

Il problema del fumo nelle carceri

The problem of smoking in prisons

Giovanni Pistone, Vincenzo Zagà, Liborio M. Cammarata

Riassunto

Il divieto di uso del tabacco negli Istituti di pena è una pratica legislativa che si sta diffondendo nel mondo alla luce del fatto che questa condizione migliora la qualità dell'ambiente carcerario e della vita di chi in quell'ambiente lavora o sconta una pena. Considerando che il tabagismo è una dipendenza patologica e che in generale il tasso di fumatori tra i detenuti è molto alto, occorre considerare che spesso il rispetto del divieto genera problematiche da affrontare con un approccio diagnostico-terapeutico mirato unitamente ad un chiaro rispetto delle regole. La letteratura suggerisce che i vantaggi riscontrati nei luoghi di pena ove il divieto è in vigore sono tanto più significativi quanto più esso interessa l'uso del tabacco "in toto" sia all'interno che nelle pertinenze del carcere, quando vi è una forte vigilanza per farlo rispettare e quando sono svolte azioni di contrasto al mercato nero. Infine, quando presenti, i programmi di disassuefazione svolti all'interno delle prigioni rafforzano e facilitano il rispetto del divieto tra i detenuti.

Parole chiave: Carceri, fumo di tabacco, fumo passivo, divieto di fumo, smettere di fumare.

Abstract

Cigarette smoking ban in prisons is a very common legal procedure which is spreading worldwide in the light of the fact that this condition gives higher quality to the prison environment and to life of those who work or who serve a sentence in that context. Considering that daily smoking is a pathological dependence and that generally the prevalence of smokers among convicts is very high, it must be considered that often compliance with the ban is an issue that must be taken in account by means of a diagnostic and treatment approach together with a clear enforcement of the rules. Scientific literature suggests that when rules are enforced either indoor and outdoors of the prison compound, when there always is a strong supervision upon the rules, and when there is a strong counter action against black marketing, there are many significant advantages. Finally, when available, smoking cessation programmes strengthen and enhance compliance with the ban among inmates.

Keywords: Prisons, tobacco smoking, secondhand smoke, smoking ban, smoking cessation.

Introduzione

Da alcuni anni sono state emanate ed adottate in diversi Paesi del mondo leggi e dispositivi governativi che contrastano il fumo di tabacco nei luoghi pubblici e negli ambienti di lavoro. Tale trend appare in costante crescita, considerato che l'evidenza scientifica mostra come tali condizioni proteggano centinaia di milioni di persone dagli effetti del fumo passivo. Una recentissima revisione, effettuata su ben 77 trials ed espressione di aggiornamento dei dati di un analogo studio condotto nel 2010 [1,2], ha consolidato l'evidenza che i divieti

legislativi di fumare nei luoghi chiusi hanno apportato miglioramenti sensibili nella salute pubblica, soprattutto per quanto riguarda le cardiopatie ischemiche, mentre non si sono ottenuti i risultati attesi riguardo alla mortalità perinatale ed alla prevalenza dei tabagisti sul territorio. Un editoriale della Redazione di Lancet [3], espone i dati provenienti da un esteso report britannico realizzato dal Royal College of Physicians and Paediatrics sull'inquinamento ambientale ove si sottolinea l'enorme impatto del fumo di sigaretta sulla qualità dell'aria e le significative ricadute sulla

salute pubblica, soprattutto delle generazioni future.

Tuttavia esistono ancora dei punti controversi. Le carceri ad esempio, sono non solo luoghi di lavoro ma anche vere e proprie abitazioni per persone costrette a viverci per un più o meno lungo periodo di tempo. Tali istituti rappresentano quindi una sorta di "frontiera" ove tali leggi sono applicate talora con riserve e difficoltà, poiché si prestano a dei comprensibili contenziosi tra fumatori intenzionati a continuare ed i non fumatori, gli ex-fumatori o i fumatori intenzionati a smettere di usare il tabacco. Però,

se da una parte è facilmente intuibile come la materia del "divieto" in luoghi così particolari e carichi di connotati specifici rispetto agli altri dia adito a diversi tipi di lettura e di riflessione, non bisogna dimenticare che essa riguarda non solo i detenuti e lo staff penitenziario ma anche il concetto di salute pubblica, considerando che non si tratta di una popolazione da ascrivere ad una categoria a sé stante, ma ad un contesto comunitario.

Perché le prigioni smoke-free?

Il divieto di fumo negli Istituti penitenziari è principalmente legato alla necessità di proteggere detenuti e lavoratori non fumatori dagli effetti del fumo passivo. Nel 1993 la Corte Suprema USA ha dichiarato che un detenuto non fumatore costretto a subire il fumo passivo durante la sua carcerazione è sottoposto ad una "punizione crudele e inusuale" che va oltre l'espiazione della pena prevista e che viola i diritti del prigioniero contenuti nell'Ottavo Emendamento. Stessa condizione, anche se in base ad aspetti diversi, può essere invocata da coloro che lavorano negli Istituti. La FCTC dell'OMS, ovvero la convenzione che sintetizza ed aggiorna la Legge Quadro sulla salute pubblica, nell'articolo 8 [4], identifica i Governi delle Nazioni come tutori diretti della salute pubblica rispetto alle azioni del fumo passivo nei luoghi pubblici chiusi, nei mezzi di trasporto e nei luoghi di lavoro. Quando i Paesi aderenti a tale convenzione hanno unanimemen-

te adottato a partire dal 2007 tali raccomandazioni, hanno anche focalizzato l'attenzione sull'obbligo di fornire una protezione "universale" in posti particolari "...*Grande attenzione deve essere rivolta ai luoghi di lavoro che sono anche abitazioni coatte per particolari categorie di persone come gli istituti di igiene mentale, le case di riposo ed i luoghi di detenzione. In questi posti dev'essere fornita protezione ai non fumatori che sono costretti a viverci per lavoro o per l'espiazione della pena e dev'essere incoraggiata la cessazione del fumo nei soggetti fumatori sufficientemente motivati a smettere...*". Nel mondo i detenuti "ufficiali" sono circa 10 milioni, con un'alta prevalenza di fumatori, compresa tra il 64 e l'92% a seconda del Paese tra USA, Australia ed Europa [5] (in Italia circa il 70%, contro il 20,5% circa della popolazione generale). L'alta prevalenza di fumatori sembra correlata all'elevato tasso di disturbi mentali, presente nell'80% dei casi in Inghilterra e che va dalle sindromi ansioso-depressive alle depressioni maggiori fino a disturbi di personalità più o meno gravi [6], al basso ceto sociale di provenienza ed al mediocre livello culturale medio. Tra le mura della prigione, dove i detenuti e gli agenti di Polizia Penitenziaria passano la maggior parte delle loro giornate e dove la ventilazione è talora insufficiente, il rischio degli effetti del fumo passivo è notevole. La carcerazione appare di per sé essere una condizione che conduce i non fumatori o gli ex fumatori ad iniziare ad usare tabacco così come i fumatori ad incrementare il numero di sigarette quotidiane fumate. Peraltro, come è vero che ogni forma di dipendenza non si cura mai veramente con il divieto di praticarla, sembra quasi un paradosso che i luoghi di detenzione, rappresentino dei setting quasi ideali per promuovere la smoking cessation attraverso dei programmi di disassuefazione, che avrebbero ricadute positive anche sulla salute pubblica, considerando che la mag-



gior parte dei detenuti una volta scontata la pena, torneranno liberi cittadini. Gli altri vantaggi del divieto sono legati al miglioramento della salute dei detenuti fumatori, alla riduzione dei contenziosi legali e del rischio di incendi, al decremento dei costi sanitari nelle prigioni riferibili a patologie fumo-correlate così come all'abbassamento dei costi assicurativi.

Effetti positivi delle azioni smoke-free nelle carceri

Per suffragare oggettivamente gli intuibili benefici del divieto di fumo sono stati condotti degli studi che hanno indagato la questione rispetto a diversi punti di vista. In uno di questi, condotto tra il 2001 ed il 2011 e che ha raccolto dati provenienti da tutte le carceri statunitensi, è stata rilevata una significativa riduzione della mortalità intracarceraria attribuibile al fumo [7]. Le più comuni cause correlate sono il cancro del polmone, le ischemie cardiache ed altre cardiopatie, cerebrovasculopatie ed insufficienza respiratoria legata ad ostruzione/restrizione bronchiale cronica. La mortalità corretta per età e gli anni di vita potenzialmente persi a causa del fumo sono risultati essere 360 e 5149/100.000 rispettivamente, valori significativamente più alti di quelli rilevati negli studi epidemiologici della popolazione statunitense generale. Il tasso di mortalità è risultato nettamente minore negli anni di istituzione del divieto parziale (possibilità di fumo negli spazi aperti) con ulteriore riduzione del 9% quando



il divieto è stato totale, anche inteso come utilizzo di *tutti* i prodotti del tabacco. Questo testimonia come il divieto di fumo nelle carceri è notevolmente utile a ridurre la mortalità fumo correlata e ciò a prescindere dal fatto che i detenuti ritornino a fumare una volta scontata la loro pena. Anche se non è possibile eseguire un follow up sugli ex detenuti, per seguirne l'iter tabaccologico, è ipotizzabile che una quota di essi possa sfruttare il divieto rispettato in carcere per continuare a non usare tabacco anche dopo la scarcerazione con ricadute positive sulla salute dei propri familiari ed amici non fumatori e sulla comunità. In un altro lavoro condotto nella Carolina del Nord è stata presa in considerazione la qualità dell'aria dell'ambiente carcerario, valutandola attraverso la quota di particelle di particolato sospese respirabili. Tale quota si è ridotta del 77% dopo alcuni mesi dall'introduzione del divieto di fumo [8]. Altri studi condotti in Nuova Zelanda e negli USA [9] hanno confermato questa tesi, dimostrando miglioramenti sensibili della qualità dell'aria respirata dai detenuti, con minori possibilità di sviluppare patologie correlate al fumo passivo. Ridurre il numero di fumatori ha anche, per le ragioni sopra esposte, innegabili vantaggi sulla spesa sanitaria, con un ritorno positivo (circa il 25%) della spesa eventualmente sostenuta per l'offerta di supporti psico-farmacologici alla disassuefazione dal tabacco. In Nuova Zelanda è stato calcolato un risparmio di spesa, legato all'introduzione del divieto, di circa 113 milioni di dollari all'anno. Altro risparmio è legato anche al ridotto rischio di incendi ed ai ridotti costi di pulizia degli ambienti. Da un punto di vista legale, è registrabile anche una riduzione significativa dei contenziosi e delle azioni legali promosse (e in diversi casi vinte) da non fumatori nei confronti dei Governi per i danni da fumo passivo subiti in modo costrittivo nel luogo di detenzione. È vero che anche i fumatori possono fare ricor-

so contro il divieto, invocando la violazione dei propri diritti e gli effetti negativi della mancanza della sigaretta (ad esempio sull'umore, sul sonno e sull'appetito), ma parte della letteratura disponibile in merito evidenzia come i contenziosi tendano a risolversi a favore dei non fumatori e dell'applicazione del divieto.

Il carcere può essere il posto giusto per smettere di fumare?

L'uso del tabacco è parte integrante della cultura carceraria poiché aiuta a gestire le situazioni di stress e permette di ottenere vantaggi tra pari come preziosa merce di scambio. Sembrano esservi dei fattori di rischio indipendenti che rendono più difficoltosa l'aderenza alle disposizioni legislative e che vanno ben al di là della semplice "protesta". Tra questi, particolare importanza rivestono: gravi traumi infantili (alcolismo e malattie psichiatriche in famiglia, abusi sessuali), tratti personologici di impulsività, abbandono da parte dei genitori, divorzio dei genitori [10]. Per questi ed altri motivi prima citati la semplice imposizione di un divieto di fumo all'interno delle car-

ceri non è risolutivo, poiché la maggior parte dei detenuti non interiorizza la necessità di dismettere una dipendenza ma solo di obbedire ad un regolamento vigente per la durata della loro permanenza in prigione al fine di evitare sanzioni o eventuali allungamenti della pena. Molti di loro riprenderanno quasi sicuramente a fumare una volta rilasciati e l'impatto della loro temporanea disintossicazione su sé stessi e sui loro familiari/amici/colleghi (quindi sulla salute pubblica) sarà nella maggior parte dei casi poco incisivo, considerando anche che molti di loro non potranno essere valutati per un follow-up a lungo termine. Il divieto di fumare ed il conseguimento di una vera e propria disassuefazione non sono la stessa cosa. Esistono però evidenze di come molti detenuti fumatori, al contrario, vorrebbero approfittare del loro periodo di forzata astensione dal fumo per conseguire una definitiva disassuefazione, proprio perché il carcere rappresenterebbe paradossalmente un ambiente "protetto" da situazioni e persone che hanno contribuito a generare la loro dipendenza. Essi riconoscono, esattamente come tutti i fumatori, i rischi legati al tabacco ed i benefici di un ambiente e



di una vita smoke-free, vorrebbero smettere, ma non hanno spesso la forza per mantenere l'astensione proprio perché non hanno mai avuto modo né di elaborare il loro rapporto con le sigarette né di imparare ed utilizzare strategie diversive all'uso del tabacco in quelle condizioni stressogene predisponenti alla perpetuazione della loro dipendenza [11]. In tal senso, questi trials condotti nelle prigioni australiane, statunitensi e polacche hanno esaminato la motivazione a smettere dei detenuti ed hanno mostrato come il carcere rappresenti un setting quasi ideale per condurre adeguati programmi gratuiti di disassuefazione basati sulla psicoterapia e sull'uso di farmaci validati scientificamente per la cessazione [12,13]. Tali programmi sono però poco diffusi ed addirittura in alcuni casi a pagamento (!) [14]. Uno studio-pilota condotto nel 2006 considerò un intervento integrato su detenuti composto da brevi sedute di psicoterapia cognitivo-comportamentale ed impiego di NRT (Nicotine Replacement Therapy) associati a bupropione e registrò un'astensione da prodotti di tabacco nel 40% dei soggetti arruolati fino a 5 mesi dall'inizio della terapia [15]. Un lavoro analogo, ma con risultati meno promettenti, fu condotto impiegando la nortriptilina vs placebo [16]. È chiaro che i percorsi di ausilio nel conseguimento della disassuefazione hanno lo scopo di limitare i danni su chi non intende smettere di fumare, per evitare il proliferare del mercato nero e della crescita delle tensioni tra detenuti, ma sarebbero mirati ad aiutare coloro che desiderano conseguire un vero affrancamento dalla dipendenza. Peraltro, Kauffman e coll. hanno evidenziato come il divieto totale di uso del tabacco in prigione è a volte seguito da percorsi brevi di supporto, che però cessano dopo il primo quadrimestre di transizione. In tal modo molti dei detenuti a causa di questa immatura interruzione del programma, sono destinati a patire l'astinenza e, comunque, a riprendere a fumare una

volta scontata la pena, costituendo di fatto un'occasione perduta per la salute pubblica [12]. Per organizzare questi percorsi è indispensabile però tenere conto del fatto che anche in carcere vi sono dei fattori stressogeni psicofisici di varia natura, rispetto al normale habitat del detenuto, come la temporanea/definitiva perdita della libertà, la convivenza forzata con fumatori o comunque con persone sgradite, l'affiorare di ricordi della vita "esterna" al carcere, la rabbia contro persone o situazioni che hanno in qualche modo contribuito a determinare la carcerazione e così via. L'aiuto strutturato va quindi "ritagliato" quasi su misura in base alle caratteristiche personali del detenuto e fornendo una terapia psicofarmacologica monitorata ed erogata da operatori possibilmente esterni all'ambiente carcerario [17]. Quest'ultimo aspetto è suggerito per evitare squalificanti conflitti con i detenuti derivati da coesistenti motivazioni di interazione [11]. I programmi di disassuefazione potrebbero essere somministrati di default pochi mesi prima della scarcerazione a tutti i detenuti che hanno comunque conseguito l'astinenza. Questo sembrerebbe accrescere le possibilità di mantenere tale status anche dopo il ritorno nella comunità [18]. Altro aspetto da tener presente nell'astensione forzata da un divieto è la motivazione a smettere. Nel 2003, Cropsey e coll. [19] hanno evidenziato come, in una popolazione carceraria di 314 soggetti, coloro che si trovavano in uno stadio contemplativo e, soprattutto, pre-contemplativo secondo il modello di Prochaska-DiClemente, avevano nettamente più difficoltà a conseguire e mantenere l'astinenza da tabacco, rispetto a coloro che si trovavano in stadi di propensione migliore al cambiamento. Questo testimonia ancora una volta che il divieto in un ambiente come il carcere non può passare come un semplice "rullo compressore" su tutti, ma per evitare conflitti e sofferenze dev'essere accompa-

gnato da supporti forniti da operatori specializzati. La stessa Autrice [20] ha indagato il comportamento di 188 detenuti maschi fumatori dopo l'istituzione di un divieto di fumo, basandosi sulla dipendenza da nicotina (indagata con il test di Fagerstrom) e sullo stato di stress del singolo soggetto. Il 76% di essi aveva continuato a fumare nonostante il divieto e lo stress così come la dipendenza fisica si erano rivelati fattori predittivi significativi per l'outcome seguito al dispositivo di divieto. Ciò avvalorava ancora di più l'utilità di una azione mirata e supportiva, non totalizzante ed invasiva, su coloro che sono improvvisamente costretti a non fumare. Sembra inoltre che coinvolgere direttamente detenuti e staff di un carcere in un'indagine riguardante la loro attitudine a smettere di fumare, cercando di capirne motivazione e caratteristiche prima di imporre un divieto di uso del tabacco, sottolineando i vantaggi della disassuefazione sia sulla qualità di vita in carcere che sulla salute pubblica in generale, possa favorire maggiormente l'osservanza da parte di coloro che a questo divieto devono soggiacere, quasi che renderli parte integrante di una fase preparatoria in cui ognuno possa esprimere i propri punti di vista diventando un elemento di miglior accettazione di una disposizione *comunque* da rispettare [21]. Antesignana della cosiddetta "medicina di genere", la Cropsey [22] ha poi puntato l'obiettivo su un campione di detenute (866 donne) per evidenziare un ulteriore aspetto del problema: le caratteristiche del soggetto femminile carcerato in relazione al fumo ed alla motivazione a smettere. Il 74% di quel campione era composto da fumatrici e, di queste, il 65% era disposto a smettere di fumare spontaneamente purché supportato da un programma specifico. Ciò in funzione del fatto che le donne hanno mostrato una maggiore percezione, rispetto ai detenuti maschi generalmente inseriti in altri studi simili, della possibilità di sviluppare od aggravare

malattie tabacco-correlate, del bisogno di migliorare la qualità del luogo di detenzione e di avere la possibilità di condurre gravidanze libere da fattori di rischio per sé e per il feto e senza quelle difficoltà di concepimento cui talvolta il tabagismo contribuisce [23].

Difficoltà ad applicare i divieti

Considerata l'alta percentuale di fumatori tra i detenuti, applicare dei divieti parziali (ad esempio fumare all'aperto) comporta problemi di gestione non indifferenti come già evidenziato anni fa in Australia e Canada. I soggetti possono avere con sé le sigarette, usandole solo in luoghi e tempi molto limitati e solo quando il clima permette di fruire degli spazi aperti. Esse sono persone non avviate ad un vero e proprio percorso di disassuefazione e non hanno neanche un divieto totale che le allontana significativamente dalla sigaretta. È evidente come durante il resto della giornata o quando il clima è inclemente, soffriranno di sintomi o segni astinenziali psico-fisici che renderanno più difficile l'osservanza del divieto. In diverse prigioni, inoltre, chi dovrebbe vigilare non applica le dovute sanzioni sui trasgressori: ad es. in uno studio condotto nel Quebec nel 2011, ben il 58% dei detenuti colti a fumare dove vietato non sono stati per nulla puniti, sdoganando anche tra gli altri prigionieri fumatori la trasgressione del divieto. I temuti disordini legati a "rivolte" di fumatori privati in modo coatto del loro oggetto di dipendenza non sono risultati invece particolarmente diffusi e sostanzialmente trascurabili [24]. Il contrabbando di tabacco ed il mercato nero sembra invece essere il problema principale delle prigioni ove vige il divieto di fumo. Fiorisce rapidamente tra i fumatori astinenti e determina la creazione di obblighi, favori, gerarchie e poteri, indebitamenti di tipo economico. I detenuti dispongono infatti di pochi soldi per l'acquisto di beni allo

spaccio del carcere, quindi il reperimento e l'acquisto delle sigarette spacciate da pari o membri dello staff "compiacenti" comporta l'esposizione a rischi e l'esborso di cifre notevolmente superiori a quelle che si spenderebbero normalmente per un pacchetto. Il tabacco diventa una merce di scambio preziosissima e costosissima non solo in termini strettamente economici. Uno studio condotto nel 2007 (25) in una prigione americana ha evidenziato come il prezzo di un pacchetto introdotto da un agente di polizia penitenziaria potesse raggiungere anche i 50 dollari che si trasformavano in 200-500 dollari quando rivenduti ad altri detenuti meno "infiltrati"! Il mercato nero può essere favorito dalla struttura architettonica dell'istituto di pena (che contiene luoghi "ciechi" dove praticare lo spaccio e dove nascondere le sigarette irregolarmente introdotte), dai movimenti consentiti ai detenuti dentro e fuori il carcere, dal grado di corruzione degli operatori del carcere (che, se alto, non si controllano tra loro) e, soprattutto, dal livello di vigilanza imposto dai direttori del carcere per l'osservanza del divieto [26]. Lo stress dell'astinenza di soggetti con alto grado di dipendenza dal tabacco o con malattie psichiatriche associate può essere aggirato dai già citati programmi di supporto, dalla dispensazione di prodotti a base di nicotina e da un'assistenza psichiatrica specifica per mitigare i sintomi ed i segni di astinenza in questi particolari soggetti. L'uso della sigaretta elettronica in casi selezionati potrebbe costituire una potenziale soluzione che necessita di studi dedicati.

Azioni dei principali paesi... e l'Italia?

In Inghilterra, anche se in diverse prigioni a partire dal 2013 sono state adottate politiche antitabagiche, il Ministro della Giustizia (aprile 2014) ha dichiarato che la valutazione del rischio continuerà ad essere presa in considerazione

per lo sviluppo e l'applicazione di politiche di divieto totale di fumo in tutte le carceri del Regno Unito. Negli USA le leggi smoke-free sono state adottate sin dagli anni '90. Oggi, tutte le 105 prigioni federali applicano il divieto di fumo completo nei locali interni degli Istituti. Nell'aprile 2014, 20 dei 50 Stati hanno varato dei divieti legislativi sia all'interno che all'esterno delle carceri, vietando l'uso di tutti i prodotti del tabacco, anche quelli non fumati. L'adattamento alla nuova cultura anti-fumo è stato significativamente rapido: nel 1986 il 53% delle prigioni statunitensi distribuiva gratuitamente tabacco ai detenuti; nel 2007 in nessuna prigione vigeva più questa regola e ben il 60% degli Istituti applicavano norme smoke-free [1]. In soli 21 anni questo cambiamento quasi radicale è stato possibile in un Paese dove c'è il più alto numero di carcerati nel mondo ed in gran parte senza il supporto di farmaci o di trattamenti specifici di disassuefazione sui prigionieri. In Canada le prigioni federali hanno adottato i divieti di fumo nei locali interni a partire dal 2006, oggi il divieto è totale sia negli interni che nelle pertinenze esterne [27]. In Nuova Zelanda le prigioni sono totalmente smoke-free su tutto il Territorio dal luglio 2011 [28]. A dimostrare che l'impatto di questa nuova politica risente della cultura dell'intera popolazione, in un report del 2012 il Governo di quel Paese evidenziava come il divieto di fumo fosse stato accolto senza particolari problemi dalla grande maggioranza dei detenuti e dei lavoratori di quei luoghi di pena, con un rapido e significativo miglioramento di patologie riferibili al fumo passivo [8]. In Australia alcune regioni stanno implementando le politiche anti-fumo, a partire da quelle settentrionali nel luglio 2013. Gli altri Stati (Queensland, Australia del Sud e Tasmania) si sono adeguati a queste politiche tra il 2014 ed il 2015. Uno studio condotto in Germania [29] su 1285 detenuti di 15 prigioni, all'epoca in cui si poteva

fumare in cella, ha evidenziato come le politiche di divieto fossero fortemente auspiccate dai detenuti, sia fumatori che non fumatori, cercando i primi un input per tentare/iniziare un percorso di disassuefazione dal tabacco ed i secondi una migliore qualità dell'aria [30]. Nonostante tali auspici, gli interventi di supporto per conseguire tale obiettivo sembrano essere a tutt'oggi poco diffusi in quel Paese. L'Italia, ha individuato e posto in essere, in linea con le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità, una serie di interventi legislativi per la lotta al tabagismo. L'*incipit* fu dato attraverso la legge n. 584 dell'11 novembre 1975 "Divieto di fumare in determinati locali e su mezzi di trasporto pubblico", che stabiliva il divieto di fumo nelle corsie degli ospedali, nella aule scolastiche, nelle sale d'attesa delle stazioni, nei locali chiusi adibiti a riunioni pubbliche, nei cinema e nelle sale da ballo, successivamente esteso, con la direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 14 dicembre 1995, anche ai locali della pubblica amministrazione, delle aziende pubbliche e private destinati al ricevimento del pubblico. La cosiddetta legge Sirchia (n. 3 art 51 del 2003) e successive integrazioni (D.P.C.M. del 23/12/2003 e punti 2.3 e 2.4 dell'Accordo Stato Regioni del 16/12/2004), estendeva il divieto di fumo a tutti i locali chiusi, compresi i luoghi di lavoro privati o non aperti al pubblico, agli esercizi commerciali e di ristorazione, ai luoghi di svago prevedendo la facoltà di predisporre dei locali riservati ai fumatori. Il Consiglio dei ministri del 9 settembre 2013, ha approvato il decreto-legge in materia di scuola e università in cui sono state inserite le disposizioni contenute nel disegno di legge Lorenzin, varato in Consiglio dei ministri il 26 luglio, riguardante il divieto di fumo negli ambienti chiusi e aperti, di pertinenza delle scuole di ogni ordine e grado, ovvero cortili, parcheggi, impianti sportivi ed è di un mese fa il de-

creto che sancisce il divieto di fumo nelle auto con bimbi o donne in gravidanza e nelle pertinenze esterne di Ospedali e luoghi di cura. Si evince come già nel 2003 la legislazione italiana si sia occupata del divieto di fumo in carcere. L'applicazione di tali dispositivi è invece contraddistinta da luci ed ombre ed è tutt'ora disomogeneamente osservata negli Istituti Penitenziari del Territorio Nazionale. Rende conto di tale situazione l'interrogazione senatoriale n. 3-00387 durante la seduta n. 396 del 19/2/2015 [31], nella quale il rappresentante del Governo evidenzia come buona parte delle normative riguardanti il contrasto al fumo nelle carceri sia disattesa per un presunto rischio di destabilizzazione interna tra i detenuti così come per il mancato adeguamento delle strutture penitenziarie dal punto di vista edilizio e dell'areazione degli spazi chiusi per permettere una migliore applicabilità delle normative vigenti. Tutto questo per tacere della grande possibilità di sfruttare il periodo di detenzione, come detto prima, per promuovere la disassuefazione attraverso percorsi supportivi assistiti offerti gratuitamente dal SSN utilizzando il Personale di Strutture insistenti sul Territorio (es. i Centri di Trattamento del Tabagismo). In seguito a ciò, in molti casi sia gli operatori penitenziari che i detenuti non fumatori possono essere esposti al fumo passivo. Già nel 1999 da un'altra interrogazione parlamentare del SAPPE [32] risultava che il Dipartimento per l'Amministrazione Penitenziaria (DAP) avesse emanato circolari applicate con molta difficoltà anche a causa del sovraffollamento degli istituti di pena. È chiaro che tale stato di cose, finché persistente, espone al rischio potenziale di contrarre od aggravare patologie fumo-correlate sia gli agenti di Polizia Penitenziaria che i detenuti non fumatori. Infine, molto utili sarebbero in Italia degli studi di valutazione analoghi a quelli già svolti od in corso di svolgimento negli altri Paesi e sopra citati.

Conclusion

Il divieto di fumo nelle carceri, anche se non scevro da miglioramenti apportabili a seconda delle situazioni, contiene in sé numerosi e significativi elementi di positività sulla salute di coloro che vivono il carcere e, potenzialmente, su quella pubblica. Alcuni Paesi come la Nuova Zelanda, il Canada e gli USA, tra i primi ad adottare tali politiche ed ove gli effetti del divieto sono stati indagati attraverso studi condotti nell'ultimo quindicennio, evidenziano come tale condizione sia più facilmente accettabile e praticabile tra i detenuti se essi sono supportati da programmi di disassuefazione gratuiti e sono coinvolti preventivamente nell'attuazione e pianificazione del divieto, se le trasgressioni sono realmente punite, se il mercato nero è efficacemente contrastato, se il divieto di fumo è totale e non parziale, investendo anche le pertinenze esterne al luogo di detenzione. La letteratura esistente mostra come i benefici sulla salute psico-fisica, sulla qualità di vita, sulla qualità dell'aria e sulla condizione sociale ed economica dei detenuti e degli operatori degli Istituti Penitenziari siano significativamente superiori ai potenziali fattori negativi correlati ad un divieto che oggi più che mai appare di indispensabile applicabilità anche in un carcere.

[*Tabaccologia* 2016; 4:33-39]

Giovanni Pistone

Dirigente Medico, Dipartimento Patologia delle Dipendenze, Referente C.T.T., A.S.L. NO Novara

Vincenzo Zagà

Pneumologo Bologna, Vicepresidente Società Italiana di Tabaccologia (SITAB)

Liborio M. Cammarata

Direttore, Dipartimento Patologia delle Dipendenze, A.S.L. NO Novara

Corresponding author:

Giovanni Pistone

✉ pistone.giovanni@gmail.com

Bibliografia

1. Frazer K, Callinan JE, Mchugh J et al. Does legislation to ban smoking reduce exposure to secondhand smoke and smoking behaviour? *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016.
2. Callinan JE, Clarke A, Doherty K et al. Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2010; 14 (4): CD005992.
3. The Lancet Editorial Board. Air pollution: consequences and actions for the UK, and beyond. 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/50140-6736\(16\)00551-1](http://dx.doi.org/10.1016/50140-6736(16)00551-1).
4. WHO FCTC. Article 8 and its guidelines: http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf.
5. Ritter C, Stover H, Levy M et al. Smoking in prisons: the need for effective and acceptable interventions. *J. Pub. Health Pol.* 2011;32(1):32-45.
6. Royal College of Physicians and of Psychiatrists. Smoking and mental health. London RCP 2013.
7. Binswanger IA, Carson EA, Krueger PM. Prison tobacco control policies and deaths from smoking in United States prisons: population based retrospective analysis. *BMJ* 2014; 349: g4542.
8. Proescholdbell SK, Foley KI, Johnson J. Indoor air quality in prisons before and after implementation of a smoking ban law. *Tobacco Control* 2008;17:123-127.
9. Collinson L, Wilson N, Edwards R et al. New Zealand's smoke-free prison policy appears to be working well: one year on. *New Zealand Medical Journal* 2012; 125 n. 1357.
10. Papadodima SA, Sakelliadis EI, Sergentanis TN et al. Smoking in prison: a hierarchical approach at the cross road of personality and childhood events. *European Journal of Public Health* 2009;20(4):470-474.
11. Kauffman RM, Ferketich AK, Murray DM et al. "Tobacco use by male prisoners under an indoor smoking ban". *Nicotine Tobacco Research* 2011 doi: 10.1093/ntr/ntr024.
12. Kauffman RM, Ferketich AK, Wewers ME. Tobacco policy in American prisons, 2007. *Tobacco Control* 2008;17:357-360.
13. Sieminska A, Jassem E, Konopa K. Prisoners' attitudes towards cigarette smoking and smoking cessation: a questionnaire study in Poland. *BMC Public Health* 2006;6: 181-190.
14. Butler T, Richmond R, Belcher J. Should smoking be banned in prisons? *Tobacco Control* 2007;16:291-293.
15. Richmond R, Butler T, Belcher J et al. "Promoting smoking cessation among prisoners: feasibility of a multi-component intervention. "Aust. N.Z. J Public Health 2006;30:474-478.
16. Richmond R, Indig D, Butler T. A randomized controller trial of a smoking cessation intervention conducted among prisoners. *Addiction* 2012;108:966-974.
17. Richmond R, Butler T, Wilhelm K. Tobacco in prisons: a focus group study. *Tobacco Control* 2009; 18:176-182.
18. Clarke JG, Stein LAR, Martin RA et al. Forced smoking cessation is insufficient to promote prolonged abstinence. *JAMA Intern Med.* 2013;173:789-794.
19. Cropsey KL, Kristeller JL. Motivational factors related to quitting smoking among prisoners during a smoking ban. *Addictive Behaviors* 2003;28:1081-1093.
20. Cropsey KL, Kristeller JL. The effects of a prison smoking ban on smoking behavior and withdrawal symptoms. *Addictive Behaviors* 2005;30:589-594.
21. Ritter C, Elger BS. Second-hand tobacco smoke in prison: tackling a public health matter through research. *Public Health* 2013;127:119-124.
22. Cropsey KL, Eldridge GD, Ladner T. Smoking among female prisoners: an ignored public health epidemic. *Addictive Behaviors* 2004;29:425-431.
23. Eldridge GD, Cropsey KL. Smoking bans and restrictions in U.S. prisons and jail: consequences for incarcerated women. *Am J Prev Med* 2009;37(2S):179-180.
24. American Nonsmokers Rights Foundation. 100% smoke-free and tobacco-free correctional facilities. 2014.
25. Lankenau SE. Smoke 'em if you got 'em: cigarette black markets in US prisons and jails. *Prison Journal* 2001;81: 142-161.
26. Hammond SK, Emmons KM. Inmate exposure to secondhand smoke in correctional facilities and the impact of smoking restrictions. *Journal of Exposure Analysis and environmental Epidemiology* 2005;15:205-211.
27. Lasnier B, Cantinotti M, Guyon L et al. Implementing an indoor smoking ban in prison: enforcement issues and effects on tobacco use, exposure to second-hand smoke and health of inmates. *Can J Pub Health* 2011;102 (4):249-253.
28. Gautam J, Glover M, Scott A et al. Smoke-free prisons in New Zealand: maximising the health gain. *New Zealand Medical Journal* 2011; 124 n. 1337.
29. Buth S, Stover H, Ritter C. Tobacco prevention in prisons. *Suchttherapie* 2013;14(4):160-169.
30. Voglewede P, Noel N. Predictors of current need to smoke in inmates of a smoke-free jail. *Addictive Behaviors* 2004;29(2):343-348.
31. Senato della Repubblica Legislatura 17 seduta n. 396 del 19/2/2015 Atto di Sindacato Ispettivo n. 3-00387.
32. Sindacato Polizia Penitenziaria (SAPPE): Fumo passivo in carcere: D'Ambrosio Lettieri, interrogazione parlamentare. www.poliziapenitenziaria.it/dblog/stampa_blog.asp?articolo=1999.