

CONFRONTO TRA DUE TEST PER LA SORVEGLIANZA DEI SINTOMI DEPRESSIVI NELLA POPOLAZIONE*

Paolo D'Argenio¹, Valentina Minardi¹, Nadia Mirante¹, Cristiana Mancini², Vincenza Cofini³, Anna Carbonelli³, Giancarlo Diodati⁴,
Carla Granchelli⁴, Massimo Oddone Trinito⁵, Emanuele Tarolla¹ e Antonella Gigantesco¹

¹Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma; ²ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila, L'Aquila;

³Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente, Università degli Studi dell'Aquila; ⁴ASL Pescara; ⁵ASL Roma C

SUMMARY (*Comparison of two tests for the surveillance of depressive symptoms in the population*) - PHQ-2 and PHQ-8, two tests for depression, were performed on a sample of 957 people aged between 18 and 69. We calculated sensitivity, specificity and predictive values of PHQ-2 (compared to PHQ-8), and prevalence ratios, for high-risk groups, obtained using both tests. PHQ-2 shows good sensitivity and specificity, but low positive predictive value, therefore the prevalence of depression is overestimated. Nevertheless PHQ-2 is able to recognize susceptible subgroups, though it underestimates the strength of association. With these limitations, PHQ-2 proves to be a valid tool for public health surveillance.

Key words: depressive disorders; surveillance; validity

antonella.gigantesco@iss.it

Introduzione

Secondo l'OMS, la depressione è la causa più importante di perdita di anni in buona salute per disabilità o morte prematura nei Paesi ad alto reddito. In Italia, la stima della prevalenza di depressione maggiore, a 12 mesi, tra le persone da 18 anni in su è pari al 3% (1).

Per orientare le decisioni di politica sanitaria è essenziale stabilire l'estensione dei disturbi depressivi nella popolazione, i cambiamenti nel tempo, le differenze geografiche e quelle tra gruppi della popolazione e, a tale scopo, la sorveglianza di popolazione sui rischi comportamentali rappresenta uno strumento disponibile e a basso costo (2). Tuttavia, i criteri descritti nel manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-IV-TR, valutati con un'intervista psichiatrica strutturata per porre una diagnosi di depressione maggiore, sono inapplicabili nel contesto della sorveglianza.

Uno degli strumenti più utilizzati è il Patient Health Questionnaire che, nella versione completa (PHQ-9), è composto da 9 domande con cui è possibile individuare la presenza di episodio depressivo maggiore con sensibilità 71-84% e specificità 90-97% (3). La validità della versione a 8 domande (PHQ-8) è allo stesso livello di quella del PHQ-9 (4).

In Italia, il sistema di sorveglianza sui rischi comportamentali PASSI (5), per calcolare l'indicatore della depressione nella popolazione, utilizza una versione ridotta del Patient Health Questionnaire che include solo le prime due domande (PHQ-2).

Con i dati di uno studio svolto nel 2010, in cui i sintomi depressivi sono stati rilevati sia con il PHQ-2 che con il PHQ-8, è stata valutata la validità del PHQ-2 nella sorveglianza di sanità pubblica.

Metodi

Il progetto Cometes (Conseguenze a medio termine del terremoto del 6 aprile 2009 sullo stato di salute della popolazione) ha stimato, tra l'altro, la prevalenza dei sintomi depressivi, intervistando telefonicamente, nel corso del 2010, un campione casuale di 957 assistiti di età 18-69 anni, residenti nei Comuni aquilani colpiti dal sisma e iscritti all'anagrafe sanitaria della ASL (6). Con il PHQ-8 si chiede al rispondente di indicare, facendo riferimento alle due settimane precedenti all'intervista, il numero di giorni in cui ha avuto: poco interesse o piacere nel fare le cose; un sentimento di depressione; difficoltà del sonno; senso di stanchezza; problemi dell'appetito; considerazione negativa di sé stesso; difficoltà a concentrarsi; lentezza o irrequietezza motoria. Rispetto alla versione a nove *item*, viene omessa una domanda che riguarda i pensieri suicidari o autolesionistici. Gli intervistati che rifiutano di rispondere anche a una sola domanda vengono esclusi.

Il numero di giorni è convertito, per ciascuna domanda, in punti: 0-1 giorni = 0 punti; 2-6 giorni = 1 punto; 7-11 giorni = 2 punti; 12-14 giorni = 3 punti. Una somma dei punti assegnati alle otto risposte con valore compreso tra 0 e 9 indica assenza di depressione o depressione lieve, men-

tre un valore superiore a 9 indica presenza di depressione. Il PHQ-2 è costituito dalle prime due domande. In questo caso, un punteggio complessivo tra 0 e 2 indica assenza di depressione, mentre un punteggio tra 3 e 6 indica presenza di depressione. In base al confronto con il PHQ-8 sono state stimate la sensibilità, la specificità e i valori predittivi del PHQ-2 e sono stati calcolati gli intervalli di confidenza di queste proporzioni.

Inoltre, sono state confrontate le prevalenze ottenute con l'uno e l'altro metodo, in gruppi considerati a maggior rischio di depressione, come le donne e le persone con difficoltà economiche, le persone senza lavoro regolare e quelle che riferiscono una malattia cronica (4) per verificare se la minore accuratezza del PHQ-2 fosse tale da impedire di apprezzare associazioni la cui importanza è ben nota. Le associazioni sono state valutate con il rapporto di prevalenza, corredato dell'intervallo di confidenza. Per le analisi è stato usato il *complex survey design* e i calcoli sono stati effettuati utilizzando i software STATA e Open-EPI.

Risultati

Il tasso di risposta è stato del 91,2% e il tasso di rifiuto del 4,3%. Dei 957 intervistati, il 49% erano uomini, il 29% erano giovani tra 18 e 34 anni, il 32% aveva tra 35 e 49 anni e il restante 39% aveva tra 50 e 69 anni.

Tra gli intervistati, 20 persone (pari al 2,1%) non hanno risposto a entrambe le domande del PHQ-2. Includendo ►

(*) La ricerca è stata finanziata dal CCM-Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute nell'ambito del progetto Conseguenze a medio termine del terremoto del 6 aprile 2009 sullo stato di salute della popolazione (Cometes)

costoro, il totale di rispondenti che non hanno risposto a una o più delle domande del PHQ-8 è stato di 62 (6,5%). Pertanto, le analisi che confrontano PHQ-2 e PHQ-8 riguardano 895 rispondenti.

La prevalenza di positivi al PHQ-2 è pari a 15,7% (IC95% 13,5-18,1), mentre la prevalenza di positivi al PHQ-8 è pari a 5,8% (IC95% 4,4-7,6).

Un totale di 52 intervistati sono classificati come affetti da sintomi di depressione secondo il PHQ-8, mentre ben 138 sono classificati con sintomi di depressione con il PHQ-2 (Tabella 1).

La sensibilità del PHQ-2 è risultata pari al 98,1% (IC95% 89,9-99,7) e la specificità pari all'89,7% (IC95% 87,4-91,6). Considerando il valore del PHQ-2 per quanto riguarda la classificazione del singolo individuo, il valore predittivo positivo è stato del 37,0%, mentre il valore predittivo negativo è stato pari al 99,9%.

Nella Tabella 2 sono riportati i valori di prevalenza e i rapporti di prevalenza (RP)

in gruppi particolarmente vulnerabili. In ogni strato, la prevalenza di depressione misurata con PHQ-2 è risultata 2-3 volte maggiore di quella misurata con il PHQ-8.

Gli RP, misurati con il PHQ-8, sono tutti maggiori di 1 (Tabella 2); quelli per genere, difficoltà economiche, e condizione di lavoro sono risultati statisticamente significativi, mentre quello per presenza di malattie croniche (1,3) non è statisticamente significativo. I valori dell'RP, misurati con il PHQ-2, mostrano le stesse associazioni rispetto a quelli misurati con il PHQ-8, anche se sono sistematicamente più bassi.

Discussione

La sorveglianza dovrebbe essere il più possibile accettabile, sostenibile e sensibile (7). Il PHQ-2 è risultato più accettabile in virtù di un minor numero di mancate risposte e, dal punto di vista della sostenibilità, il risparmio di sei domande rappresenta un vantaggio in termini di tempo necessario per l'intervista.

La sensibilità, considerata a livello individuale, è la proporzione di veri casi diagnosticati, mentre a livello della popolazione è la capacità di riconoscere i cambiamenti del fenomeno sotto sorveglianza nel tempo, nello spazio e tra gruppi di popolazione (7).

A livello degli individui, questo studio ha mostrato che, nei confronti del PHQ-8, il PHQ-2 classifica bene le persone che non sono affette da depressione, grazie all'elevato valore predittivo negativo. Invece il PHQ-2, applicato alla popolazione generale, quando segnala la presenza di depressione risulta poco affidabile, per la presenza di circa un 10% di falsi positivi. A livello della popolazione, la presenza dei falsi positivi provoca una sovrastima della prevalenza di depressione misurata col PHQ-2 che risulta 2-3 volte maggiore rispetto a quella misurata col PHQ-8. Se a questo si aggiunge il fatto che lo stesso PHQ-8 nella popolazione generale presenta una percentuale di falsi positivi rispetto al *gold standard* (4), la sovrastima della prevalenza di depressione dovrebbe essere ancora maggiore.

Tuttavia, dal punto di vista della sensibilità del sistema di sorveglianza, il PHQ-2 conferma (8, 9) una performance simile al PHQ-8, perché è in grado di individuare i gruppi a maggior rischio, anche se la forza dell'associazione è lievemente minore.

Lo studio tuttavia non ha effettuato un confronto del PHQ-2 con un vero *gold standard*, ma con uno strumento utilizzato e validato come il PHQ-8 (2, 4). D'altro canto i punti di forza sono il fatto che l'indagine è stata svolta in difficili condizioni di campo e il fatto che i risultati sono coerenti con quelli di altri studi (8, 9).

In conclusione, il PHQ-2, quando applicato alla popolazione generale, è più accettabile e sostenibile rispetto ad altri test. PHQ-2 produce un indicatore che sovrastima la prevalenza di depressione, ma è in grado di apprezzare le differenze tra gruppi a maggior rischio, per cui si conferma uno strumento valido per i fini propri della sorveglianza della depressione. ■

Riferimenti bibliografici

1. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, *et al.* Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291(21):2581-90.
2. Strine TW, Mokdad AH, Balluz L, *et al.* Depression and anxiety in the United States: findings from the 2006 behavioral risk factor surveillance system. *Psychiatr Serv* 2008;59(12):1383-90.

Tabella 1 - Accuratezza di PHQ-2 in confronto a PHQ-8

PHQ-2	PHQ-8		Totale intervistati	Valore predittivo
	Sintomi di depressione	Negativo		
Sintomi di depressione	51	87	138	37,0% (29,4-45,3)
Negativo	1	756	757	99,9% (99,3-99,9)
Totale intervistati	52	843	895	

Tabella 2 - Confronto di prevalenza di depressione, misurata con PHQ-2 e PHQ-8, per fattori associati alla depressione

Fattori associati alla depressione	PHQ-8			PHQ-2		
	n.	Prevalenza (IC95%)	Rapporto prevalenze (IC95%)	n.	Prevalenza (IC95%)	Rapporto prevalenze (IC95%)
<i>Genere</i>						
Uomini	448	3,3 (2,0-5,3)	-	464	11,0 (8,4-14,1)	-
Donne	447	8,3 (6,0-11,1)	2,5 (1,4-4,4)	473	20,3 (16,9-24,1)	1,9 (1,4-2,5)
<i>Difficoltà economiche</i>						
Nessuna	471	2,8 (1,5-4,6)	-	487	10,1 (7,6-13,0)	-
Alcune o molte	421	9,3 (6,8-12,3)	3,4 (1,8-6,2)	447	21,9 (18,3-25,9)	2,2 (1,6-3,0)
<i>Lavoro</i>						
Regolare	522	4,0 (2,6-6,0)	-	543	13,3 (10,6-16,3)	-
Non regolare	325	8,9 (6,2-12,4)	2,2 (1,3-3,8)	345	20,0 (16,0-24,3)	1,5 (1,1-2,0)
<i>Malattie croniche*</i>						
Nessuna	758	5,4 (4,1-7,4)	-	795	14,8 (12,5-17,4)	-
Una o più	137	7,3 (3,8-12,6)	1,3 (0,7-2,6)	142	20,4 (14,4-27,7)	1,4 (1,0-2,0)
Tutto il campione	895	5,8 (4,4-7,5)		937	15,7 (13,4-18,2)	

(*) Malattie cardiovascolari, respiratorie, neoplastiche, renali, epatiche e diabete

3. Wittcampf KA, Naeije L, Schene AH, *et al.* Diagnostic accuracy of the mood module of the patient health questionnaire: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2007;29(5):388-95.
4. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL, *et al.* The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *J Affect Disord* 2009;114(1-3):163-73.
5. Baldissera S, Camprostrini S, Binkin N. Features and initial assessment of the Italian behavioral risk factor surveillance system (PASSI), 2007-2008. *Prev Chronic Dis* 2011;8(1):A24.
6. Gigantesco A, Mirante N, Granchelli C, *et al.* Psychopathological chronic sequelae of the 2009 earthquake in L'Aquila, Italy. *J Affect Disord* 2013. doi: 10.1016/j.jad.2012.12.006. [Epub ahead of print].
7. Groseclose S, German R, Nsubuga P. Evaluating public health surveillance. In: Lee L, Teutsch S, Thacker S. (Ed.). *Principles and practice of public health surveillance*. New York: Oxford University Press; 2010. p. 166-97.
8. Löwe B, Kroenke K, Gräfe K. Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *J Psychosom Res* 2005;58(2):163-71.
9. Jiang Y, Hesser JE. A comparison of depression and mental distress indicators, Rhode Island behavioral risk factor surveillance system, 2006. *Prev Chronic Dis* 2011;8(2):A37.

EFFETTI FAVOREVOLI DELL'ALLATTAMENTO AL SENO SULL'ABITUDINE AL FUMO DELLE MADRI NELLA PROVINCIA DI RIETI

Margherita Sbarbati

UOS Medicina Preventiva dell'Età Evolutiva, Dipartimento Materno Infantile, ASL Rieti

SUMMARY (*Beneficial effects of postpartum breastfeeding on smoking habits in the province of Rieti - Italy, 2010*) - The aims of this population-based survey are to explore prevalences and changes in smoking behaviour of mothers in the province of Rieti, before, during, and at 3, 6 months after pregnancy, and to investigate factors associated with smoking cessation after pregnancy, and the relationship between breastfeeding and smoking habits. Data of this study show a strong association between maintenance of postpartum smoking abstinence and breastfeeding that was found even after controlling for other predictors.

Key words: smoking; breastfeeding; smoking cessation

m.infantile@asl.rieti.it

Introduzione

L'esposizione al fumo di tabacco in gravidanza è associata ad aumento di complicazioni prevenibili della gravidanza stessa (placenta previa, aborto spontaneo, parto prematuro, mortalità perinatale) e della prima infanzia, quali il rischio di sindrome della morte improvvisa del lattante e di patologie respiratorie, cardiovascolari, neurocomportamentali nel neonato e nel bambino (1, 2). Sebbene nel triennio 2008-10 sia segnalata una diminuzione della prevalenza dell'abitudine al fumo in Italia, emerge che nel Lazio la prevalenza di donne fumatrici è più alta di quella di altre regioni (29%), con un divario uomini-donne inferiore alla media nazionale (3), con frequenze più elevate tra le donne nella fascia d'età 18-34 anni, associate a livelli socioeconomici più bassi; inoltre, un quinto dei bambini risulta esposto al fumo passivo dei genitori. Si stima che circa il 60% delle donne smette di fumare in gravidanza, ma una buona percentuale di madri riprende il fumo subito dopo il parto o nei primi mesi di vita del bambino (1, 4).

Nell'ambito di un'indagine su prevalenza, esclusività e durata dell'allattamento al seno (AS) nel territorio, si sono valutati i cambiamenti del comportamento rispetto all'abitudine al fumo delle donne reatine nei primi mesi del postpartum in previsione dell'avvio di un progetto rivolto alle neomamme, mirante a favorire anche l'adozione di stili di vita salutari, primo fra tutti l'astensione dal fumo di sigaretta.

Metodi

Nel secondo semestre 2010 è stato (auto)somministrato un questionario a tutte le madri di neonati residenti presenti negli ambulatori vaccinali in occasione della 1^a vaccinazione al 3^o mese di vita del figlio e, in seguito, per una seconda somministrazione alle stesse donne, in occasione della 2^a vaccinazione al 5^o-6^o mese. Fra l'altro, si chiedeva se le donne avessero fumato regolarmente (e quante sigarette al giorno) prima, durante la gravidanza, nel postpartum e nei due momenti dell'intervista. Il tipo di allattamento, studiato con 4 quesiti secondo le indicazioni dell'OMS, ha permesso di ricostruire a posteriori 4 categorie standard di allattamento: esclusivo, predominante, complementato e non AS. Sono state infine misurate l'età, la cittadinanza, la scolarità e lo stato lavorativo delle madri in entrambi i momenti e la frequenza a un corso di accompagnamento alla nascita (CAN). Per le variabili oggetto di studio sono state eseguite analisi di frequenza e testate le differenze con il χ^2 . Con il programma STATA 11, sono stati costruiti modelli di regressione logistica multivariata per la stima di odds ratio (OR) e relativi intervalli di confidenza (IC) al 95% per le associazioni tra abitudine al fumo prima della gravidanza, al 3^o e al 5^o mese del postpartum, l'AS nei due momenti dell'intervista e altre variabili d'esposizione.

Risultati

Alla 1^a vaccinazione sono stati raccolti 320 questionari (tasso di partecipazione 86% rispetto ai vaccinabili nel periodo considerato) e alla 2^a vaccinazione sono state reintervistate 185 madri. Le stime della prevalenza dell'abitudine al fumo e delle categorie di allattamento alla 1^a vaccinazione (Tabella) si riferiscono alle sole donne che avevano risposto a entrambi i questionari. Per completezza, tra parentesi, vengono riportate le prevalenze stimate al 3^o mese sul totale delle 320 madri. Non si evidenziano significative differenze per le variabili nel gruppo di madri perse al follow up, rispetto alle partecipanti, anche alla seconda intervista. L'età mediana è 33 anni (range 18-44 anni). La prevalenza di qualsiasi AS sul campione totale è 65,5% (65,9%) al 3^o mese di vita e 51,7% al 5^o. Il 33,1% (33,5%) delle madri fumava prima della gravidanza, con prevalenze più alte ($p = 0,004$) tra le primipare (40,2% del campione ristretto, 39,2% del campione totale); il 12,6% (10,3%) delle madri intervistate ha dichiarato di aver continuato a fumare anche in gravidanza. Al 3^o mese di vita del bambino il 62,9% delle donne che fumavano prima della gravidanza interrompe e la prevalenza di donne fumatrici scende al 14,5% (14,6%), con tassi significativamente diversi tra le madri che allattano e quelle che non allattano (9,2% vs 25%). Al 5^o mese fuma il 15,5% delle madri (l'8,9% tra quelle che allattano, il 22,6% tra quelle che non allattano). ▶

Tabella - Fattori associati con l'abitudine al fumo della madre prima della gravidanza e nei 6 mesi postpartum nelle donne di età 18-44 anni della provincia di Rieti (2° semestre 2010)

Fattori di esposizione	Modelli logistici per l'abitudine al fumo della madre (n. 185)								
	Prima della gravidanza			Al 3° mese del bambino			Al 5°-6° mese del bambino		
	%	OR	IC 95%	%	OR	IC 95%	%	OR	IC 95%
Madri fumatrici	33,1			14,6			15,5		
Età									
< 24 anni	47,6	1		27,8	1		25,0	1	
24-34 anni	31,3	0,5 ^a	0,3-0,9	8,7	0,2 ^a	0,1-0,6	14,6	0,5	0,2-1,4
≥ 35 anni	26,9	0,4 ^a	0,2-0,7	12,4	0,4 ^a	0,2-0,8	11,4	0,4	0,1-1,0
Parità									
primipara	40,2	1		12,8	1		17,9	1	
multipara	24,6	0,4 ^a	0,2-0,7	16,8	1,1	0,6-2,2	12,7	0,4	0,1-1,0
Occupazione									
Casalinga/in attesa di occupazione	43,5	1		23,2	1		16,2	1	
Lavoro part time	26,8	0,4	0,2-1,1	11,9	0,5	0,2-1,4	5,9	0,4	0,1-2,0
Lavoro a tempo pieno	24,6	0,4 ^a	0,2-0,7	8,1	0,4 ^a	0,1-0,8	7,1	0,6	0,2-1,6
Scolarità									
scuola primaria	40,7	1		28,8	1		19,3	1	
scuola secondaria	36,6	1,1	0,6-2,2	14,8	0,5	0,2-1,1	18,9	1,1	0,3-3,2
laurea	23,0	0,4 ^a	0,2-0,9	5,9	0,2 ^a	0,1-0,6	8,5	0,5	0,1-1,7
Partecipazione ai CAN ^b									
No		-		18,3	1		15,8	1	
Sì		-		6,9	0,3 ^a	0,1-0,7	13,8	0,8	0,3-2,0
Qualsiasi allattamento al seno ^c									
No		-		25	1		22,6	1	
Sì		-		9,2	0,3 ^a	0,1-0,5	8,9	0,3 ^a	0,1-0,8

(a) Associazione statisticamente significativa con $p < 0,05$; (b) CAN: corso di accompagnamento alla nascita; (c) Allattamento nelle 24 ore precedenti rispettivamente, al 3° e al 5°-6° mese

Il numero medio di sigarette fumate giornalmente è 12,2 (deviazione standard - DS ± 4,4), prima della gravidanza, 9,4 (DS ± 4,3) al 3° mese e 9,7 (DS ± 4,2) al 5° mese, per le mamme che non allattano, mentre 6,1 (DS ± 3) e 4,4 (DS ± 2) rispettivamente al 3° e 5° mese del postpartum per le madri che allattano al seno.

L'analisi multivariata applicata al campione di donne che hanno compilato entrambi i questionari (Tabella) ha evidenziato come età, livello elevato di scolarizzazione e condizione lavorativa a tempo pieno siano significativamente associate a una maggiore astensione dal fumo, sia prima sia dopo il parto. L'AS, qualunque esso sia, mostra un significativo effetto protettivo rispetto all'abitudine al fumo, indipendentemente dagli altri fattori considerati, sia al 3° che al 5° mese (odds ratio aggiustata - ORa 0,3). La partecipazione ai CAN mostra invece un effetto protettivo soprattutto nei primi mesi del postpartum (ORa 0,3).

Conclusioni

La prevalenza di fumatrici nel territorio della provincia di Rieti risulta particolarmente elevata, più alta della media nazionale e, in linea con la letteratura (5),

maggiormente soprattutto tra le più giovani, senza figli, in condizioni socio-economiche meno agiate. Lo studio conferma come la gravidanza sia associata a un alto tasso di cessazione dal fumo, seppur inferiore nelle donne che hanno già avuto figli, nettamente più alto tra le donne che allattano al seno. Studi epidemiologici dimostrano che le ricadute nel postpartum possono interessare fino all'85% delle madri e che la ripresa dell'abitudine al fumo spesso avviene entro 2-8 settimane dalla nascita del figlio; le donne fumatrici presentano inoltre un rischio raddoppiato di interrompere l'AS nelle 10 settimane successive al parto (6). Sostenere quindi gli sforzi delle madri a mantenere l'astinenza dal fumo dopo la nascita del proprio figlio potrebbe aiutare a prolungare la durata dell'AS. D'altro canto, la forte associazione che il nostro studio evidenzia tra AS e abitudine tabagica al 3° e al 5° mese, dimostra anche come la promozione di questa pratica possa avere, a sua volta, un ruolo favorevole sul mantenimento dell'astensione dal fumo. Si raccomanda infatti agli operatori sanitari di incoraggiare l'AS per indurre le madri a smettere di fumare (7).

I servizi vaccinali del consultorio e le visite domiciliari alla puerpera nelle setti-

mane successive al parto sono un ambito in cui, accanto alla promozione dell'AS, è possibile effettuare anche counselling antitabagico. Se infatti le donne sono incoraggiate a smettere di fumare durante le visite prenatali, non altrettanto avviene nel postpartum, in cui l'attenzione dei pediatri è rivolta alla salute del neonato e non alle abitudini tabagiche delle madri. Il counselling breve, cioè l'azione strutturata a sostegno del cambiamento comportamentale, in questo momento critico, potrebbe essere un intervento semplice, di basso costo e grande efficacia, soprattutto se effettuato da parte di personale sanitario adeguatamente preparato. ■

Riferimenti bibliografici

1. Hackshaw A, Rodeck C, Boniface S. Maternal smoking in pregnancy and birth defects: a systematic review based on 173 687 malformed cases and 11.7 million controls. *Hum Reprod Update* 2011;17(5):589-604.
2. Hwang SH, Hwang JH, Moon JS, et al. Environmental tobacco smoke and children's health. *Korean J Pediatr* 2012;55(2):35-41.
3. Sistema di Sorveglianza PASSI - Rapporto Regionale Lazio 2010 (www.asplazio.it/asp_online/tut_soggetti_deb/sis_sorv_passi/sis_sorv_passi_in dex.php?menu=s36).
4. Lauria L, Lamberti A, Grandolfo M. Smoking behaviour before, during, and after pregnancy: the effect of breastfeeding. *ScientificWorldJournal* 2012;154910.
5. Kendzor DE, Businelle MS, Costello TJ, et al. Breastfeeding is associated with postpartum smoking abstinence among women who quit smoking due to pregnancy. *Nicotine Tob Res* 2010; 12(10):983-8.
6. Phillips RM, Merritt TA, Goldstein MR, et al. Prevention of postpartum smoking relapse in mothers of infants in the neonatal intensive care unit. *J Perinatol* 2012;32(5):374-80.
7. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115(2):496-506.

Comitato scientifico

Chiara Donfrancesco, Lucia Galluzzo, Ilaria Lega, Marina Maggini, Luigi Palmieri, Alberto Perra, Francesco Rosmini, Arianna Dittami
 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

Comitato editoriale

Paola De Castro, Carla Falalli, Alberto Perra, Stefania Falmaso
 e-mail: ben@iss.it