

# Fumo e gravidanza: l'intervento del Ginecologo e dell'Ostetrica

## *Smoke and pregnancy: gynecologist's and midwife's role*

Federica Corsale, Domenico Enea

### Riassunto

**Introduzione e scopo del lavoro.** Per la realizzazione della tesi, effettuata presso il Dipartimento di Ginecologia e Ostetrica dell'Università "La Sapienza" di Roma, si è voluto indagare se, rispetto a un'analoga ricerca effettuata nel 1998, si fossero realizzati cambiamenti di percezione e di comportamento rispetto al problema fumo di tabacco da parte delle gestanti.

**Materiale e metodi.** A tale scopo è stato somministrato un questionario a 115 donne in gravidanza afferite alla sala da parto, nel periodo Gennaio-Settembre 2005.

**Risultati.** Dal questionario somministrato è risultato che:

- Il 51% erano fumatrici abituali (almeno 15 sig/die)
- Di queste il 60% aveva ridotto notevolmente il numero di sigarette fumate (<5)  
*n.b: nella ricerca del 1998 solo il 38% aveva effettuato un riduzione del genere;*
- Analoga riduzione si è verificata nel numero delle donne che non ha effettuato nessuna riduzione, mantenendo invariato il numero delle sigarette fumate (1,9% rispetto al precedente 9%);
- Il 72% delle donne intervistate pensava di non ricominciare a fumare dopo la gravidanza. Purtroppo ciò significa che ben il 28% dei soggetti non aveva questa intenzione.
- Ben il 61% delle donne mostrava un punteggio di autoefficacia, in una scala da 1 a 10, superiore 6, e più del 21% addirittura pari a 10.
- Tutte le donne hanno ritenuto utile avere a disposizione un servizio che desse informazioni in merito e potesse eventualmente essere di supporto per una decisione di cessazione del fumo.

**Conclusioni.** Da quanto sopra, risulta importante che gli operatori sanitari a contatto con donne in gravidanza, e in particolare ginecologi e ostetriche:

- A) dovrebbero avere una conoscenza specifica rispetto al grave problema del fumo in gravidanza, e quindi dovrebbero avere la possibilità di frequentare corsi di formazione in merito;
- B) dovrebbero adottare un comportamento deontologicamente adeguato, per esempio evitando, se l'operatore fosse un fumatore a sua volta, di fumare in divisa o all'interno della struttura sanitaria;
- C) dovrebbero avere la possibilità, se il proprio intervento di counselling sulla paziente risultasse insufficiente, di poterla inviare presso un centro antifumo di II° livello, magari all'interno della struttura stessa dove opera.

**Parole chiave:** gravidanza, ginecologo, ostetrica, disassuefazione dal fumo di tabacco.

### Abstract

**Introduction.** The Department of Obstetrics and Gynecology of the University of Rome "La Sapienza" has been carrying on an antismoking program among pregnant women admitted to the clinic.

**Materials and methods.** During the period Jan-Sept 2005 115 pregnant women were asked to complete a questionnaire regarding their perception of the smoking problem and their smoking behaviour. The results were compared with those of a similar study performed in 1998.

**Results.** The main results can be summarized as follows:

- 51% of the subjects were current smokers ( 15 cig/day or more)
- 60% had markedly reduced the number of cigarettes (5/day or less)  
note: a similar pattern was found in the number of women who did not reduce the number of cigarettes smoked (1,9% vs 9%)
- 72% of the women examined were considering no resuming smoking after their delivery/breastfeeding). Unfortunately, as many as 28% did not plan to stop definitely.
- interestingly, 61% showed an Autoefficacy Score of >6, with 21% scoring 10.
- All participants thought that it would be helpful to refer to a centre providing informations and support for those interested in a smoking cessation program.

**Conclusions.** It is important that doctors and midwives:

- A) have a basic knowledge on the smoking issue in pregnancy, having taken specific courses.
- B) adopt a deontologically correct behavior if they are smokers, avoiding smoking in public when in uniform.
- C) in the case of poor results of counselling for pregnant smokers, can rely on a second level antismoking center where they can refer their patients, possibly in the same health structure.

**Keywords:** pregnancy, gynecologist, midwife, smoking cessation.

Federica Corsale

Ostetrica - Università La Sapienza, UNIROMA

Domenico Enea

Centro Policlinico Senza Fumo, Umberto 1°  
La Sapienza, UNIROMA

## INTRODUZIONE

Il fumo di tabacco, come abitudine regolare, può essere considerato a tutti gli effetti una vera e propria malattia. L'Organizzazione Mondiale della Sanità lo classifica infatti come tale (ICD 10) e, dato che in tale patologia è fattore determinante la dipendenza da nicotina, può rientrare tra i disordini psichiatrici (DSM IV).

Analizzando le cause per le quali un soggetto fuma regolarmente, si può affermare che:

- la nicotina, contenuta nel fumo di tabacco, è una sostanza che provoca dipendenza (Tabagismo), anche se tale dipendenza non è legata solo a questo aspetto, essendo in realtà molto più complessa: abitudine, ritualità, gestualità, problemi legati all'oralità, ecc.
- il fumare diventa parte integrante di molti aspetti della vita di un tabagista: per esempio, fumare insieme ad altri è un modo per socializzare;
- negli adolescenti in particolare il fumo di sigaretta può assumere carattere di rabbia, ribellione, potere, attrazione, indipendenza. È un modo per sentirsi "adulti", specialmente se fumano persone che sono per loro punti di riferimento (genitori, amici che ammirano, insegnanti, operatori sanitari come medici e ostetriche,

personaggi dello spettacolo e della politica, ecc);

- la sigaretta assume un valore strumentale, essendo utilizzata, per esempio, per ridurre l'appetito o per sentirsi meno goffi in alcune situazioni "sociali"; può inoltre essere collegata a momenti particolari, per esempio di tristezza o relax;
- la difficoltà nel decidere di smettere di fumare, e nel rimanere poi astinenti, deriva dalla mancanza di una motivazione abbastanza forte da vincere la dipendenza, e dalla paura di affrontare un cambiamento radicale.

Negli ultimi 15 anni la percentuale dei fumatori in Italia è notevolmente diminuita, passando da una prevalenza del 32% del 1990 al 25.6% del 2005. Nell'ultimo anno la flessione riguarda, fortunatamente, entrambi i sessi: gli uomini infatti continuano a far registrare piccole riduzioni (-0.7% rispetto al 2004), mentre le donne, dopo due anni di situazione stazionaria (22.5% nel 2003/2004) in quest'ultimo anno mostrano un primo leggero calo arrestandosi al 22.1% (1).

Analizzando il quadro complessivo delle abitudini al fumo degli Italiani (persone di 15 anni e più) si ha per il 2005 che i fumatori costituiscono, come già detto, il 25.6% della popolazione, e in particolare fumano il 29.3% degli uo-

mini e il 22.1% delle donne. Si stima che il numero delle fumatrici sia cresciuto del 60% negli ultimi anni e la quota delle grandi fumatrici, che consumano più di venti sigarette al giorno, è addirittura triplicata. Possiamo pensare che, da parte delle donne, il fumo sia un modo facile di ostentare l'avvenuto raggiungimento della parità sociale ma la realtà è invece, purtroppo, che il fumo di tabacco ha sulla salute della donna una specifica influenza negativa, che si esplica a vari livelli: costituisce infatti un fattore di rischio per molte patologie ginecologiche, potendo incidere sul normale funzionamento dell'apparato riproduttivo (dal menarca alla menopausa) e in gravidanza può interferire in tutte le tappe che attraversa il prodotto del concepimento, dalla fecondazione fino al suo completo sviluppo. (2-7)

## EPIDEMIOLOGIA DEL FUMO DI TABACCO IN GRAVIDANZA

I dati epidemiologici forniti dall'ISTAT ci dispongono il seguente quadro (8):

1. il numero delle giovani donne fumatrici è aumentato in Italia (circa il 20% fuma). Un'uguale prevalenza è riscontrabile anche tra le donne che si avviano alla gravidanza;
2. in Italia il 62% delle donne fumatrici cessa di fumare durante la gravidanza;
3. di queste circa dal 70 all'80% riprende a fumare dopo il parto

L'insieme dei dati illustra una situazione contraddittoria che vede, a fronte di un elevato numero di donne che cessano di fumare durante la gravidanza, un'alta percentuale che riprende dopo il parto, sullo sfondo di una popolazione di giovani donne fumatrici in numero sempre crescente e di un numero elevatissimo di bambini esposti al fumo di tabacco nell'ambito familiare.

## PROGETTO GRAVIDANZA SENZA FUMO

Il "Progetto Gravidanza senza fumo" è condotto nell'ambito del "Centro Policlinico senza Fumo" (Azienda Policlinico Umberto I° di Roma).

Lo scopo di tale progetto è di aiuta-

### PERCHE' CONSIDERAZIONI SUL TABAGISMO IN GRAVIDANZA?

Lo studio è stato effettuato sulla base di una precedente ricerca svolta all'interno della Clinica Ginecologica e Ostetrica nell'anno 1998.

Il nostro scopo è quello di valutare se e come, a distanza di 7 anni, sia mutato il fenomeno, ovvero se le gestanti risultino maggiormente sensibili ai problemi fetali - neonatali legati al fumo di tabacco.



### COME ABBIAMO SVOLTO LA RICERCA?

Sono stati somministrati 115 test tra Gennaio e Settembre 2005 a gestanti e puerpere (fumatrici e non) durante il loro soggiorno all'interno della sala parto.

re e sostenere la gestante desiderosa di smettere di fumare e i suoi familiari.

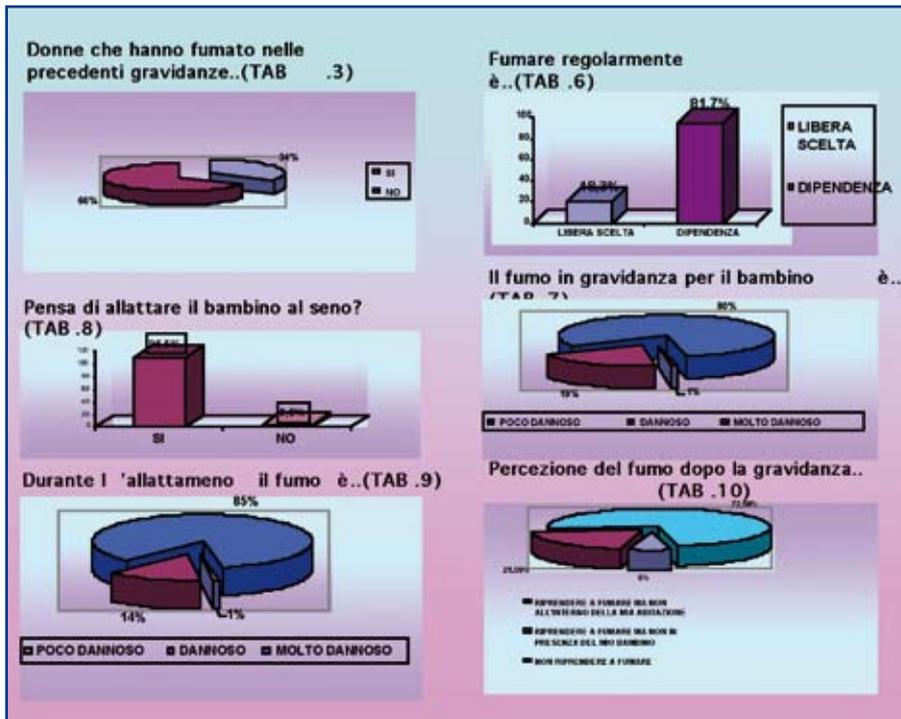
In particolare, vengono effettuati regolarmente interventi durante i corsi di preparazione al parto, ed è disponibile personale con specifica formazione per un servizio di counselling in gravidanza.

La fumatrice, se gestante, acquista in genere una forte motivazione a smettere, legata all'interesse per la salute del suo bambino e quindi la gravidanza è una situazione molto utile per aiutare la paziente ad attuare un cambiamento del suo stile di vita. Come già accennato poi, bisognerebbe esercitare un'azione preventiva, per indurle a una cessazione del fumo che persista anche dopo la gravidanza, onde evitare effetti dannosi sui figli.

Numerosi sono i motivi per i quali una donna desidera smettere di fumare in gravidanza, ma la gestante va resa maggiormente consapevole che il fumo può compromettere gli scambi metabolici e l'ossigenazione placentare; come già accennato infatti, i bambini sono spesso sotto peso ed inoltre si verificano più frequentemente aborti e parti prematuri. È importante comunque che la comunicazione non si basi tanto sui messaggi negativi (danni per i figli), quanto su quelli positivi (vantaggi che si hanno dallo smettere di fumare).

È da tener presente, a tale proposito, che, oltre ai danni diretti sui bambini (su cui esiste una ben consolidata letteratura scientifica), anche il cattivo esempio da parte dei genitori è da considerarsi altamente negativo, in quanto i loro figli avranno, da un punto di vista statistico, maggiori probabilità di diventare fumatori a loro volta (2). La donna può e vuole essere un esempio per i suoi figli e per un genitore che fuma è difficile essere credibile quando raccomanda ai figli di non fumare.

Smettere di fumare purtroppo può non essere facile, anche in presenza di forti motivazioni, in quanto, come premesso, si ha a che fare con una dipendenza, molto più subdola di altre, sotto vari aspetti. Molte persone hanno bisogno di un sostegno. È per questo che, oltre all'appoggio mediante incontri di counselling, che ogni operatore dovrebbe essere in grado di gestire, in alcune strutture pubbliche e private (tra le qua-

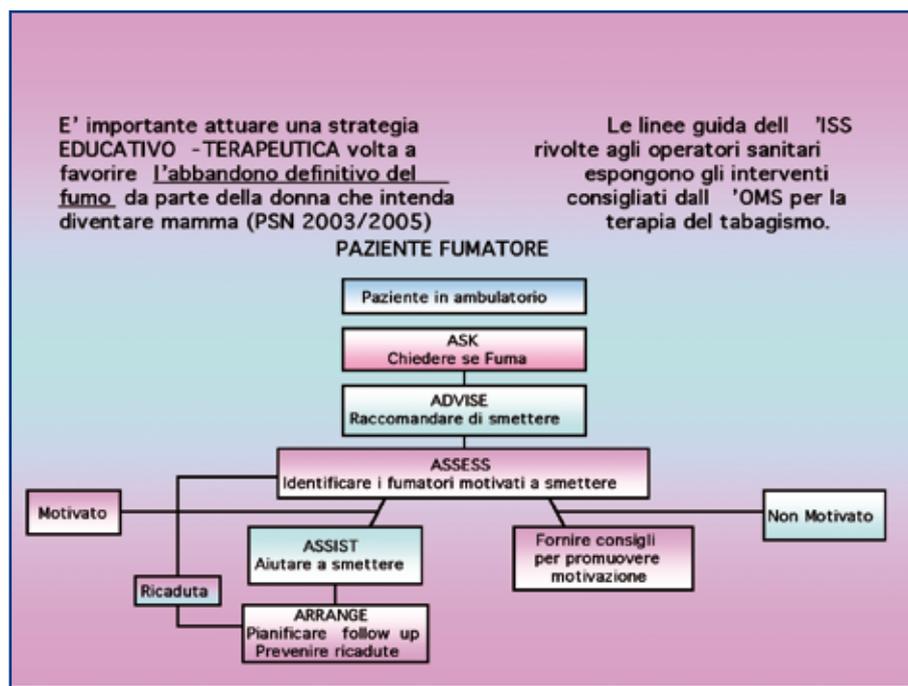


li anche la nostra) vengono organizzati periodicamente gruppi di terapia, cui anche le gestanti sono invitate a partecipare. Il nostro Centro, in particolare, utilizza per i gruppi di terapia, il metodo GFT, nato negli USA negli anni 50, e importato successivamente in Italia, adattandolo alla diversa realtà sociale e ai diversi tempi; alle gestanti e ai loro familiari viene data la precedenza nelle liste di attesa per la partecipazione ai gruppi di terapia. È condizione necessaria, per avere buone probabilità di successo, che il soggetto sia convinto della sua decisione fin dall'inizio.

Utilizziamo per tutti i pazienti una cartella, da noi elaborata alcuni anni fa, che prevede innanzitutto la raccolta dell'anamnesi. Vengono quindi somministrati ai pazienti vari test (Nicotine Addiction Test di Fagestrom, Severity Dependence Scale, Visuale Addiction Scale) per mettere a fuoco il grado della dipendenza tabagica, e il Beck Depression Inventory, per evidenziare un eventuale stato depressivo. Si procede quindi con l'esame obiettivo dove saranno valutati vari parametri: frequenza cardiaca, pressione arteriosa, tasso di CO espirato, peso, altezza, BMI (indice di massa corporea). Ove si ritenga opportuno, in accordo con il paziente, viene proposta anche una terapia farmaco-

logia, a base di Bupropione e/o terapia sostitutiva nicotinic (sotto forma di cerotti, compresse, chewingum).

Alle gestanti viene consegnato inoltre un manuale apposito, contenente test autovalutativi e informazioni e consigli per arrivare a una cessazione dal fumo. Il questionario di autovalutazione è composto da 15 domande con 3 possibili risposte (VERO, FALSO, TALVOLTA). Le 15 domande sono poi divise in 3 gruppi (1-4 / 5-10 / 11-15). Il gruppo 1-4 prende in considerazione gli aspetti abitudinari del fumatore e se il punteggio totalizzato è 40 o più significa che il fumo è la principale ragione; per il gruppo 5-10 se il paziente totalizza più di 30 punti significa che è fortemente dipendente dalla nicotina; infine per il gruppo 11-15 se il paziente ha totalizzato più di 25 punti significa che fumare è diventata parte integrante della sua vita sociale ed emozionale. Compilato il questionario viene esposto alla paziente un programma per i successivi 7 giorni. Si tratta di terapie brevi di tipo cognitivo-comportamentali. L'obiettivo principale del trattamento è quindi il problema comportamentale in se stesso, in cui occorre aumentare il livello di consapevolezza del soggetto, per poterne poi far modificare i comportamenti. I comportamenti che devono essere modificati



vengono di solito scomposti in singole componenti parziali, ognuna delle quali viene trattata con le procedure che si ritengono più adatte. Alle donne in gravidanza non vengono proposte terapie farmacologiche.

## MATERIALI E METODI

Per effettuare la nostra ricerca, abbiamo somministrato, nel periodo gennaio - settembre 2005, 115 test a gestanti e puerpere, fumatrici e non, durante il loro soggiorno nella Sala Parto nel Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia del Policlinico Universitario Umberto I di Roma. Dobbiamo doverosamente segnalare che, in alcuni casi, abbiamo incontrato problemi di tipo relazionale, poiché i soggetti si mostravano ostili nei confronti di chi somministrava il test, mostrando riguardo all'argomento Tabagismo un atteggiamento difensivo e rigido, giustificato peraltro, almeno in parte, dalla situazione di scarsa privacy propria dell'ambiente ospedaliero.

Il test somministrato conteneva una prima parte riguardante le generalità della gestante, e una seconda con 11 domande a risposta multipla, di cui 8 riguardanti la percezione del problema Tabagismo e 3 che raccoglievano informazioni sul consumo di sigarette prima e durante la gravidanza. Infine, veniva richiesta una valutazione perso-

nale sulla propria capacità di risolvere definitivamente il problema, dandosi un punteggio da 1 a 10 (autoefficacia). Il test è stato somministrato generalmente a gestanti non in travaglio cui veniva richiesto di firmare un consenso al trattamento dei dati personali a fini scientifici e non commerciali. Il test è stato somministrato a donne fumatrici e non per confrontare la diversa percezione da parte delle gestanti riguardo i danni provocati dal fumo sul feto.

## RISULTATI E DISCUSSIONE

L'età media delle pazienti intervistate è risultata essere 31 anni, la scolarità prevalente è stata quella medio-superiore, tutte le pazienti vivevano con il partner. La parità più frequente era 0/0/0/0 (prima gravidanza) e l'attività lavorativa più frequentemente svolta era quella impiegatizia. Sul totale delle 115 pazienti intervistate 51 (44%) sono risultate fumatrici e di queste 18 avevano smesso di fumare in gravidanza. La media di sigarette fumate prima della gravidanza è risultata 15 sigarette al giorno.

Per quanto riguarda le restanti 33, 17 donne (pari al 59%) intervistate avevano ridotto notevolmente il numero di sigarette fumate (5 o meno al giorno) mentre 12 gestanti avevano ridotto in maniera meno significativa il consumo di tabacco.

Spesso i partner delle nostre gestanti sono risultati essere non fumatori; la maggior parte delle intervistate ha affermato che il fumare regolarmente può essere considerato una dipendenza (tab. 6), e questo indica un buon livello di consapevolezza.

In generale, peraltro, il fumo viene considerato dalle pazienti molto dannoso sia durante la gravidanza, per i danni a carico del prodotto del concepimento, che al di fuori di essa (tab. 3). Le donne hanno tutte affermato di voler allattare il loro bambino (tab. 7) e, da quanto emerge dalla ricerca, tutte giudicano il fumo durante l'allattamento molto dannoso (tab. 9).

Il quesito "cosa pensi di fare riguardo al fumo dopo la gravidanza" le tre opzioni hanno portato ai seguenti risultati:

- Il 6% delle donne fumatrici pensa di riprendere a fumare ma non all'interno della propria abitazione;
- Il 21.5% delle donne fumatrici ritiene che riprenderà a fumare ma non in presenza del bambino;
- Il 72.5% delle gestanti che fumavano prima della gravidanza pensano di non ricominciare a fumare. (tab. 8).

Per concludere, riguardo l'autoefficacia, cioè quanto la paziente valuta la propria capacità (da 1 a 10) di riuscire a diventare non fumatrice abbiamo totalizzato i seguenti punti:

- 1\_2 pazienti (3.9%)
- 2\_1 paziente (2%)
- 3\_6 pazienti (11.7%)
- 4\_1 paziente (2%)
- 5\_10 pazienti (19.6%)
- 6\_4 pazienti (7.8%)
- 7\_7 pazienti (13.7%)
- 8\_8 pazienti (15.7%)
- 9\_1 paziente (2%)
- 10\_11 pazienti (21.6%)

Ben 31 pazienti (60.8%) si danno un voto alto, al di sopra del 6. Se aggiungiamo anche i 5, abbiamo addirittura l'80,4%. Questo va considerato un risultato molto positivo, perché un buon livello di autostima è essenziale per una buona riuscita nell'affrontare un problema di dipendenza.

Pur considerando che la condizione di non fumatrice risulta solo dalle dichiarazioni dei soggetti intervistati, l'aspetto che ci sembra decisamen-

te interessante è il fatto che, rispetto alla precedente indagine del 1998, si assiste, nel presente lavoro, a un calo notevole dell'incidenza del fumo in gravidanza, avendo solo l'1,9% di gestanti che non modificano il loro comportamento, rispetto al precedente 9%. Anche coloro che hanno ridotto notevolmente la quantità di sigarette fumate, risulta nettamente superiore rispetto allo studio del '98, poiché dal 38,2% siamo passati ad un valore pari al 59%.

Delle 115 donne intervistate solo di 85 siamo riusciti a distanza di tempo dalla somministrazione del test ad avere notizie riguardo il parto.

Delle 52 gestanti fumatrici intervistate solo di 41 abbiamo avuto informazioni; delle non fumatrici abbiamo avuto dati riguardanti il parto di 46 donne.

Delle gestanti fumatrici che in gravidanza avevano smesso di fumare l'età gestazionale media alla quale è stato espletato il parto è risultata 38 settimane; il punteggio medio di Apgar al 5' minuto è stato 9; il peso fetale medio è risultato 3016 gr. e l'espletamento del parto è risultato più frequente quello spontaneo (52,9%). Abbiamo riscontrato poi che nelle donne fumatrici che in gravidanza avevano ridotto la quantità di sigarette l'età gestazionale media alla quale è stato espletato il parto è risultata 36 settimane; il punteggio medio di Apgar al 5' minuto è stato 8; il peso fetale medio invece è risultato 2969 gr. e il taglio cesareo la modalità più frequente del parto (52,1%).

Per terminare, l'unica donna che in gravidanza aveva mantenuto inalterato il comportamento riguardo al fumo aveva partorito a 37 settimane di età gestazionale, con punteggio di Apgar al 5' minuto di 9; il peso fetale è risultato 2850 gr. e il parto è stato espletato spontaneamente.

Da quanto sopra esposto, si evince l'importanza di una strategia educativo-terapeutica volta a favorire l'abbandono definitivo del fumo da parte della donna che intenda diventare mamma e naturalmente analoga attenzione va ricercata nei rispettivi partner. In particolare, le linee guida dell'Istituto Superiore

di Sanità (9) rivolte agli operatori sanitari di primo livello fanno proprie le raccomandazioni sugli interventi consigliati dell'O.M.S. per la terapia del Tabagismo, si compendiano nelle classiche 5A:

### CONCLUSIONI

Considerando la speciale condizione di grande motivazione di una donna in stato di gravidanza e del suo partner, il Ginecologo e, ancora di più l'Ostetrica, sono le figure chiave nella strategia terapeutica di un problema di dipendenza tabagica, per stimolare le gestanti a trovare altre valide motivazioni (di salute, di benefici fisici, estetiche, economiche, ecc), o, se già presenti, per rinforzarle e farle mantenere nel tempo.

Il personale dovrebbe avere una formazione di base in merito, da acquisirsi durante il corso di studi, ma ciò accade, nel nostro paese, abbastanza sporadicamente e solo per iniziativa di singoli docenti motivati rispetto all'argomento Tabagismo. Sempre più frequentemente, peraltro, vengono promossi e organizzati corsi di formazione para e postuniversitari sul come trattare la patologia tabagica. Ove si incontrassero particolari difficoltà nel processo di disassuefazione, la donna - eventualmente la coppia - può essere inviata presso un centro di I° e II° livello, ove presente sul territorio. A tal proposito, è da tenere presente che presso l'Istituto Sup. di Sanità è attivo uno specifico sportello, contattabile me-

Per la gestante, il Ginecologo e l'Ostetrica sono figure chiave nella strategia terapeutica di un problema di dipendenza tabagica.

Il personale dovrebbe avere una formazione di base in merito, da acquisire durante il corso di studi.

E' importante che tali figure professionali siano sensibilizzate perché assumano dei comportamenti deontologicamente corretti, almeno in presenza dei pazienti, e che ad essi vadano offerti corsi di formazione specifici per implementare la loro formazione professionale.

dante un "numero verde", che si occupa, oltre che di fare un corretto counselling, di dare informazioni sul come raggiungere il più vicino "centro antifumo".

Un problema che va tenuto presente è il fatto che, purtroppo, nell'ambito del personale sanitario, che dovrebbe essere formato da operatori sensibili e preparati rispetto al tema in questione, assistiamo a una prevalenza di fumatori addirittura superiore a quella della popolazione generale. E' evidente che un operatore sanitario fumatore non può essere credibile quando dà ai pazienti/utenti informazioni e consigli in fatto di tabagismo. Risulta pertanto importante che tali figure professionali superspecializzate siano sensibilizzate perché assumano dei comportamenti deontologicamente corretti, almeno in presenza dei pazienti, e che ad esse vadano offerti, oltre che corsi di formazione specifici per implementare la loro formazione professionale, programmi di terapia per risolvere il proprio problema tabagico. ■

### Bibliografia

1. <http://progetti.iss.it>
2. Hruby D., Kachlik P.: Influence of maternal active and passive smoking during pregnancy on birthweight in newborn. Cent Eur J Public Health 2000; 8(4): 249-52
3. Wisborg K., Kesmodel U., Henriksen TB, Olsen SF, Secher NJ: A prospective study of smoking during pregnancy and SIDS. Arch Dis Child 2000; 83:203-6
4. Carollo F.: "Fumo di tabacco e riproduzione umana"
5. Jedrychowski W. E coll.: "Maternal smoking during pregnancy and postnatal exposure to environmental tobacco smoke as predisposition factor to acute respiratory infection", Environ Health Perspect, Mar, 105(3), p 302-6, 1997.
6. Van Voorhis B.J. e coll: "the effect of smoking on ovarian function and fertility during assisted reproduction cycles". Obstet Gynecol, nov, 88
7. Berta L. e coll.: "Smoking effects on hormonal balance of fertile women", Horm Res, 37 (1-2), p 45-8, 1992.
8. ISTAT 2004: "aspetti della vita quotidiana".