

7. RESTRIZIONI E DIVIETI

	Autore	Rivista	Tipo di studio	Popolazione	Risultati	Rischio di bias	Note	Qualità evidenza
7.1	Pacifici 2010	www.Rapporto ISS	Survey trasversale telefonica	campione casuale di 3020 adulti	Parere favorevole alle seguenti misure di prevenzione: aumento del costo di sigarette (68,4%), estensione divieto di fumare (74,7%), divieto di vendita ai minori di 18 anni (81,2%).		Nel documento non sono specificate le metodiche di selezione del campione	-
7.2	Gallus 2007	Preventive Medicine	Time-series design	9203 adulti (18+) estratti da 147 comuni di tutte le 20 regioni italiane	La prevalenza di fumatori diminuisce da 26.2% nel 2004, a 25.6% in 2005 a 24.3% nel 2006. La riduzione di prevalenza registrata nel 2005–2006 rispetto a quella del 2003–2004 è risultata statisticamente significativa nella popolazione generale, negli uomini e nei soggetti son 15-44 anni.	Buona rappresentatività popolazione italiana		+
7.3	Cullinan 2010	Cochrane Review	Revisione sistematica	50 studi, di cui 24 coorte e 18 trasversali. No RCT	L'approvazione delle politiche antifumo e la compliance è aumentata dopo l'applicazione dei divieti di fumare. Tali divieti hanno prodotto anche una riduzione della quantità di sintomi respiratori e sensoriali riportati dai pazienti. I lavoratori hanno beneficiato di una ridotta esposizione al fumo passivo			++

	Autore	Rivista	Tipo di studio	Popolazione	Risultati	Rischio di bias	Note	Qualità evidenza
7.4	Barone-Adesi 2006	European Heart Journal	Pre-post design con controllo temporale	4 milioni di abitanti in Piemonte	922 ricoveri per infarto miocardico acuto prima del divieto di fumo, 832 dopo; AOR = 0.89, IC 95% 0.81-0.98.	Confondenti considerati: solo età e sesso.	Studio monocentrico	++
7.5	Albers 2004	Tobacco Control	Studio trasversale	1147 giovani 12-17 anni e 2116 adulti	I ragazzi che provengono da città dotate di regolamentazione antifumo severa percepiscono una prevalenza fumatori inferiore rispetto ai ragazzi provenienti da città con regolamentazione più permissiva (OR 1,71; IC 95% 1,02 -2,84), e un'inferiore accettazione del fumo (OR 2,00; IC 95% 1,29-3,08). Gli adulti provenienti da città con regolamentazione severa percepivano il fumo nei ristoranti (OR 2,19; IC 95% 1.58-3,02) o nei bar (OR 2,51, IC 95% 1,90-3,31) come inaccettabile socialmente.			+
7.6	Siegel 2008	Arch Pediatr Adolesc Med.	Studio prospettico di coorte	3834 adolescenti USA da 12 a 17 anni al baseline. Follow-up a 2 e 4 anni.	I giovani che al baseline vivevano in città con una forte regolamentazione antifumo nei ristoranti hanno un'odds significativamente inferiori di progredire dalla fase di sperimentazione a quella di abitudine consolidata al fumo rispetto a coloro che vivevano in città con una regolamentazione	Buon controllo dei possibili confondenti	Studio monocentrico	+

	Autore	Rivista	Tipo di studio	Popolazione	Risultati	Rischio di bias	Note	Qualità evidenza
					permissiva (OR 0.60; IC 95% 0.42-0.85).			
7.7	Schnohr 2008	Addiction	Studio trasversale	92 217 studenti 11-15 anni dallo studio HBSC	Autolimitazione su base volontaria accresce gli <i>odd</i> di fumare rispetto al divieto per legge sia nei maschi (OR 1,49; IC 95% 1,01–2,18) sia nelle femmine (OR 1,48; IC 95% 1,11–1,98)			+

Qualità dell'evidenza	
1. Disegno dello studio - 4. Uno di buona qualità o una revisione di RCT - 3. un RCT di qualità sub ottimale - 2. uno studio osservazionale di buona qualità (coorte, ITS) o una revisione - 1. uno studio di qualità sub ottimale (B&A, trasversale)	2. caratteristiche che abbassano la qualità - bias (-1 o -2) - inconsistenza (-1 o -2) - outcomes indiretti (-1 o -2) - imprecisione (-1 o -2)
3. caratteristiche che alzano la qualità - dimensione dell'effetto (+1 o +2) - gradiente dose-risposta (+1) - aggiustamento per tutti i confondenti plausibili (+1)	Qualità dell'evidenza - +++ la maggior parte dei criteri di qualità è soddisfatta - ++ molti criteri soddisfatti - + alcuni criteri soddisfatti - – pochi o nessun criterio soddisfatto