



Fumare in gravidanza

Monitoraggio del tabagismo – Indagine sul consumo di tabacco in Svizzera

Finanziato dal Fondo per la prevenzione del tabagismo

Novembre 2009

Roger Keller
Theda Radtke
Désirée Füllemann
Hans Krebs
Rainer Hornung

Indirizzo degli autori

Prof. Dr. Rainer Hornung, Désirée Füllemann, Dr. Roger Keller, Theda Radtke
Istituto di psicologia dell'Università di Zurigo
Psicologia sociale e psicologia della salute, Binzmühlestrasse 14/14, CH-8050 Zurigo

Hans Krebs
Kommunikation und Publikumsforschung
Geeringstrasse 93, CH-8049 Zurigo

Esecuzione delle rilevazioni

LINK Istituto demoscopico e di indagini di mercato, Spannortstrasse 7/9, 6000 Lucerna 4

Committenti

Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)
Politica della sanità
Servizio specializzato Fondo per la prevenzione del tabagismo
Peter Blatter (contratto n.: 02.001670)
Casella postale, CH-3003 Berna

Introduzione

Questo rapporto contiene una breve sintesi della letteratura sul tema del fumo in gravidanza, sui suoi fattori d'influenza e sugli effetti nocivi sulla salute. Il rapporto fornisce inoltre informazioni sui risultati del monitoraggio del tabagismo in Svizzera a riguardo della prevalenza del fumo nelle donne in gravidanza e nelle madri di bambini piccoli tra la popolazione residente in Svizzera, come pure sulla loro conoscenza della nocività del consumo di tabacco per il feto e della nocività dell'esposizione passiva al fumo per i bambini piccoli. I dati sono stati rilevati nel quadro del monitoraggio del tabagismo in Svizzera negli anni dal 2001 al 2005. A causa dell'esiguo numero di casi di donne incinte e madri di bambini piccoli nel campione, si è dovuto cumulare i dati sull'intero periodo della rilevazione, e pertanto non è possibile evidenziare evoluzioni nel corso degli anni¹.

L'intero studio consiste in un'indagine telefonica rappresentativa tra la popolazione residente in età dai 14 ai 65 anni che sarà meglio descritta alla fine del rapporto. Per anno sono state interpellate circa 10 000 persone.

I risultati principali in breve:

- Negli anni dal 2001 al 2005 il 13% delle donne incinte ha dichiarato di fumare e il 25% di essere ex fumatrici. Nello stesso periodo fumava il 22% delle madri con bambini piccoli fino all'età di tre anni, mentre il 19% era costituito da ex fumatrici.
- Sia tra le donne incinte fumatrici che tra le madri di bambini piccoli che avevano fumato durante la gravidanza, circa il 90% ha dichiarato di aver ridotto il consumo di sigarette.
- Tra le ex fumatrici (donne incinte e madri di bambini piccoli) circa il 60% delle donne di entrambi i gruppi ha affermato di aver smesso di fumare a causa della gravidanza.
- La ricerca sulla letteratura mostra chiaramente che a favorire il fumo durante la gravidanza sono stati i seguenti fattori d'influenza: un elevato consumo di sigarette prima della gravidanza, un partner fumatore, un basso grado di formazione, il fatto di avere già dei figli, un ridotto stato di benessere e una scarsa conoscenza della nocività del fumo di sigarette per il nascituro.
- L'analisi della letteratura rivela inoltre che per le fumatrici incinte la prevenzione comportamentale è importante (informazione e motivazione per smettere di fumare, messa a disposizione di aiuti efficaci per la disassuefazione, coinvolgimento del partner).

¹ A causa dell'esiguo numero di casi non è stato possibile documentare l'evoluzione del tabagismo tra le donne incinte. Nel 2006 è stato perciò deciso di rinunciare in futuro a specifiche domande rivolte a donne incinte e a madri di bambini piccoli.

Panoramica della letteratura

Fumare durante la gravidanza può comportare effetti deleteri sulla salute del nascituro come pure della madre (p. es. Lu, Tong & Oldenburg, 2001). Possono sopraggiungere complicazioni nella gravidanza e compromettere così la vita della madre e del bambino (Cnattingius, 2004; Haustein, 2000; Marpeau, 2005). Da donne incinte fumatrici nascono spesso bambini prematuri (Chiolero, Boyet & Paccaud, 2005) come pure con un peso alla nascita basso (Bachir & Chaaya, 2008; Chilcoat & Breslau, 2002; Visscher, Feder, Burns, Brady & Bray, 2003). Non è invece stata definitivamente accertata una relazione diretta tra fumare in gravidanza e aborti spontanei. Tra le possibili conseguenze del fumo durante la gravidanza ci sono danni alla funzione polmonare dei bambini (Gilliand et al., 2000), la morte infantile improvvisa (Chong, Yip & Karlberg, 2004) e disturbi comportamentali dei bambini e dei giovani come per esempio l'ADHS (disturbo da deficit d'attenzione e iperattività; Rodriguez & Bohlin, 2005). Il fumo della madre durante la gravidanza sembra essere anche un fattore di rischio per lo sviluppo del sovrappeso e dell'obesità nei bambini e nei giovani (Chen, Pennell, Klebanoff, Rogan & Longnecker, 2006), come pure sembra comportare una elevata probabilità che anch'essi diventino un giorno fumatori (Cornelius, Leech, Goldschmidt & Day, 2000).

Molte delle conseguenze qui accennate dipendono dal numero di sigarette fumate. Questo implica che già con una riduzione del consumo di tabacco durante la gravidanza possono essere ampiamente ridotte le conseguenze deleterie menzionate.

Nonostante questi massicci effetti nocivi alla salute, molte donne continuano a fumare (p. es. Lu, Tong & Oldenburg, 2001) e si pone la domanda sulle possibili ragioni. Alcuni studi mostrano che soprattutto giovani donne (Kaneita et al., 2007; Mohsin & Bauman, 2005) e donne con uno stato socio-economico basso (Bachir & Chaaya, 2008; Bailey, 2006; DiClemente, Dolan-Mullen & Windsor, 2000; Lu, Tong & Oldenburg, 2001; Zhu & Valbo, 2002) fumano durante la gravidanza. Le abitudini al fumo prima della gravidanza (numero elevato di sigarette fumate, inizio precoce del fumare) giocano un ruolo determinante (Bailey, 2006; Grangé et al., 2005; Lu, Tong & Oldenburg, 2001). Agrawal et al. (2008) riferiscono che le donne che hanno continuato a fumare durante l'intera gravidanza dichiarano una maggiore dipendenza e più numerosi tentativi falliti di smettere nel passato rispetto alle donne che durante la gravidanza non hanno fumato per nulla o solo parzialmente.

Inoltre viene mostrato che le donne che non sono incinte per la prima volta (Bailey, 2006; Lindqvist & Aberg, 2001) e quelle che sono divenute incinte senza una pianificazione (Steyn,

de Wet, Saloojee, Nel & Yach, 2006), fumano più delle donne che sono incinte per la prima volta, rispettivamente che avevano pianificato la gravidanza.

Anche l'ambiente delle donne incinte è menzionato in molti studi quale fattore significativo del fumo durante la gravidanza. Un partner fumatore rappresenta per le donne un fattore di rischio di fumare durante la gravidanza non solo passivamente ma anche attivamente (Agrawal et al., 2008; DiClemente et al., 2000; Lu, Tong & Oldenburg, 2001; Ribeiro et al., 2007; Suzuki, Kikuma, Kawaminami & Shima, 2005).

Un elevato livello di stress (Bullock, Mears, Woodcock & Record, 2001), uno stato depressivo (Blalock, Fouladi, Wetter & Cinciripini, 2005; Levine & Marcus, 2004) e uno scarso sostegno sociale (Bachir & Chaaya, 2008; Lindqvist & Aberg, 2001) durante la gravidanza aumentano la probabilità che donne in gravidanza continuino a fumare. Un elevato livello di stress e un sostegno sociale scarso stanno pure in relazione col numero di sigarette fumate durante l'ultimo trimestre di gravidanza (Weaver, Campbell, Mermelstein & Wakschlag, 2008).

Anche la paura di prendere troppo peso durante la gravidanza (Edwards & Sims-Jones, 1998) può indurre queste donne a fumare durante la gravidanza più delle donne senza questa paura. Inoltre, si osserva che le donne che hanno un elevato senso di autoefficacia riescono a smettere di fumare più delle donne che non pensano di riuscire a interrompere di fumare (Dolan-Mullen, Pollak & Kok, 1999).

La motivazione di voler smettere di fumare durante la gravidanza influenza la serietà e il successo del tentativo di smettere di fumare (Curry, McBride, Grothaus, Lando & Pirie, 2001). Le donne con una motivazione intrinseca di smettere di fumare (per es. la propria salute, autocontrollo) riescono a smettere di fumare con maggior successo delle donne che sono motivate estrinsecamente (p.es. salute del nascituro, pressione sociale). La scarsa conoscenza sulle possibili conseguenze del fumo in gravidanza come pure la negazione o la minimizzazione di questa conoscenza tiene lontane donne incinte da una interruzione del fumo (Haslam & Draper, 2001).

Nel capitolo successivo vengono presentati alcuni risultati del monitoraggio del tabagismo in Svizzera degli anni 2001-2005.

Risultati del monitoraggio del tabagismo in Svizzera

Nel quadro delle rilevazioni del monitoraggio del tabagismo in Svizzera dal 2001 al 2005 sono state rivolte, come parte integrante del modulo di base, domande specifiche alle donne incinte e alle madri di bambini piccoli. Si trattava di domande sulle abitudini di consumo durante e dopo la gravidanza, nonché sulla conoscenza della nocività del consumo di tabacco per il feto e della nocività dell'esposizione passiva al fumo per bambini piccoli. A causa della esigua grandezza del campione di donne incinte e madri di bambini piccoli, per le seguenti analisi i valori degli anni dal 2001 al 2005 sono cumulati. Pertanto non è possibile presentare variazioni nel tempo e anche le analisi per singoli gruppi di caratteristiche non possono che essere limitate.

La figura 1 mostra che sebbene la proporzione di fumatrici in Svizzera diminuisca, tra le donne dai 20 ai 44 anni continuano ad esserci molte fumatrici (28% nel 2005). Soprattutto nella classe d'età dai 20 ai 24 anni la percentuale di fumatrici è molto elevata (38% nel 2005). Ciò è problematico in quanto interrompere di fumare è collegato con molte difficoltà e in questa età una gravidanza o la presenza di bambini piccoli è alquanto probabile. Tra le donne sotto i 25 anni, per esempio, il 21% ha un figlio (cfr. Ufficio federale di statistica, 2009).

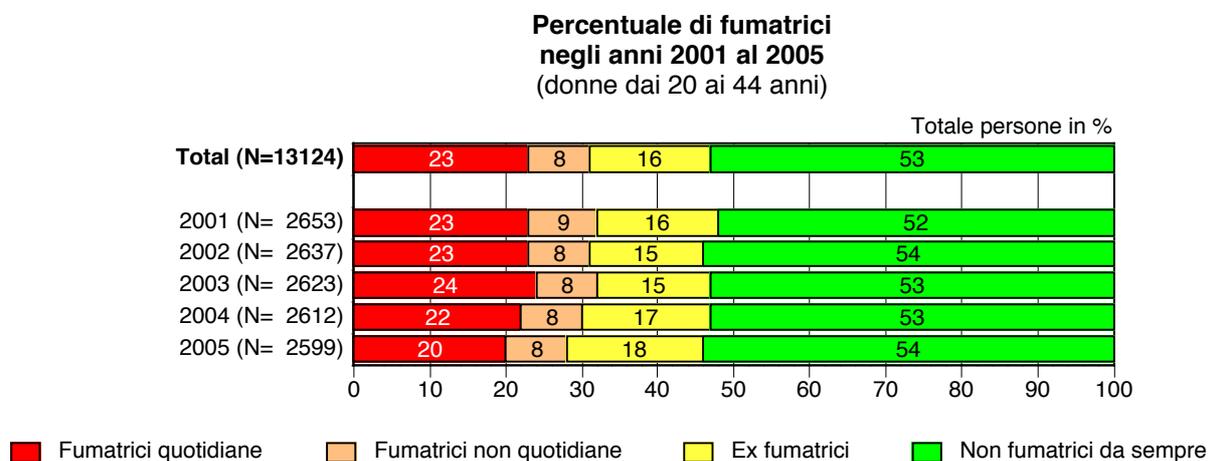


Figura 1: Percentuale di fumatrici negli anni 2001-2005 tra le persone in età dai 20 ai 44 anni

Negli anni dal 2001 al 2005, il 13% delle donne incinte ha dichiarato di fumare e il 25% di essere ex fumatrici. Nello stesso periodo fumava il 22% delle madri con bambini piccoli e il 19% era costituito da ex fumatrici (cfr. tabella 1).

Tabella 1: Percentuale di fumatrici tra le donne incinte e le madri di bambini piccoli fino a 3 anni (dati cumulati dal 2001 al 2005, donne dai 20 ai 44 anni)

Caratteristica Modalità	Donne incinte			Madri di bambini fino a 3 anni		
	N ponderato	N non ponderato	%	N ponderato	N Non ponderato	%
Status rispetto al fumo						
Non fumatrici	282	360	62	1176	1573	59
Ex fumatrici	112	151	25	375	540	19
Fumatrici	58	81	13	443	610	22
Totale	452	592	100	1994	2723	100

Sia tra le donne incinte fumatrici che tra le madri di bambini piccoli fino a 3 anni che avevano fumato durante la gravidanza, circa il 90% ha dichiarato di aver ridotto il consumo di sigarette.

Tra le ex fumatrici (donne incinte e madri di bambini piccoli), in entrambi i gruppi circa il 60% delle donne ha affermato di aver smesso di fumare a causa della gravidanza.

I risultati mostrano inoltre che le donne incinte che aspettano il loro primo figlio smettono di fumare in misura significativamente maggiore delle donne che hanno già altri figli. Questo risultato è confermato anche tra le madri di bambini piccoli.

Infine, alle donne incinte e alle madri di bambini piccoli è stato chiesto se credono che il fumo durante la gravidanza nuoccia al nascituro e se è dannoso per i bambini che qualcuno in famiglia fumi.

Quasi l'85% ha ritenuto che fumare in gravidanza nuoce in ogni caso al nascituro, il 13% è del parere che ciò accada a certe condizioni e solo il 2% risponde negativamente alla domanda. Le donne incinte che durante la gravidanza non fumavano o non hanno più fumato sono, al contrario delle donne fumatrici in gravidanza, significativamente più spesso dell'opinione che fumare durante la gravidanza può essere dannoso. Questa constatazione risulta anche tra le madri di bambini piccoli fino a tre anni.

Risultati quasi identici si sono ottenuti alla domanda se per i bambini sia dannoso se in famiglia c'è qualcuno che fuma. Nel gruppo di età dai 20 ai 44 anni, le donne incinte e le madri con bambini piccoli sono dunque bene o molto bene informate sulla nocività del fumare per il nascituro, rispettivamente del fumo passivo per i bambini piccoli.

Bibliografia

- Agrawal, A., Knopik, V. S., Pergadia, M. L., Waldron, M., Bucholz, K. K., Martin, N. G., Heath, A. C. & Madden, P. A. F. (2008). Correlates of cigarette smoking during pregnancy and its genetic and environmental overlap with nicotine dependence. *Nicotine and Tobacco Research*, 10, 567-578.
- Bachir, R. & Chaaya, M. (2008). Maternal smoking: Determinants and associated morbidity in two areas in Lebanon. *Maternal and Child Health Journal*, 12, 298-307.
- Bailey, B. A. (2006). Factors predicting pregnancy smoking in Southern Appalachia. *American Journal of Health Behavior*, 30, 413-421.
- Blalock, J. A., Fouladi, R. T., Wetter, D. W. & Cinciripini, P. M. (2005). Depression in pregnant women seeking smoking cessation treatment. *Addictive Behaviors*, 30, 1195-1208.
- Bullock, L.F.C., Mears, J.L.C., Woodcock, C. & Record, R. (2001). Retrospective study of the association of stress and smoking during pregnancy in rural women. *Addictive Behaviors*, 26, 405-413.
- Bundesamt für Statistik (2009). *Mikrozensus Familie und Geburtenhäufigkeit - Geburt des ersten Kindes* [On-line]. Available: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/04/blank/dos/mikrozensus/06.html>
- Chen, A., Pennell, M.L., Klebanoff, M.A., Rogan, W.J. & Longnecker, M.P. (2006). Maternal smoking during pregnancy in relation to child overweight: follow-up to age 8 years. *International Journal of Epidemiology*, 35, 121-130.
- Chilcoat, H.D. & Breslau, N. (2002). Low birth weight as a vulnerability marker for early drug use. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10, 104-122.
- Chiolero, A., Boyet, P. & Paccaud, F. (2005). Association between maternal smoking and low birth weight in Switzerland: the EDEN Study. *Swiss Medical Weekly*, 135, 525-530.
- Chong, D.S., Yip, P.S. & Karlberg, J. (2004). Maternal smoking: an increasing unique risk factor for sudden infant death syndrome in Sweden. *Acta Paediatrica*, 93, 471-478.

- Cnattingius, S. (2004). The epidemiology of smoking during pregnancy: smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes. *Nicotine and Tobacco Research*, 6, 125-140.
- Cornelius, M.D., Leech, S.L., Goldschmidt, L. & Day, N.L. (2000). Prenatal tobacco exposure: is it a risk factor for early tobacco experimentation? *Nicotine and Tobacco Research*, 2, 45-52.
- Curry, S. J., McBride, C., Grothaus, L., Lando, H. & Pirie, Ph. (2001). Motivation for Smoking Cessation Among Pregnant Women. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(2), 126-132.
- DiClemente, C., Dolan-Mullen, P. & Windsor, R.A. (2000). The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions. *Tobacco Control*, 9, 16-21.
- Dolan-Mullen, P., Pollak, K. I. & Kok, G. (1999). Success Attribution for Stopping Smoking During Pregnancy, Self-Efficacy, and Postpartum Maintenance. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13(3), 198-206.
- Edwards, N. & Sims-Jones, N. (1998). Smoking and Smoking Relapse During Pregnancy and Postpartum: Results of a Qualitative Study. *Birth*, 25(2), 94-100.
- Gilliand, F.D., Berhane, K., McConnell, R., Gauderman, W.J., Vora, H., Rappaport, E.B., Avol, E. & Peters, J.M. (2000). Maternal smoking during pregnancy, environmental tobacco smoke exposure and childhood lung function. *Thorax*, 55, 271-276.
- Grangé, G., Vayssiere, C., Borgne, A., Ouazana, A., L'Huillier, J. P., Valensi, P., Peiffer, G., Aubin, H.-J., Renon, D., Thomas, D. & Lebargy, F. (2005). Description of tobacco addiction in pregnant women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology*, 120, 146-151.
- Haslam, C. & Draper E. S. (2001). A qualitative study of smoking during pregnancy. *Psychology, Health & Medicine*, 6(1), 95-99.
- Haustein, K.O. (2000). Rauchen, Nikotin und Schwangerschaft. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 60, 11-19.
- Kaneita, Y., Tomofumi, S., Takemura, S., Suzuki, K., Yokoyama, E., Miyake, T., Harano, S., Ibuka, E., Kaneko, A., Tsutsui, T. & Ohida, T. (2007). Prevalence of smoking and associated factors among pregnant women in Japan. *Preventive Medicine*, 45, 15-20.
- Levine, M. D. & Marcus, M. D. (2004). Do changes in mood and concerns about weight relate to smoking relapse in the postpartum period? *Archives of Women's Mental Health*, 7, 155-166.
- Lindqvist, R. & Aberg, H. (2001). Who stops smoking during pregnancy? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*; 80, 137-141.

- Lu, Y., Tong, S. & Oldenburg, B. (2001). Determinants of smoking and cessation during and after pregnancy. *Health Promotion International*, 16, 355-365.
- Marpeau, L. (2005). Smoking and pregnancy complications. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 34, 130-134.
- Mohsin, M. & Bauman, A. E. (2005). Socio-demographic factors associated with smoking and smoking cessation among 426,344 pregnant women in New South Wales, Australia. *BMC Public Health*, 5, 138-146.
- Ribeiro, V. S., Figueiredo, F. P., Silva, A. A. M, Batista, R. L. F, Barbieri, M. A, Filho, F. L., Alves, M. T. S. S. B, Santos, A. M, Bettiol, H. (2007). Do socioeconomic factors explain why maternal smoking during pregnancy is more frequent in a more developed city of Brazil? *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 40, 1203-1210.
- Rodriguez, A. & Bohlin, G. (2005). Are maternal smoking and stress during pregnancy related to ADHD symptoms in children? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 246-254.
- Steyn, K., de Wet, T., Saloojee, Y., Nel, H. & Yach, D. (2006). The influence of maternal cigarette smoking, snuff use and passive smoking on pregnancy outcomes: the Birth To Ten Study. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 20(2), 90-99.
- Suzuki, J., Kikuma, H., Kawaminami, K. & Shima, M. (2005). Predictors of smoking cessation during pregnancy among the women of Yamato and Ayase municipalities in Japan. *Public Health*, 119, 679-685.
- Visscher, W.A., Feder, M., Burns, A.M., Brady, T.M. & Bray, R.M. (2003). The Impact of Smoking and Other Substance Use by Urban Women on the Birthweight of Their Infants. *Substance Use and Misuse*, 38, 1063-1093.
- Weaver, K., Campbell, R., Mermelstein, R. & Wakschlag, L. (2008). Pregnancy smoking in context: The influence of multiple levels of stress. *Nicotine and Tobacco Research*, 10, 1065-1073.
- Zhu, S.H. & Valbo, A. (2002). Depression and smoking during pregnancy. *Addictive Behaviors*, 27, 649-658.

Fonte:

Keller, R., Radtke, T., Fülleemann, D., Krebs, H. & Hornung, R. (2009). *Rauchen in der Schwangerschaft. Tabakmonitoring – Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum*. Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozial- und Gesundheitspsychologie.

Indagine sul consumo di tabacco in Svizzera (Monitoraggio del tabagismo)

Dalla sua istituzione, nel 2001, il monitoraggio del tabagismo è realizzato dalla sezione di psicologia sociale e della salute dell'Istituto di psicologia dell'Università di Zurigo (prof. Dott. Rainer Hornung, Roger Keller e Theda Radtke) e da Hans Krebs, "Kommunikation und Publikumsforschung" di Zurigo. Il rilevamento dei dati è stato effettuato da LINK, istituto demoscopico e di indagini di mercato. Sviluppato e realizzato su incarico dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), il monitoraggio del tabagismo è ora finanziato dal Fondo per la prevenzione del tabagismo.

Per monitoraggio del tabagismo si intende la registrazione continuativa e rappresentativa del consumo di tabacco tra le persone di età compresa tra i 14 e i 65 anni in Svizzera. Dal gennaio 2001, a ritmo trimestrale viene effettuato un rilevamento (una cosiddetta "ondata") comprendente 2 500 interviste telefoniche: ogni anno, dunque, per l'analisi sono disponibili le risposte di 10 000 persone.

Il monitoraggio del tabagismo comprende un modulo di base e diversi moduli aggiuntivi. Con il modulo di base, ogni tre mesi vengono registrati i dati più importanti sul consumo di tabacco. Il questionario del modulo di base può essere completato con blocchi di domande supplementari (ad es. con un modulo aggiuntivo dedicato alla propensione a smettere di consumare tabacco e al fumo passivo) durante una o più indagini.

Per definire il panel di intervistati si ricorre al procedimento detto random-random a due livelli; l'inchiesta telefonica è interamente standardizzata e si svolge in italiano, tedesco e francese. Al fine di disporre di un numero sufficiente di giovani, di giovani adulti, di donne incinta e di madri di bambini piccoli per l'analisi, si procede a un oversampling (sovrarappresentanza del campione) tra gli uomini e le donne di età compresa rispettivamente tra i 14 e i 24 e tra i 14 e i 44 anni. L'oversampling riguarda anche la Svizzera italiana e francese, appunto per disporre di un campione sufficientemente indicativo in ciascuna regione linguistica. In media, delle 2 500 interviste effettuate ogni trimestre, 1 426 vengono condotte nella Svizzera tedesca, 711 nella Svizzera francese e 363 nella Svizzera italiana.

Alla fine i dati vengono ponderati. La ponderazione serve a correggere aritmeticamente le distorsioni del campione in modo tale che quest'ultimo rappresenti correttamente e proporzionalmente le abitudini della popolazione in Svizzera.

Per ulteriori informazioni si rimanda al sito www.tabakmonitoring.ch.