Department of Health and Human Services 2004.



Effetti sulla salute del fumo attivo in gravidanza

	Evidenza per inferire una relazione causale			
	Sufficiente	Suggestiva ma insufficiente	Inadeguata	Suggestiva per una relazione NON causale
Relazione tra fumo attivo in gravidanza e:				
Riduzione della funzione respiratoria nel bambino	SI			
Sindrome della morte improvvisa del neonato (SIDS)	SI			
Riduzione crescita fetale e basso peso alla nascita	SI			
Rottura precoce delle membrane, placenta previa, distacco di placenta	SI			
Parto pretermine, gestazione accorciata	SI			

The Health Consequences
of Involuntary Exposure
to Tobacco Smoke

A Report of the Surgeon General



Department of Health and Human Services

Effetti sulla salute del fumo passivo in gravidanza

Relazione tra fumo passivo in gravidanza e:	Evidenza per inferire una relazione causale			
	Sufficiente	Suggestiva ma insufficiente	Inadeguata	Suggestiva per una relazione NON causale
Fertilità femminile			SI	
Aborto spontaneo			SI	
Mortalità neonatale			SI	
Sindrome della morte improvvisa del neonato (SIDS)	SI			
Parto pretermine		SI		
Basso peso alla nascita	SI			
Malformazioni congenite			SI	
Sviluppo cognitivo o comportamentale			SI	
Cancro nell'infanzia			SI	



Smoking-Attributable Mortality, Years of Potential Life Lost, and Productivity Losses --- United States, 2000--2004

TABLE. Annual deaths and estimates* of smoking-attributable mortality (SAM), years of potential life lost (YPLL), and productivity losses, by sex and cause of death — United States, 2000–2004

Causes of death (ICD-10 code†)	Male				Female			
	Deaths	SAM	YPLL	Productivity losses (in thousands) (\$)	Deaths	SAM	YPLL	Productivity losses (in thousands) (\$)
Perinatal conditions								
Short gestation/low birth weight (P07)	2,557	219	16,315	—	2,030	174	13,898	—
Respiratory distress syndrome (P22)	550	18	1,358	—	382	13	1,007	—
Other respiratory (newborn) (P23–28)	786	35	2,611	—	556	25	1,983	—
Sudden infant death syndrome (R95)	1,357	173	12,878	—	935	119	9,531	—
Subtotal	5,250	445	33,161	—	3,903	331	26,419	—

- Smoking during pregnancy resulted in an estimated 776 infant deaths annually during 2000--2004

Fumo e Gravidanza

Sommario

- Fumo in gravidanza ed effetti sulla salute
- **Prevalenza dell'abitudine al fumo in gravidanza**
- Interventi per la cessazione del fumo in gravidanza

Review

The epidemiology of smoking during pregnancy: Smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes

Sven Cnattingius

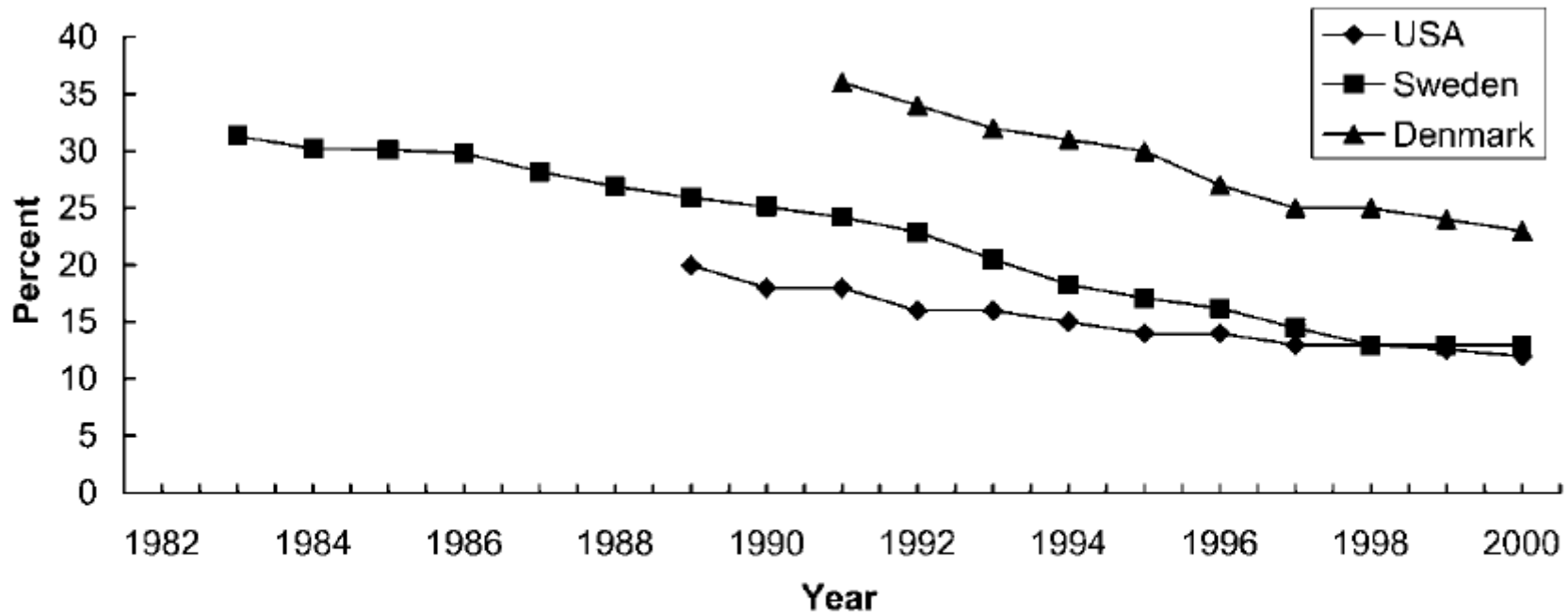


Figure 2. Prevalence of smoking among young women during pregnancy in the United States and Sweden. U.S. data from USDHHS (2002); Swedish data from P. Otterblad-Olausson P, National Board of Health and Welfare, Stockholm, Sweden, personal communication; and Danish data from U. Skovgård Danielsen, National Board of Health and Welfare, Copenhagen, Denmark, personal communication.

Smoking During Pregnancy --- United States, 1990--2002

TABLE 1. Percentage of mothers who smoked during pregnancy, by area — United States, 1990, 1996, and 2002

Area	1990 [*] %	1996 [†] %	2002 [§] %	% change 1990–2002
Total	18.4	13.6	11.4 [¶]	-38.0 [¶]

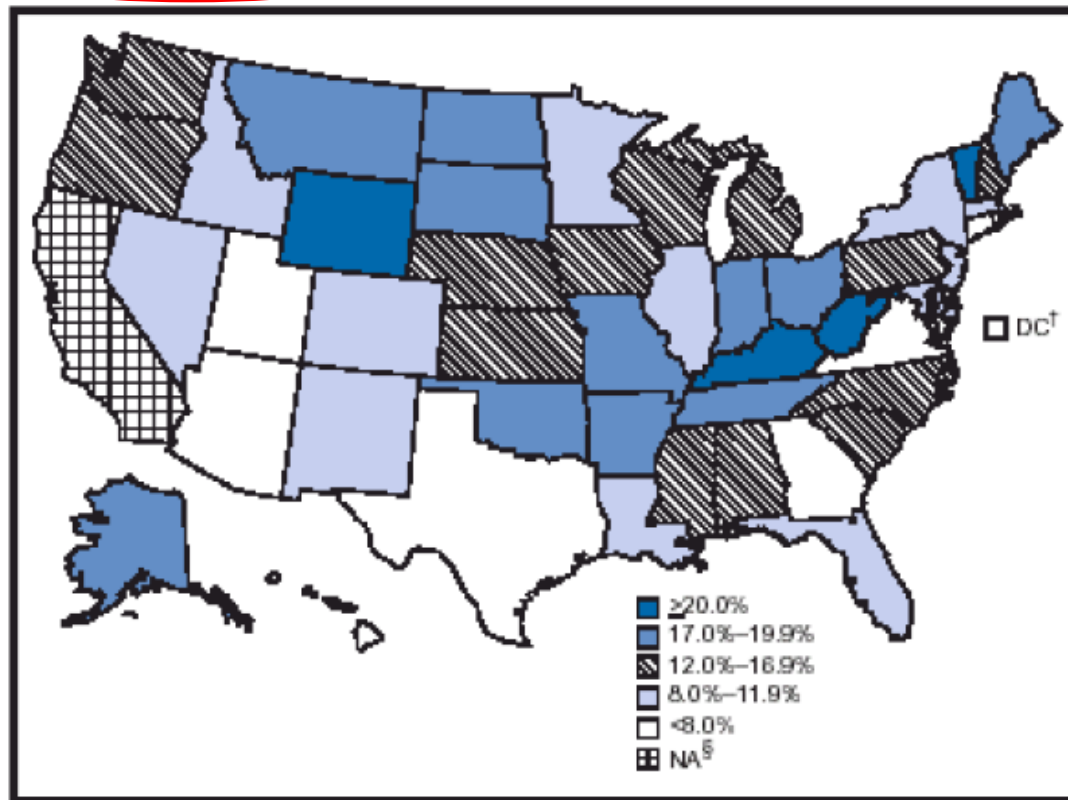
TABLE 2. Percentage of females aged 15–19 years who smoked during pregnancy, by area — United States, 1990–1991, 1995–1996, and 2001–2002

Area	1990–1991 [*] %	1995–1996 [†] %	2001–2002 [§] %	% change 1990–1991 to 1995–1996	% change 1995–1996 to 2001–2002	% change 1990–1991 to 2001–2002
Total	20.3	17.0	17.1 [¶]	-16	1 ^{**}	-16

[¶] Vermont revised its smoking question; however, national data were not significantly affected.
^{**} Not significant ($p \geq 0.05$).

Smoking During Pregnancy --- United States, 1990--2002

FIGURE. Percentage of mothers who smoked during pregnancy —
United States*, 2002



* Overall U.S. rate was 11.4%.

[†] District of Columbia.

[§] Data not available. California does not report maternal smoking.

GRAVIDANZA E PARTO:
una nuova coscienza femminile, un nuovo protagonismo maschile

 Linda Laura Sabbadini
 Direttore centrale delle indagini su condizioni e qualità della vita

Tavola 9 - Donne che hanno partorito negli ultimi cinque anni precedenti l'intervista secondo il cambiamento di abitudine al fumo durante la gravidanza per area geografica di residenza

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	% fumatrici prima della gravidanza (a)	Hanno sospeso (b)	Hanno diminuito (b)	Hanno aumentato (b)	Non hanno modificato l'abitudine (b)	Totale
Nord-ovest	24,5	59,7	34,3	3,3	2,8	100,0
Nord-est	26,0	70,5	27,7	0,0	1,8	100,0
Centro	30,7	63,6	34,9	0,0	1,5	100,0
Sud	23,3	55,5	26,1	1,1	17,3	100,0
Isole	26,0	64,5	21,9	0,4	13,3	100,0
ITALIA	25,7	62,0	29,6	1,0	7,4	100,0

 Indagine multiscopo: 'Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000'. . *Media settembre-dicembre 1999 - dati provvisori*

(a) Per 100 donne in gravidanza. Della stessa area geografica

(b) Per 100 fumatrici prima della gravidanza

2 marzo 2007

Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari

Anno 2005

Istituto
nazionale
di statistica

NOTA PER LA STAMPA

Si riduce la quota di donne che fuma in gravidanza

Tra le donne che hanno avuto un figlio nei cinque anni precedenti l'intervista, diminuisce la quota di quante fumano in gravidanza: dal 9,2% nel 1999-2000 si passa al 6,5% nel 2005. Si incrementa inoltre la quota di donne fumatrici che sospendono di fumare durante la gravidanza (dal 63,4% al 70,7%) e tra queste ultime quasi un terzo smette definitivamente.

Sebbene il comportamento delle donne in gravidanza appaia più responsabile, resta comunque un obiettivo prioritario di salute pubblica, come evidenziato nell'ultimo Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, promuovere la sospensione del fumo durante il percorso della maternità.

Dal 1999-2000 al 2005:

- **si riduce la quota di donne che fuma in gravidanza (9.2 vs. 6.5%)**
- **incrementa la quota di fumatrici che sospendono il fumo in gravidanza (63.4 vs. 70.7%)**
- **quasi 1/3 smette definitivamente**

Fumo e Gravidanza

Sommario

- Prevalenza dell'abitudine al fumo in gravidanza
- Fumo in gravidanza ed effetti sulla salute
- **Interventi per la cessazione del fumo in gravidanza**

Clinical Practice Guideline

Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update

Guideline Panel

Michael C. Fiore, MD, MPH (Panel Chair)	Richard B. Heyman, MD
Carlos Roberto Jaén, MD, PhD, FAAFP (Panel Vice Chair)	Howard K. Koh, MD, MPH, FACP
Timothy B. Baker, PhD (Senior Scientist)	Thomas E. Kottke, MD, MSPH
William C. Bailey, MD, FACP, FCCP	Harry A. Lando, PhD
Neal L. Benowitz, MD	Robert E. Mecklenburg, DDS, MPH
Susan J. Curry, PhD	Robin J. Mermelstein, PhD
Sally Faith Dorfman, MD, MSHA	Patricia Dolan Mullen, DrPH
Erika S. Froelicher, PhD, RN, MA, MPH	C. Tracy Orleans, PhD
Michael G. Goldstein, MD	Lawrence Robinson, MD, MPH
Cheryl G. Heaton, DrPH	Maxine L. Stitzer, PhD
Patricia Nez Henderson, MD, MPH	Anthony C. Tommasello, PhD, MS
	Louise Villejo, MPH, CHES
	Mary Ellen Wewers, PhD, MPH, RN

Guideline Liaisons

Ernestine W. Murray, RN, BSN, MAS, (Project Officer), Agency for Healthcare Research and Quality

Glenn Bennett, MPH, CHES, National Heart, Lung, and Blood Institute

Stephen Heishman, PhD, National Institute on Drug Abuse

Corinne Husten, MD, MPH, Centers for Disease Control and Prevention

Glen Morgan, PhD, National Cancer Institute

Christine Williams, MEd, Agency for Healthcare Research and Quality

Guideline Staff

Bruce A. Christiansen, PhD (Project Director)

Megan E. Piper, PhD (Project Scientist)

Victor Hasselblad, PhD (Project Statistician)

David Fraser, MS (Project Coordinator)

Wendy Theobald, PhD (Editorial Associate)

Michael Connell, BS (Database Manager)

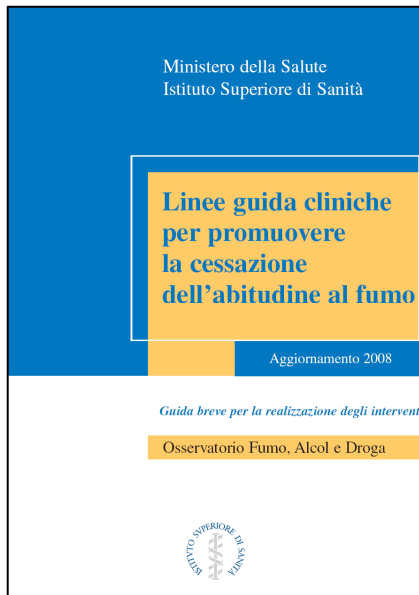
Cathlyn Leitzke, MSN, RN-C (Project Researcher)

U.S. Department of Health and Human Services
Public Health Service
May 2008

<http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm>

Table 7.7. Clinical practice suggestions for assisting a pregnant patient in stopping smoking

Clinical practice	Rationale
Assess pregnant woman's tobacco use status using a multiple-choice question to improve disclosure.	Many pregnant women deny smoking, and the multiple-choice question format improves disclosure. For example: Which of the following statements best describes your cigarette smoking? <ul style="list-style-type: none"> • I smoke regularly now; about the same as before finding out I was pregnant. • I smoke regularly now, but I've cut down since I found out I was pregnant. • I smoke every once in a while.
Assess pregnant woman's tobacco use status using a multiple-choice question to improve disclosure.	<ul style="list-style-type: none"> • I have quit smoking since finding out I was pregnant. • I wasn't smoking around the time I found out I was pregnant, and I don't currently smoke cigarettes.
Congratulate those smokers who have quit on their own.	To encourage continued abstinence.
Motivate quit attempts by providing educational messages about the impact of smoking on both maternal and fetal health.	These are associated with higher quit rates.
Give clear, strong advice to quit as soon as possible.	Quitting early in pregnancy provides the greatest benefit to the fetus.
Use problemsolving counseling methods and provide social support and pregnancy-specific self-help materials.	Reinforces pregnancy-specific benefits and increases cessation rates.
Arrange for followup assessments throughout pregnancy, including further encouragement of cessation.	The woman and her fetus will benefit even when quitting occurs late in pregnancy.
In the early postpartum period, assess for relapse and be prepared to continue or reapply tobacco cessation interventions, recognizing that patients may minimize or deny smoking.	Postpartum relapse rates are high, even if a woman maintains abstinence throughout pregnancy.



<http://www.iss.it/ofad/fumo>

Donne in gravidanza

Forza della raccomandazione C

Livello evidenza 5

1. Consigliare di smettere di fumare alle donne che hanno deciso di avere un figlio.

Forza della raccomandazione B

Livello evidenza 2

2. Nelle donne in gravidanza effettuare l'intervento sia alla prima visita, sia nelle visite successive in fasi più avanzate della gravidanza.

Forza della raccomandazione A

Livello evidenza 1

3. Alle donne in gravidanza offrire un intervento sociale e comportamentale più intenso degli interventi minimi di raccomandazione.

Forza della raccomandazione C

Livello evidenza 5

4. Per le donne in gravidanza la terapia farmacologica andrebbe presa in considerazione solo se la donna non riesce a smettere con gli interventi di tipo sociale e comportamentale.
 - *Poiché il foglietto illustrativo della terapia sostitutiva con nicotina NRT riporta in Italia la gravidanza come controindicazione, è necessario fare un accurato bilancio con la paziente dei rischi e dei benefici attesi, ottenendone un consenso informato.*

The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions

Carlo C DiClemente, Patricia Dolan-Mullen, Richard A Windsor

- ***Pregnancy quitters***
 - ✓ Smettono di fumare per prepararsi alla gravidanza
 - ✓ Sono molto consapevoli dei rischi legati al fumo per se stesse e per il bambino
 - ✓ Molte smettono per la vita e non solo per la gravidanza
- ***Spontaneous quitters***
 - ✓ Smettono di fumare appena sanno di essere incinte
 - ✓ Sono motivate a smettere (sospendere) principalmente per il bambino
 - ✓ Oltre il 70 % riprende a fumare entro 6 mesi dal parto
- ***Pregnant women smokers***
 - ✓ Gruppo caratterizzato da:
 - basso livello socio-economico
 - presenza di problemi multipli e complessi (di tipo psicologico ed emotivo, familiare, etc.), oltre alla dipendenza nicotinic

Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Review)

Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L



**THE COCHRANE
COLLABORATION®**

This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2009, Issue 4

<http://www.thecochranelibrary.com>

The Cochrane Collaboration Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Review)

(1/2)

- Objectives
 - To assess the effects of smoking cessation interventions during pregnancy on smoking behaviour and perinatal health outcomes
- Selection criteria
 - **Randomised controlled trials** where smoking cessation during pregnancy was a primary aim of the intervention
 - **72 trials** are included. 56 randomised controlled trials (over 20,000 pregnant women) and 9 cluster-randomised trials
 - (**over 5000 pregnant women**) provided data on smoking cessation outcomes

The Cochrane Collaboration Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Review)

(2/2)

- Main results
 - There was a **significant reduction in smoking in late pregnancy following interventions** (RR 0.94, 95%CI 0.93–0.96), an absolute difference of 6 in 100 women who stopped smoking during pregnancy. However, there is significant heterogeneity in the combined data
 - **Smoking cessation interventions reduced low birthweight** (RR 0.83, 95% CI 0.73–0.95) **and preterm birth** (RR 0.86, 95% CI 0.74–0.98), and there was a 53.91g (95%CI 10.44 g to 95.38 g) increase in mean birthweight
- Authors' conclusions
 - Smoking cessation interventions in pregnancy reduce the proportion of women who continue to smoke in late pregnancy, and reduce low birthweight and pretermbirth

Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update

Table 7.5. Meta-analysis (2008): Effectiveness of and estimated preparturition abstinence rates for psychosocial interventions with pregnant smokers (n = 8 studies)^a

Pregnant smokers	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
Usual care	8	1.0	7.6
Psychosocial Intervention (abstinence preparturition)	9	1.8 (1.4–2.3)	13.3 (9.0–19.4)

^a Go to www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm for the articles used in this meta-analysis.

Table 7.6. Examples of effective psychosocial interventions with pregnant patients

Physician advice regarding smoking-related risks (2–3 minutes); videotape with information on risks, barriers, and tips for quitting; midwife counseling in one 10-minute session; self-help manual; and followup letters.⁷⁷³

Pregnancy-specific self-help materials (*Pregnant Woman's Self-Help Guide To Quit Smoking*) and one 10-minute counseling session with a health educator.⁷⁷⁴

Counselor provided one 90-minute counseling session plus bimonthly telephone followup calls during pregnancy and monthly telephone calls after delivery.⁷⁷⁵

Program Report

National action plan to reduce smoking during pregnancy: The National Partnership to Help Pregnant Smokers Quit

C. Tracy Orleans, Cathy L. Melvin, Joseph F. Marx, Edward Maibach, Kathryn Kahler Vose

[Received 11 April 2003; accepted 3 July 2003]

Although there has been remarkable progress and momentum toward achieving smoke-free pregnancies in the United States since 1990, concerted action is needed to close the remaining gaps in treatment and prevention so that we can reach the Healthy People 2010 goal for pregnant smokers: a prevalence of 1% or less. This need for action led to the formation of the National Partnership to Help Pregnant Smokers Quit, a collaboration among more than 50 organizations and agencies, public and private, that have joined forces to help pregnant smokers quit by providing proven clinical and community-based interventions to every pregnant smoker. This article summarizes the action plan developed by the partnership, the strategies it outlines, and some of the actions taken by partners over the past year to put the plan into action. Action is planned and progress is being made in five strategic areas: offering help through the health care system; using the media effectively; harnessing community and worksite resources; promoting policies known to increase smoking cessation efforts and successes; and expanding national research, surveillance, and evaluation efforts.



Monitoring Progress Toward Achieving Maternal and Infant *Healthy People 2010* Objectives --- 19 States, Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), 2000--2003

TABLE 2. Prevalence of *Healthy People 2010* (HP 2010) objectives achieved among women who had a live birth — 19 states, Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), 2003

HP 2010 objective/ State	Intended pregnancy among women who had a live birth	Multivitamin use ≥ 4 times per week during the month before pregnancy	Physical abuse by husband or partner during the last 12 months before pregnancy	Abstinence from cigarette smoking by pregnant women during the last 3 months of pregnancy	Smoking cessation during the last 3 months of pregnancy	Abstinence from alcohol by pregnant women during last 3 months of pregnancy	Mothers who breastfed their babies in the early postpartum period	Healthy full-term infants who were put to sleep on their backs
Objective (No. of states that achieved objective)	70% (0)	80% (0)	0.33% (0)	99% (0)	30% (19)	94% (16)	75% (8)	70% (7)
Alabama	50.6%	27.5%	7.1%	86.7%	44.2%	95.4%	57.9%	54.3%
Alaska	54.6%	31.5%	6.1%	83.3%	46.8%	95.1%	90.3%	72.4%
Arkansas	48.2%	23.0%	7.4%	81.5%	40.3%	96.1%	65.3%	50.0%
Colorado	59.0%	36.0%	3.7%	89.4%	46.0%	91.3%	85.3%	75.9%
Florida	53.5%	31.3%	3.9%	89.4%	51.5%	92.9%	73.3%	59.2%
Hawaii	56.2%	33.7%	3.7%	90.7%	55.6%	95.7%	89.3%	68.6%
Illinois	56.2%	35.7%	5.1%	87.4%	44.5%	94.8%	72.0%	68.6%
Louisiana	48.1%	26.4%	7.0%	85.5%	39.7%	97.1%	51.2%	57.6%
Maine	66.5%	45.2%	2.2%	83.8%	45.5%	93.4%	77.6%	78.0%
Nebraska	57.9%	36.6%	5.4%	87.0%	50.8%	95.4%	76.7%	70.7%
New Mexico	56.1%	29.3%	7.6%	91.8%	56.8%	96.2%	82.5%	68.1%
New York*	63.7%	37.9%	3.1%	85.4%	44.7%	93.8%	71.7%	70.7%
North Carolina	57.8%	34.3%	3.5%	86.8%	45.4%	95.8%	70.1%	68.9%
Ohio	53.9%	33.6%	4.7%	81.0%	41.0%	96.1%	63.0%	65.3%
Oklahoma	51.6%	28.3%	5.3%	83.8%	44.7%	97.5%	68.9%	59.2%
South Carolina	50.0%	32.6%	5.5%	88.6%	49.6%	95.6%	63.1%	59.8%
Utah	66.4%	37.9%	3.0%	→ 96.1%	65.8%	98.0%	88.6%	75.0%
Washington	61.4%	35.5%	5.0%	→ 89.8%	54.1%	94.5%	90.1%	78.7%
West Virginia	56.2%	28.7%	5.8%	→ 72.5%	30.2%	96.6%	56.7%	65.0%

* Data do not include New York City.



Fumo e Gravidanza 2006 : “Prevalenza zero” . Valutazione ed intervento sul fumo di tabacco durante la gravidanza in Toscana per la prevenzione dei danni da fumo attivo e passivo nella donna e nel bambino

RESPONSABILI E PARTECIPANTI AL PROGETTO

AZIENDA CAPOFILA: Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi

AZIENDE E ENTI PARTECIPANTI: Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana; Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese; Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

RESPONSABILE DEL PROGETTO: Sandra Nutini, Centro Antifumo, SOD Pneumologia 2, Dipartimento Specialità Medico Chirurgiche, Nuovo San Luca, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi

RESPONSABILE AOU PISANA : Laura Carrozzi, Centro per lo Studio e il Trattamento dell’Abitudine al Fumo di Tabacco, U.O. Pneumologia e Fisiopatologia Respiratoria 1 Universitaria, Dipartimento Cardiotoracico, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

RESPONSABILE PER AOU SENESE: Andrea Melani, Centro Antifumo, UOC Fisiopatologia Respiratoria e Riabilitazione, Dipartimento Chirurgia Cardio-toracica , Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese

RESPONSABILE LEGA ITALIANA PER LA LOTTA AI TUMORI: Rosangela Terrone (Sez. LILCT Firenze)



Fumo e Gravidanza 2006 : “Prevalenza zero” . Valutazione ed intervento sul fumo di tabacco durante la gravidanza in Toscana per la prevenzione dei danni da fumo attivo e passivo nella donna e nel bambino

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO

- ottenere un tasso di prevalenza di fumo in gravidanza tendente allo zero
- ridurre la prevalenza di fumo nelle donne dopo la gravidanza
- ridurre la esposizione a fumo passivo dei bambini in ambiente domestico

FASI PRINCIPALI DEL PROGETTO

- Raccolta dati basale (FASE 1) e dopo 12 mesi (FOLLOW-UP FASE 1), al fine di rilevare le variazioni di abitudine al fumo e le caratteristiche demografiche ad essa associate durante la gravidanza
- Intervento attivo per la promozione della cessazione dell'abitudine al fumo in gravidanza e nel periodo post parto da parte delle ostetriche dei Punti Nascita, secondo linee guida (FASE 2)
- Valutazione degli effetti dell'intervento attivo (FOLLOW-UP FASE 2)

Fumo e Gravidanza 2006: “Prevalenza zero”

Valutazione ed intervento sul fumo di tabacco durante la gravidanza in Toscana per la prevenzione dei danni da fumo attivo e passivo nella donna e nel bambino



Corso di Formazione





Fumo e Gravidanza 2006 : “Prevalenza zero” . Valutazione ed intervento sul fumo di tabacco durante la gravidanza in Toscana per la prevenzione dei danni da fumo attivo e passivo nella donna e nel bambino

SINTESI RISULTATI PRELIMINARI – FASE 1

- **1036 donne**, distribuite nei tre Centri in modo proporzionale rispetto alle dimensioni delle strutture di riferimento
- Dati raccolti con **questionario autosomministrato in prossimità del termine della gravidanza** (38 settimane di gestazione come mediana)
- Età media intorno a 32 anni; 51% impiegate; 85% con diploma o laurea
- Il 60% delle donne non ha mai fumato (mai fumatrici); l'**8,5%** continua a fumare durante la gravidanza (**fumatrici in gravidanza**); il 14% ha smesso durante o in occasione della gravidanza in corso (astinenti). Le differenze tra i centri non sono risultate statisticamente significative
- La più alta quota di fumatrici in gravidanza si osserva tra le nubili (16%) e tra coloro che hanno il più basso titolo di studio (ancora 16%)
- L'essere fumatrice in gravidanza è risultato associato a: essere **nubile**; avere un livello di studio corrispondente alla **scuola dell'obbligo**; avere un **età inferiore a 31 anni**; avere il **marito o partner fumatore**
- Il 57% delle donne fumatrici non ha provato a smettere di fumare durante la gravidanza in corso; la restante parte ha dichiarato di avere fatto almeno un tentativo
- In totale, **solo il 52%** delle donne ha dichiarato di avere **interesse a sottoporsi al follow-up** del progetto (Follow-up Fase1)



Fumo e Gravidanza 2006 : “Prevalenza zero” . Valutazione ed intervento sul fumo di tabacco durante la gravidanza in Toscana per la prevenzione dei danni da fumo attivo e passivo nella donna e nel bambino

Variazione nell'abitudine al fumo riferita durante^A la gravidanza e dopo^B 12 mesi dal parto (analisi longitudinale)

	Centro			Totale
	Firenze	Pisa	Siena	
abitudine al fumo				
fumatrici persistenti ¹	16 (19.8)	17 (22.7)	3 (15.8)	36 (20.6)
fumatrici ricadute ²	20 (24.7)	14 (18.7)	4 (15.8)	37 (21.1)
ex fumatrici persistenti ³	45 (55.6)	44 (58.7)	13 (68.4)	102 (58.3)
Totale	81 (100)	75 (100)	19 (100)	175 (100)

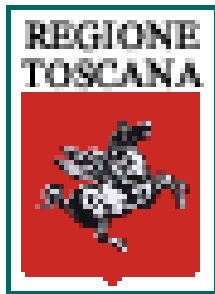
A questionario autosministrato

B intervista telefonica

¹ fumatrici che non hanno mutato abitudine nè prima nè durante nè dopo la gravidanza

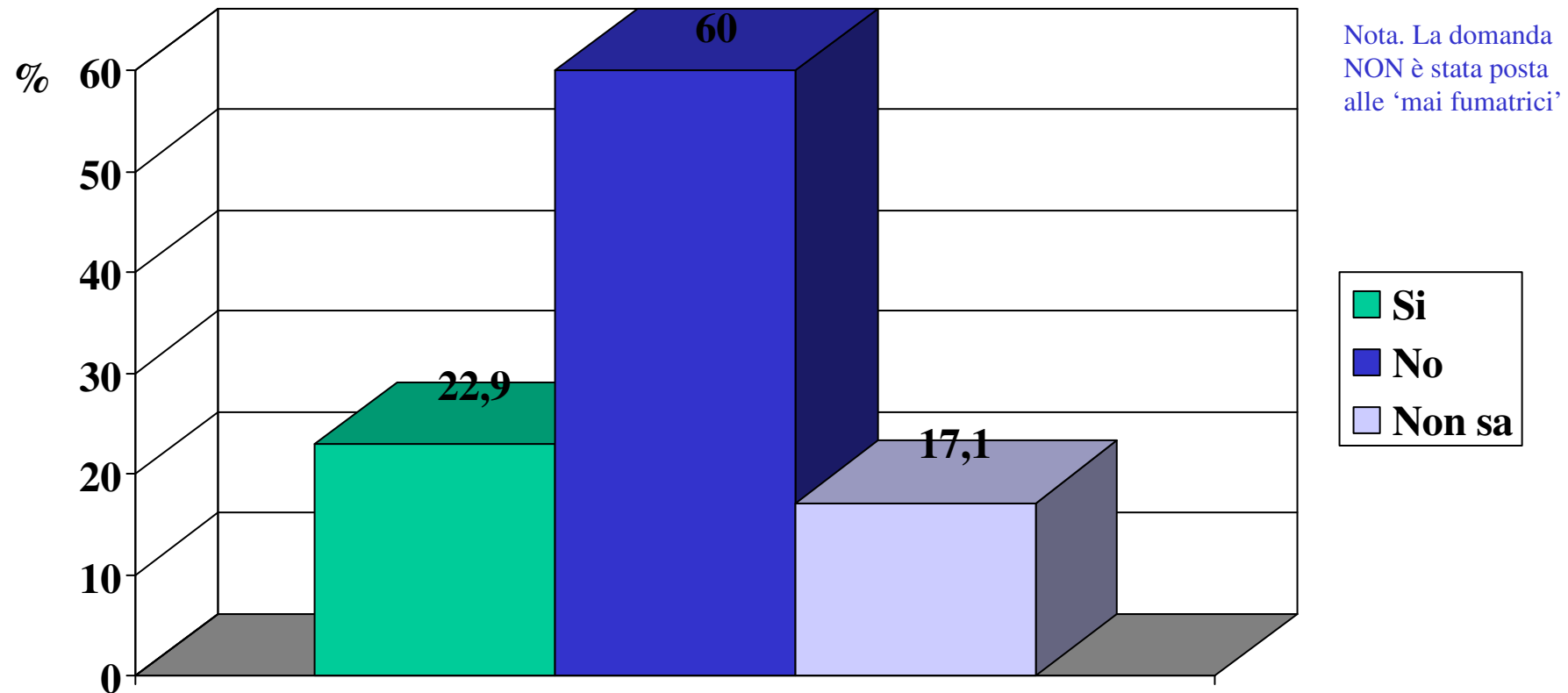
² ex fumatrici che avevano smesso prima o durante l'attuale gravidanza che hanno ripreso a fumare

³ ex fumatrici che avevano smesso prima o durante l'attuale gravidanza che non hanno ripreso a fumare



Fumo e Gravidanza 2006 : “Prevalenza zero” . Valutazione ed intervento sul fumo di tabacco durante la gravidanza in Toscana per la prevenzione dei danni da fumo attivo e passivo nella donna e nel bambino

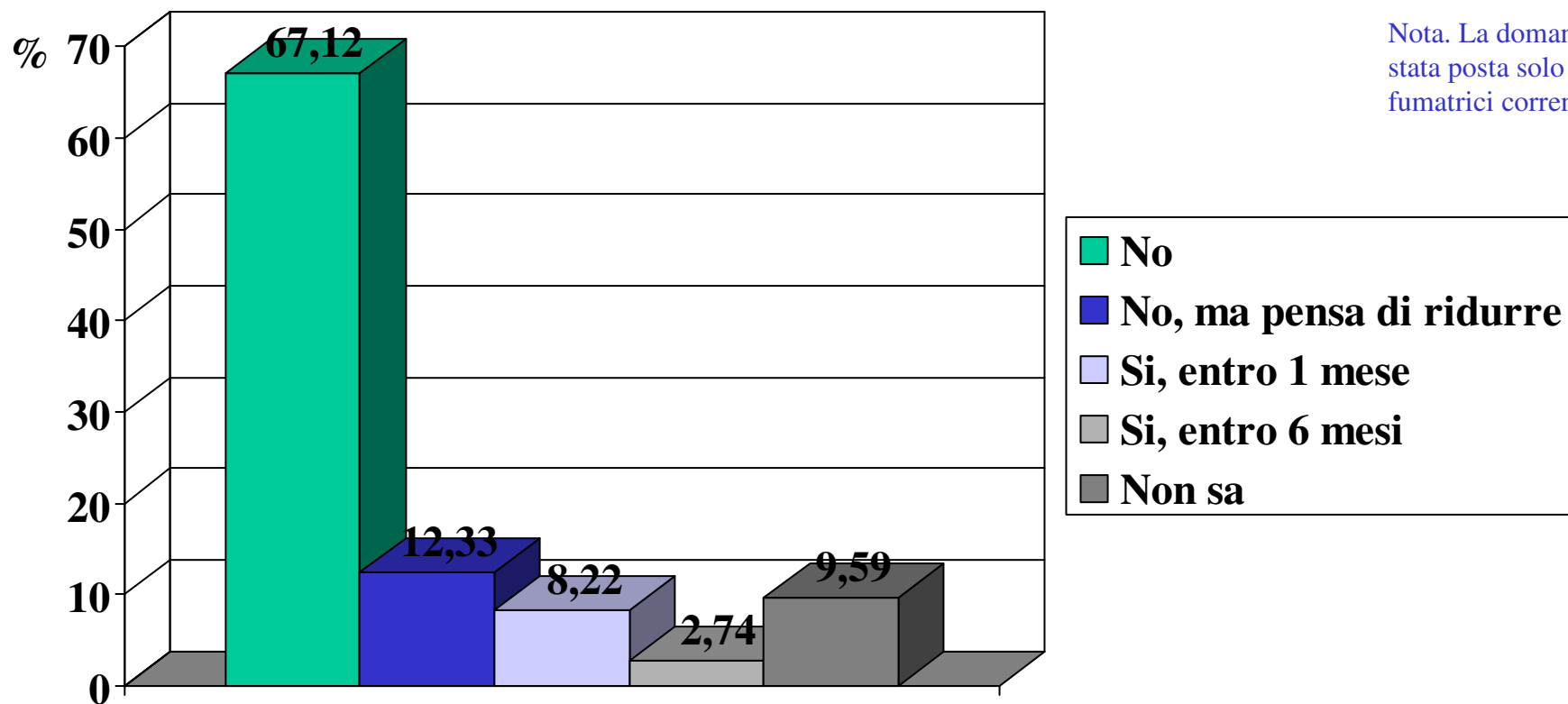
Ritiene che nell'ultima gravidanza il suo fumo possa essere stato dannoso per il feto e per l'espletamento del parto?





Fumo e Gravidanza 2006 : “Prevalenza zero” . Valutazione ed intervento sul fumo di tabacco durante la gravidanza in Toscana per la prevenzione dei danni da fumo attivo e passivo nella donna e nel bambino

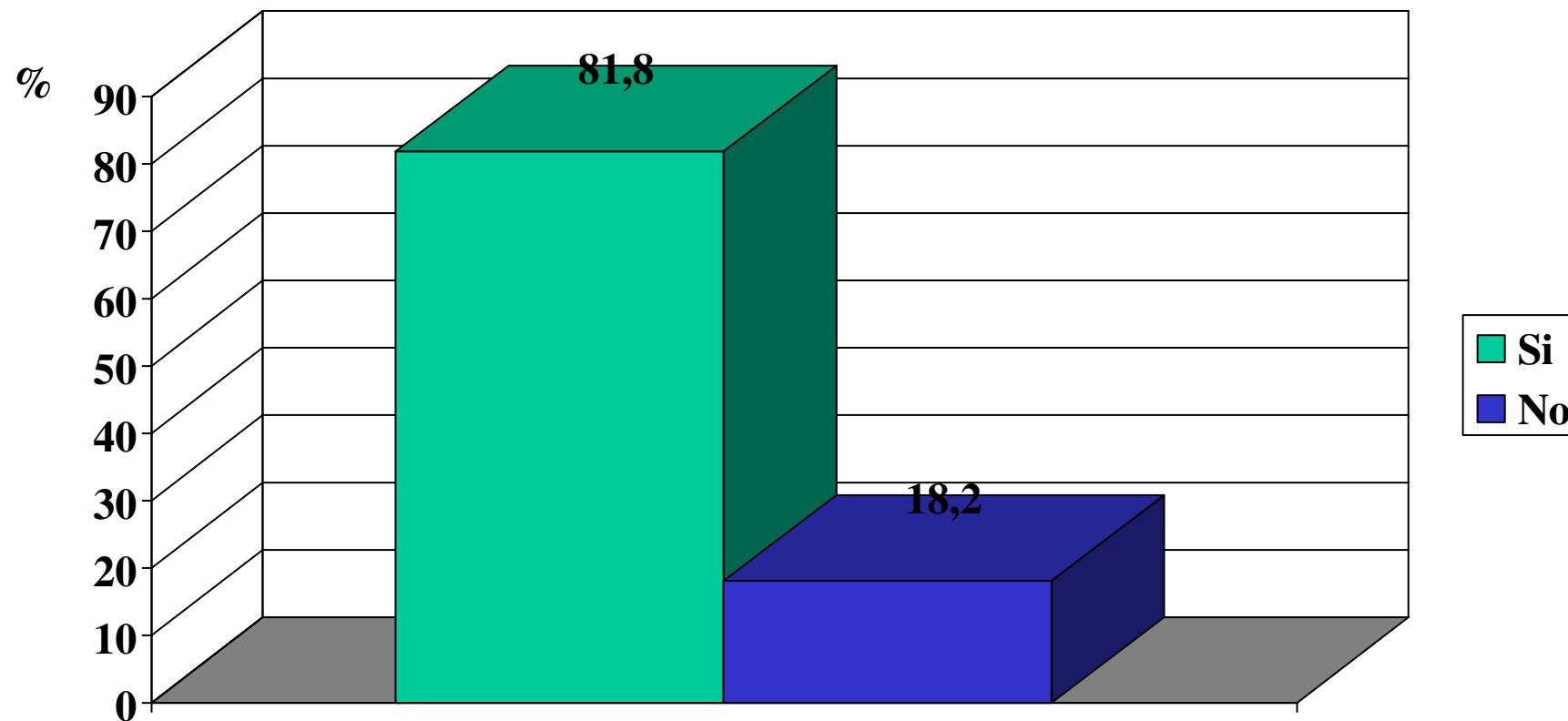
Attualmente, sta pensando di smettere di fumare?





Fumo e Gravidanza 2006 : “Prevalenza zero” . Valutazione ed intervento sul fumo di tabacco durante la gravidanza in Toscana per la prevenzione dei danni da fumo attivo e passivo nella donna e nel bambino

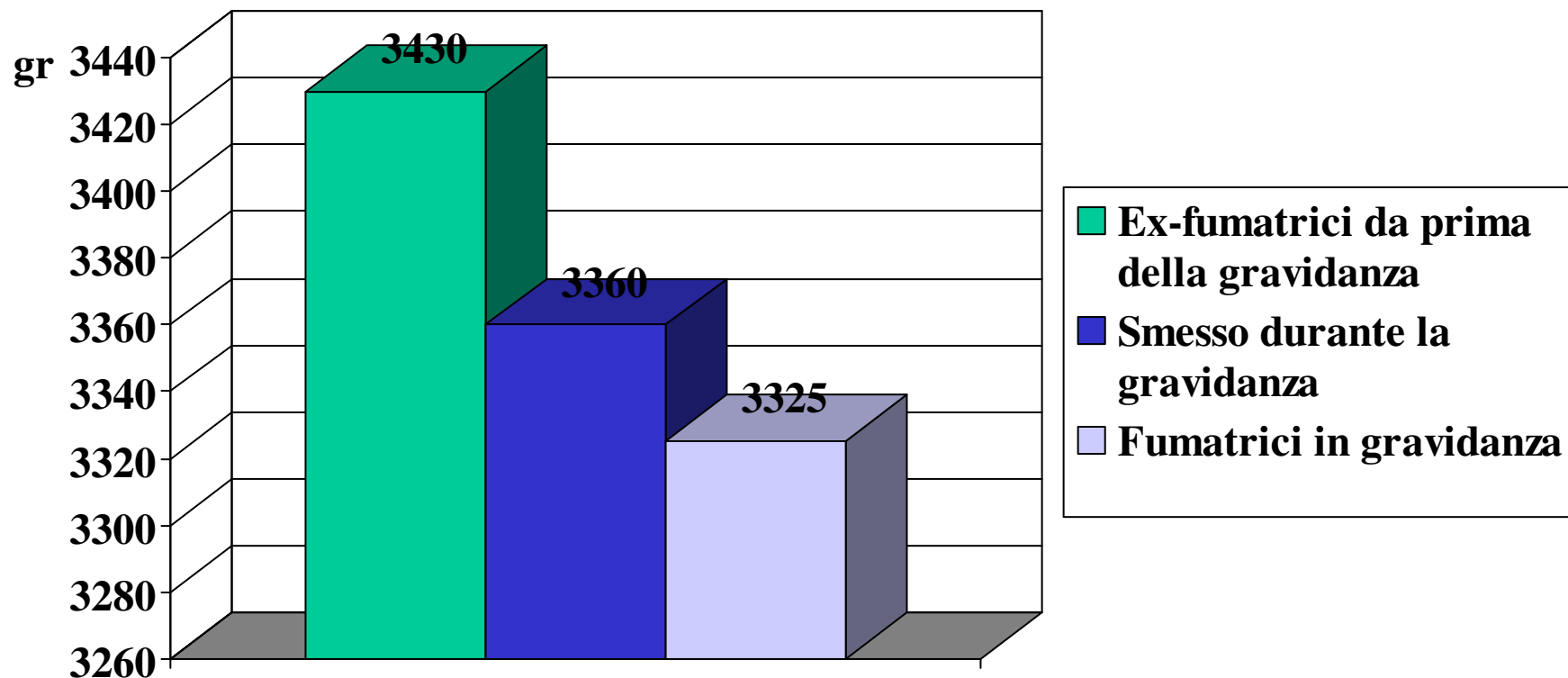
Dopo il parto o durante l'allattamento, le è stato consigliato di smettere di fumare?





Fumo e Gravidanza 2006 : “Prevalenza zero” . Valutazione ed intervento sul fumo di tabacco durante la gravidanza in Toscana per la prevenzione dei danni da fumo attivo e passivo nella donna e nel bambino

**Peso del bambino alla nascita (grammi)
per abitudine al fumo riferita dalla madre al termine della gravidanza**



Problemi aperti nell'intervento sul fumo in gravidanza

- Il fumo in gravidanza è un problema attuale e rilevante
- L'intervento secondo EBM è efficace, ma resta ancora da definire un approccio standardizzato sia a livello clinico sia a livello di comunità
- La gravidanza offre multiple finestre d'intervento – prima, durante e nel post parto – che risentono tuttavia delle diverse attitudini verso il fumo della donna che attraversa questo particolare periodo della propria vita
- Lo scopo è la cessazione e non la sospensione del fumo
- L'intervento deve essere esteso anche al partner fumatore e/o all'ambito familiare
- L'intervento deve essere sostenuto dalle diverse figure professionali sanitarie che interagiscono con la donna in gravidanza