



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE ED AZIENDALI
"M. FANNO"**

**CORSO DI LAUREA TRIENNALE
IN ECONOMIA E MANAGEMENT**

PROVA FINALE

**"L'EFFICACIA DELLE CAMPAGNE ANTIFUMO SUI
CONSUMATORI"**

RELATORE:

CH.MO PROF. LORENZO ROCCO

LAUREANDA: FEDERICA MERCURIO

MATRICOLA N. 1043599

ANNO ACCADEMICO 2015 – 2016

INDICE

1. Introduzione	1
2. Le Dipendenze e le Scelte Intertemporali	2
2.1. La teoria della Dipendenza Razionale	2
2.2. Le Preferenze Inconsistenti nel Tempo	4
3. Il Tabagismo	8
3.1. Gli Effetti e la Dipendenza Psicologica	8
3.2. Le Strategie per Ridurre il Problema.....	9
3.3. Le Campagne di Comunicazione Contro il Tabagismo	15
4. Valutazione dell'Efficacia delle Campagne Antifumo.....	19
4.1. Efficacia delle Campagne Antifumo e delle Pubblicità relative ai Farmaci Antifumo.....	19
4.2. Valutazione degli Effetti di un Blocco delle Campagne Antifumo	24
5. Analisi del Problema in Italia	26
5.1. Tipologie di Fumatori.....	26
5.2. Campagne Antifumo in Italia.....	27
5.3. Analisi dei Dati Prima e Dopo le Campagne Antifumo.....	32
6. Conclusione	33
 Bibliografia.....	 35

1. INTRODUZIONE

Un fenomeno molto diffuso e che tutto il mondo cerca di combattere è la dipendenza, cioè quel bisogno compulsivo di assumere una sostanza continuamente, ne esistono molte e per questo la teoria economica ha cercato di spiegare da cosa scaturiscono.

Le dipendenze riguardano scelte intertemporali del consumatore e in particolare verranno analizzate due teorie: la teoria della dipendenza razionale sviluppata principalmente da Becker e Murphy, che mira ad individuare se il consumo passato influenza le scelte del periodo corrente e se il comportamento del consumatore può essere influenzato da alcuni fattori, come ad esempio il prezzo; e la teoria delle preferenze inconsistenti nel tempo che cerca invece di capire perché un individuo consapevole delle conseguenze delle proprie azioni non riesce a smettere.

In particolare verrà esposta una delle dipendenze più conosciute, cioè il tabagismo, problema diffuso a livello mondiale e affrontato non solo dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ma anche da molti governi, tra i quali quello italiano. Il fumo di sigaretta oltre a creare dipendenza è anche molto nocivo per la propria e per la salute altrui pertanto esistono vari metodi adottabili dai consumatori per cercare di smettere di fumare, tra i più usati si trova il trattamento sostitutivo alla nicotina. Esistono però anche molti strumenti adottabili dai governi per cercare di ridurre il problema e proprio per questo è stata sviluppata la Convenzione Quadro per il Controllo del Tabacco.

Un altro mezzo molto utilizzato sono le campagne pubblicitarie antifumo, realizzate in vari paesi con metodologie diverse, da quelle ironiche a quelle più cruenti, ma con tutte lo stesso obiettivo: incentivare i consumatori a non fumare o a smettere di farlo. Il marketing sociale spiega quali sono le principali caratteristiche per una campagna di successo e molti studi hanno cercato di individuarne gli effetti.

Infine verrà inquadrato il problema in Italia, esponendo le legislazioni in atto e le ultime novità introdotte nel febbraio 2016, sono state inoltre indicate le campagne pubblicitarie realizzate e sono stati analizzati i dati ISTAT per cercare di capire se queste campagne possono aver contribuito o meno alla riduzione dei fumatori.

2. LE DIPENDENZE E LE SCELTE INTERTEMPORALI

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito il concetto di dipendenza patologica come “quella condizione psichica e talvolta anche fisica, derivata dall'interazione fra un organismo vivente e una sostanza tossica, e caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni, che comportano sempre un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico allo scopo di provare i suoi effetti psicologici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione” (cit. in Pigatto, 2003). Le dipendenze più conosciute sono quelle inerenti alle droghe, all'alcool e al gioco d'azzardo e sono considerate scelte di consumo intertemporali.

Le scelte di consumo intertemporali rappresentano scelte di consumo relative a periodi diversi e l'obiettivo del consumatore è quello di effettuare una scelta ottima nel tempo.

2.1. LA TEORIA DELLA DIPENDENZA RAZIONALE

Negli anni 80, per stimare gli effetti di questa patologia, Becker e Murphy (1988) hanno teorizzato il modello della dipendenza razionale, che si basa su quello introdotto da Stigler e Becker (1977), sviluppato da Iannaccone (1984, 1986), Ryder e Heal (1873), Boyer (1978,1983) e Spinnewyn (1981). Questo modello descrive individui che massimizzano una funzione di utilità uniforme e stabile nel tempo, cioè con gusti stabili, e sono pienamente coscienti delle conseguenze future della loro dipendenza, ma nonostante questo scelgono di consumare tali beni lo stesso perché valutano i benefici superiori ai costi. Gli individui non diventano dipendenti solo da alcool, droghe e sigarette, ma anche dal lavoro, dal cibo, dalla musica, dalla televisione, dalla religione e da molte altre attività, pertanto questa teoria può spiegare una vasta gamma di comportamenti di dipendenza.

Secondo il modello della dipendenza razionale (Becker, Grossman e Murphy 1991) si crea: “reinforcement” (rafforzamento del consumo), cioè un maggiore consumo passato di beni che provocano assuefazione fa aumentare il desiderio del consumo presente, quindi l'utilità marginale del consumo corrente è crescente; e “tolerance” (tolleranza o assuefazione), stabilisce che dati livelli di consumo hanno un effetto inferiore quanto maggiore è stato il consumo passato, perciò è necessario aumentare la dose per ottenere lo stesso effetto, questo corrisponde ad affermare che l'utilità corrente di una data quantità di consumo è minore quando il consumo passato è maggiore.

Il reinforcement si verifica quando un ampio stock di consumo passato fa aumentare l'utilità marginale del consumo corrente più di quanto riduce l'utilità tolerance, e ciò fa aumentare

appunto il consumo corrente. Questo incremento farà accrescere a sua volta l'utilità marginale del consumo futuro. Inoltre i livelli di consumo in periodi di tempo consecutivi sono complementari, quindi un aumento del prezzo passato o futuro riduce il consumo corrente.

È stato individuato che variazioni temporanee del prezzo di beni che provocano dipendenza hanno piccoli effetti sul consumo rispetto alle variazioni permanenti, la ragione è che la complementarità tra il consumo presente e futuro è meno rilevante con variazioni temporanee del prezzo poiché i prezzi futuri non cambiano.

Becker e Murphy hanno poi analizzando il costo totale che è uguale alla somma dei prezzi e del valore monetario di ogni danno futuro che può essere attribuito a questi beni, cioè tutti gli effetti negativi sulla salute e sul reddito dei consumatori. Un aumento del prezzo dei beni, dovuto ad esempio a un aumento delle accise, o un aumento del valore monetario futuro derivato dalle maggiori informazioni sui pericoli alla salute, riducono il consumo sia nel breve che nel lungo periodo. È intuitivamente plausibile che il prezzo forma la maggior parte del costo totale e quindi cambiamenti di lungo periodo nella domanda introdotti da una variazione percentuale del prezzo risultano più grandi rispetto ai cambiamenti di lungo periodo introdotti con un'uguale variazione percentuale del valore monetario.

I giovani e le persone con un basso livello di reddito sembrano, inoltre, essere influenzati maggiormente dalle variazioni di prezzo, perché generalmente danno un valore monetario più piccolo agli effetti dannosi sulla loro salute.

Alcune evidenze empiriche della teoria della dipendenza razionale sono state individuate analizzando ad esempio: la domanda di sigarette, l'abuso di alcolici e il gioco d'azzardo.

Becker, Grossman e Murphy (1990) hanno utilizzato il modello della dipendenza razionale per analizzare la domanda di sigarette, i dati sono costituiti dalle vendite dei pacchetti di sigarette pro capite per il periodo 1955-1988. È stata individuata una considerevole elasticità di lungo periodo della domanda al prezzo, in particolare un aumento permanente del 10% del prezzo riduce il consumo corrente del 4% nel breve periodo e del 7.5% nel lungo periodo, mentre un aumento del 10% del prezzo per un singolo periodo diminuisce il consumo solo del 3%. Il fumo in diversi anni sembra quindi essere complementare, pertanto come visto in precedenza, quando il prezzo passato e futuro sono maggiori, il consumo di sigarette registrato è più basso ogni anno.

Chaloupka ha analizzato il fumo di sigarette nel tempo su un gruppo di individui e ha scoperto che i fumatori meno istruiti rispondono molto di più alle variazioni di prezzo rispetto ai fumatori più istruiti, un risultato simile è stato ottenuto anche altri studiosi con i dati britannici.

Lewit, Coate e Grossman (1981) e Lewit e Coate (1982) individuarono che i giovani rispondono più degli adulti ai cambi di prezzo, mentre Farrell and Fuchs (1982), a seguito della diffusione di informazioni sugli effetti dannosi di lungo periodo del fumo, hanno riscontrato una maggiore sensibilità da parte delle persone con un reddito elevato e un maggior livello di istruzione, rispetto a quelle meno istruite e con inferiori possibilità economiche.

Cook e Tauchen (1982) hanno, poi, esaminato le variazioni dei tassi di mortalità dovuti alla cirrosi epatica, causata dall'abuso di alcool, oltre alla variazione di consumo pro capite di alcolici dal 1962 al 1977 e individuarono che un aumento delle accise provocava una riduzione significativa del tasso di mortalità considerato.

In conclusione l'evidenza empirica supporta perciò, il modello della dipendenza razionale, l'elasticità al prezzo del lungo periodo è considerata molto più significativa dell'elasticità di breve periodo e un aumento del prezzo passato e futuro riduce il consumo corrente. Le persone con un basso livello di reddito e i giovani rispondono di più ai cambiamenti di prezzo rispetto agli anziani, mentre le persone con un alto livello di reddito rispondono con maggiore intensità alle novità sugli effetti dannosi dei beni considerati. Altre evidenze empiriche di questo modello mostrano che i livelli dei redditi, alcuni eventi stressanti temporanei come il divorzio o la disoccupazione, e il livello dei prezzi influenzano la probabilità di diventare dipendenti, inoltre le forti dipendenze sono solitamente interrotte bruscamente. Pertanto per cercare di ridurre i consumi dei beni che provocano dipendenza è importante aumentarne il prezzo e diffondere le informazioni sugli effetti dannosi che possono provocare.

2.2. LE PREFERENZE INCONSISTENTI NEL TEMPO

Nel paragrafo precedente è stata illustrata la teoria della dipendenza razionale che considera solo preferenze consistenti nel tempo e assume la mancanza di problemi di autocontrollo.

“Una persona con preferenze temporali consistenti sceglie ciò che lo rende felice oggi e domani, quindi sceglie di massimizzare l'utilità della sua vita” (E. Katarina Vermann 2011), un individuo con preferenze inconsistenti nel tempo sceglie, invece, ciò che lo rende felice oggi anche se questa scelta può provocare dei rimpianti domani, queste preferenze non massimizzano quindi l'utilità della sua vita.

Un motivo principale che giustifica queste affermazioni sta nel fatto che i consumatori sono impazienti, cioè preferiscono consumare nel presente piuttosto che nel futuro.

Ci si chiede allora perché le persone si comportano in modo incoerente, Strotz (1956) ha cercato di spiegare l'impazienza attraverso il concetto di sconto che misura il peso che

L'individuo attribuisce al futuro rispetto al presente, ciò significa che se il tasso di sconto è maggiore di zero il consumatore è impaziente, mentre se è uguale a zero gli aumenti del consumo hanno importanza indipendentemente dal periodo in cui si verificano. Strotz ha individuato che le persone sono attratte da ricompense immediate. Se si pensa al piacere di una sigaretta e al piacere di avere una buona salute quando sono decisioni sufficientemente lontane nel tempo, il consumatore è in grado di trovare un compromesso razionale e quindi di stabilire un piano ottimale per smettere di fumare ma poi non riesce a portarlo a termine, perché quando la decisione di fumare è imminente esercita un'azione significativa sul comportamento del consumatore che alla fine decide di cambiare i suoi piani e quindi cederà alla tentazione di fumare (Hoch e Loewenstein 1991).

Un'importante contributo a questa teoria è stato dato da Thaler (1981) il quale ha proposto un semplice esempio nel quale le persone devono scegliere tra:

- A. A.1 una mela oggi.
 - A.2 due mele domani.
- B. B.1 una mela tra un anno.
 - B.2 due mele tra un anno e un giorno.

Le persone sono portate a scegliere A.1 e B.2, ma questo non rispecchia le preferenze consistenti nel tempo che prevedono tassi di sconto costanti in presenza delle quali le persone dovrebbero scegliere A.1 e B.1. Questo significa che le preferenze sono inconsistenti nel tempo e quindi si tende a dare un valore maggiore alle ricompense di breve periodo, mentre nelle scelte di lungo periodo i soggetti riescono a prendere una decisione razionale. Se però la scelta nel punto B fosse riconsiderata dopo 364 giorni, quindi nel presente, le persone tenderebbero a scegliere B1 e non più B.2, a causa delle preferenze inconsistenti.

Thaler ha poi svolto un esperimento col quale ha chiesto agli studenti dell'Università dell'Oregon come si sarebbero comportati se avessero vinto dei soldi a una lotteria organizzata dalla loro banca, e potessero scegliere di riscuotere subito la somma o di attendere tre determinati intervalli consecutivi di tempo ricevendo una somma sempre maggiore alla scadenza di ognuno. I risultati trovati da Thaler mostrano che i tassi di sconto impliciti si riducono con l'incremento della dimensione della ricompensa o con l'aumento del tempo di attesa, pertanto il tasso di sconto è maggiore in un orizzonte temporale di breve periodo mentre decresce in orizzonti temporali più lunghi.

Ainslie (1991) introduce alle osservazioni di Strotz il concetto che le preferenze intertemporali hanno fattori di sconto decrescenti nel tempo, ciò significa che le persone si comportano in modo lungimirante quando devono programmare le loro azioni future, ma sono

relativamente più miopi quando devono implementare queste azioni nel presente. “La conseguenza è che oggi, quando il momento di mettere in pratica le scelte in questione è ancora distante, si manifesta l’intenzione che, a partire da domani, si risparmi di più, si riesca a mantenere la dieta, si smetta di fumare. Quando l’indomani arriva e le conseguenze delle azioni programmate diventano immediate, però, si tende a consumare un po’ di più del previsto, a deviare dalla dieta o a fumare un’ultima sigaretta, preferendo rimandare a un nuovo domani il momento in cui si smetterà di fumare” (D. Dragone 2008) e questo significa che i consumatori preferiranno sempre la gratificazione immediata alla realizzazione del piano di lungo periodo.

“Molti osservatori sospettano che i problemi di autocontrollo e le relative preferenze inconsistenti del tempo svolgono un ruolo importante nel consumo dei prodotti che creano dipendenza, dirigendo le persone a sviluppare e a mantenere dipendenze contro i loro interessi di lungo periodo. Le persone spesso consumano prodotti che danno dipendenza nonostante un espresso desiderio di smettere. Per molte persone sembra che i danni causati nel lungo periodo da una dipendenza hanno un peso maggiore rispetto ai benefici di breve periodo. In casi estremi, le persone distruggono le loro vite con dipendenze dannose” (Ted O’Donoghue e Matthew Rabin 1999).

Hoch e Loewenstein (1991) hanno identificato l’autocontrollo come gli sforzi dei consumatori per evitare o cercare di resistere dalle preferenze inconsistenti nel tempo, e hanno tentato di spiegare proprio come i consumatori mantengono l’autocontrollo di fronte a queste preferenze, analizzando il rapporto tra due forze psicologiche: il desiderio e la forza di volontà. Inoltre, hanno individuato che l’autocontrollo è influenzato da diversi fattori, i primi sono quelli ambientali tra i quali: la vicinanza fisica dell’oggetto; la vicinanza temporale, che fa aumentare non solo il desiderio ma anche l’impazienza; il confronto sociale che spinge le persone a desiderare quello che i coetanei già possiedono. Infine hanno descritto due tipi di strategie:

- La prima è basata sulla riduzione del desiderio, e hanno descritto 3 modi per farlo: evitare situazioni che possono aumentarlo, un esempio è evitare la vicinanza fisica, si pensi a un alcolista che prova a smettere di bere evitando i bar o le feste dove vengono serviti alcolici; rinviare una scelta a una data futura aiuta i desideri transitori, per questo motivo molte persone elaborano delle regole come quella di non comprare una macchina durante la prima visita in una concessionaria, la distrazione è invece un mezzo per rimandare la scelta che riesce a ridurre la frustrazione tipica che prova il

consumatore nel periodo di attesa; infine la sostituzione è basata sul concedersi una immediata ricompensa minore rispetto a quella che si vorrebbe avere, un esempio è sostituire un pezzo di sedano alle arachidi o alle patatine fritte, sperando che la soddisfazione ottenuta possa compensare la privazione dell'oggetto desiderato, l'efficacia di questa ultima tattica per ridurre il desiderio è però incerta dato che sostituire il consumo con il male minore potrebbe non essere proprio un miglioramento, un esempio sono quelle persone che continuano a fumare per non dover affrontare l'aumento del peso.

- La seconda strategia mira a superare il desiderio e l'impazienza grazie alla forza di volontà, precommitment rappresenta le regole o gli incentivi che i consumatori usano per modificare il loro comportamento, un esempio è quello di lasciare le carte di credito a casa quando si va a fare shopping; la valutazione dei costi e dei benefici economici legati a un determinato acquisto; la concentrazione sui benefici positivi del ritardo; il raggruppamento dei costi permette di dare maggior rilevanza agli stessi che non vengono più visti singolarmente, ma come somma di numerose azioni, si pensi a un soggetto che mangia un gelato e vede il costo come le calorie di quel gelato, raggruppare i costi significa considerare le calorie totali che provoca il consumo di un gelato ogni giorno e che si può trasformare in obesità o si pensi ai fumatori che vedono uno spot televisivo che mostra molti pacchetti ammucciate di sigarette con il costo annuale del fumo al centro dello schermo, pertanto vedere la somma totale del costo rende più reale il danno e permette di considerare di più il proprio benessere; i consumatori possono invocare anche autorità superiori, come la religione o contare su un gruppo di pari, che implicano il rispetto rigoroso di regole; esistono infine i costi psichici come il rammarico e il senso di colpa, che entrano in conflitto con la morale e i valori di base.

In conclusione i desideri e la forza di volontà non sono affatto indipendenti l'uno dall'altro ma possono agire insieme per influenzare il comportamento del consumatore.

La teoria delle preferenze inconsistenti nel tempo è utilizzata non solo in microeconomia ma anche in macroeconomia, basti pensare a un governo che aumenta il tetto del debito per evitare di ridurre o eliminare dei programmi o aumentare le imposte nel periodo corrente, questo sicuramente avvantaggia il governo attuale, che quindi aumenta le possibilità di essere rieletto, ma non quello futuro che si troverà costretto a tagliare la spesa (E. Katarina Vermann 2011).

3. IL TABAGISMO

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, WHO-World Health Organization) ha definito il fumo di tabacco come “la più grande minaccia per la salute nella Regione Europea”, e oltre ad essere la seconda causa di morte al mondo è anche “la prima causa di morte facilmente evitabile” (Ministero della Salute).

Nel mondo, secondo i dati del Ministero della Salute e della WHO (2015), infatti si contano circa un miliardo di fumatori, 6 milioni dei quali deceduti a causa del tabacco, 700.000 solo in Europa, e questa cifra potrebbe raggiungere gli 8 milioni entro il 2030.

Circa l'80% dei fumatori vive in paesi a basso e medio reddito mentre il 70% dei consumatori inizia a fumare prima dei 18 anni di età e il 94% prima dei 25 anni.

L'Italia consuma 86 miliardi di sigarette e gli studi dimostrano che poche persone capiscono i rischi per la salute legati al tabacco, ecco perché la prevenzione e la cura del tabagismo sono essenziali per promuovere e tutelare la salute pubblica.

3.1. GLI EFFETTI E LA DIPENDENZA PSICOLOGICA

I prodotti del tabacco sono quelli fatti interamente o parzialmente di tabacco in foglia come materia prima, che sono destinati ad essere fumati, succhiati o masticati. Questi comprendono le sigarette, il tabacco da arrotolare, il tabacco da pipa, i sigari, i sigaretti e le sigarette elettroniche.

Il fumo di tabacco contiene oltre 4.000 sostanze chimiche molto nocive per la salute del fumatore, perché creano una moltitudine di patologie tra le quali alcuni tipi di cancro, di malattie cardiovascolari e respiratorie, ma la sostanza che crea dipendenza fisica è la nicotina (Ministero della Salute).

Un altro effetto particolarmente rilevante è il fumo passivo, il quale è una combinazione del fumo indiretto cioè generato dalla combustione della sigaretta e di quello espirato dal fumatore, e contiene le stesse sostanze chimiche del fumo attivo, per questo motivo provoca più di 600.000 morti all'anno. L'OMS, infatti, ha classificato il fumo passivo come un agente cancerogeno umano, con almeno 250 sostanze nocive tra le quali più di 50 note per causare il cancro. Gli individui maggiormente esposti sono i bambini e i neonati, nei quali il fumo passivo provoca la morte improvvisa, e le donne in gravidanza, soggette a un rischio elevato di aborto spontaneo (WHO 2015). Infine la nicotina rilasciata in aria può reagire con altri inquinanti formando potenti cancerogeni noti come nitrosammine; questo è chiamato fumo di terza mano e sembra avere effetti dannosi per la salute pari al fumo passivo (Bruno 2010).

Il tabacco poi, crea anche un'importante dipendenza psicologica, per questo smettere di fumare non può essere legato unicamente a una scelta di salute, ma deve necessariamente essere considerato un mutamento delle abitudini e dello stile di vita.

In particolare consideriamo 4 fattori:

- Il fattore psicologico comportamentale legato alla gestualità del fumare e alle abitudini;
- Il fattore psicologico personale ovvero la ricerca di un calmante, di uno stimolante;
- Il fattore psicologico profondo quale l'odore del fumo;
- Il fattore psicosociale caratterizzato dal bisogno di adattamento alle mode e di appartenenza a un gruppo, sviluppato soprattutto tra gli adolescenti (Bruno 2010).

I giovani quindi sono la categoria più a rischio e sulla base dei dati dell'OMS ogni giorno tra gli 80.000 e i 100.000 ragazzi iniziano a fumare. La percentuale più alta di giovani è concentrata proprio nell'Unione Europea (Ministero della Salute).

3.2. LE STRATEGIE PER RIDURRE IL PROBLEMA

Non tutti i consumatori di tabacco sono consapevoli dei pericoli a cui si sottopongono, ma tra quelli consapevoli, la maggior parte vuole smettere.

I fumatori però non sono tutti uguali (Bruno 2010), sono influenzati infatti da fattori individuali, culturali e ambientali e per questi motivi molte persone riescono a smettere di fumare anche da sole grazie a una forte motivazione e forza di volontà, mentre altre hanno bisogno di un supporto specialistico, ecco perché negli ultimi anni sono state introdotte diverse terapie sia farmacologiche che psicologiche per aiutare a contrastare il problema.

Le terapie farmacologiche servono per combattere la dipendenza fisica agendo sui sintomi dell'astinenza, come il nervosismo, l'ansia, il bisogno di mangiare compulsivamente, e tra i farmaci disponibili, di cui ne è stata provata l'efficacia, troviamo:

- Il trattamento sostitutivo alla nicotina (NRT), il quale secondo una revisione Cochrane, centro italiano che ne ha studiato gli effetti, accresce la probabilità di successo del 50-70% rispetto al solo utilizzo della forza di volontà.

I prodotti sostitutivi alla nicotina sono facilmente accessibili e non necessitano di prescrizione medica, pertanto sono interamente a carico del consumatore, anche se ogni prodotto si addice meglio a una determinata tipologia di fumatore.

I cerotti, ad esempio, devono essere sostituiti ogni 24 ore e assicurano un rilascio graduale e costante di nicotina, per questo motivo si adattano meglio a fumatori regolari.

Le gomme da masticare invece liberano una quantità controllata di nicotina che rispetto alla sigaretta viene assorbita molto più lentamente, circa nel doppio del tempo, ecco perché sono pensate per fumatori irregolari.

Le compresse sub-linguali e pastiglie sono un'alternativa più discreta alle gomme da masticare e prevedono un dosaggio personalizzato.

Infine troviamo l'inalatore e lo spray nasale, consigliati ai forti fumatori.

Esistono però degli effetti collaterali comuni a tutte queste tipologie di NRT e sono la nausea, la cefalea e la tachicardia e sono inoltre sconsigliati nei pazienti con età inferiore ai 18 anni e alle donne in gravidanza.

- Antidepressivi, come il bupropione (Ministero della Salute), farmaco senza nicotina, che riduce l'intensità del desiderio di fumare e i sintomi di astinenza.
- Agonisti parziali della nicotina, come la vareniclina che oltre a ridurre l'astinenza, diminuisce la soddisfazione associata al fumo nel caso in cui il paziente riprenda a fumare.

Il supporto di tipo psicologico è invece basato sul counselling, uno strumento relazionale individuale o di gruppo, mirato alla sfera emotiva cognitiva e comportamentale del tabagismo e della disassuefazione, che aiuta il paziente ad affrontare i temi legati alle motivazioni che lo spingono a fumare, ai costi e ai benefici dello smettere. Le terapie di gruppo consistono nella condivisione dei problemi con altri fumatori ed ex fumatori consentendo di superare vari problemi. Viene inoltre programmato un follow up a vari livelli di tempo dalla conclusione dell'intervento caratterizzato da incontri o contatti telefonici. Queste attività vengono svolte in appositi Centri Antifumo, cioè strutture create appositamente per il trattamento dei danni da fumo, nei quali l'approccio terapeutico è integrato, le terapie farmacologiche sono quindi associate agli interventi psicologici, perché dati scientifici rilevano che i risultati ottenuti a lungo termine sono più soddisfacenti (Bruno 2010).

Ecco perché tali Centri costituiscono una risorsa fondamentale per aiutare a combattere il tabagismo e in Italia, negli ultimi anni, si sono costituiti i Servizi per la Cessazione dal Fumo di Tabacco, ossia i Centri Antifumo, afferenti sia al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che al privato sociale (ad esempio Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori). Questi Centri Antifumo sono censiti dall'Istituto Superiore della Sanità, il quale conta che nel 2015 erano 368 (Ministero della salute), distribuiti in tutta Italia e l'accesso è regolamentato da una compartecipazione alla spesa, definita ticket sanitario anche se in alcuni casi è gratuito, comunque tutte le informazioni sulle terapie e i metodi per smettere di fumare offerti dai centri possono essere richieste ad un apposito numero del Telefono verde contro il fumo.

In alcuni di questi centri vengono praticate anche altre terapie non farmacologiche come l'agopuntura, tecniche di rilassamento e corsi personalizzati di ipnosi, le quali possono essere d'aiuto ma devono essere inserite in un contesto di terapie integrate (Bruno 2010).

Un dispositivo, il cui primo brevetto risale al 1965 depositato dall'americano Herbert A. Gilbert e prodotto per la prima volta in Cina nel 2003 (Tinghino B. 2012), diffusosi negli ultimi anni in tutto il mondo, sono le sigarette elettroniche (E-Cig), con o senza nicotina, formate da un contenitore di plastica all'interno del quale viene posizionata una cartuccia contenente un liquido all'aroma di tabacco o altri aromi. Aspirando dalla sigaretta elettronica si genera un fumo biancastro molto simile a quello generato dalla sigaretta sebbene non sia il prodotto di una combustione, inoltre questo strumento è formato anche da un led rosso in grado di ricordare il colore della parte accesa della sigaretta che brucia. L'apparecchio è chiamato vaporizzatore mentre l'utilizzatore è definito svapatore e per i motivi sopra elencati, nel breve termine, la sigaretta elettronica aiuta i fumatori a sostituire la gestualità della sigaretta, rivelandosi un importante ausilio nel percorso di cessazione dal fumo, avendo anche una scarsa o nulla cancerogenicità, poiché mancano i prodotti di combustione e il catrame. È necessario però specificare che non è considerata un farmaco terapeutico, perché non ci sono normative di riferimento e standard approvati, pertanto ogni sigaretta può essere diversa dall'altra e mancano degli studi sulla loro pericolosità ed efficienza come strumento per la cessazione dal fumo. Possiamo quindi concludere che sebbene non sia possibile considerare l'E-Cig uno strumento terapeutico per il trattamento del tabagismo, ha una pericolosità per la salute umana molto inferiore alle sigarette tradizionali, ma si ritiene di dover considerare in modo sfavorevole ogni forma di pubblicità che sostiene la totale innocuità di tali strumenti.

In Italia, secondo i dati riportati dal Ministero della Salute, nel 2015 si è registrata una diminuzione dell'uso dell'E-Cig, gli utilizzatori infatti sono passati dall'4,2 del 2013, all'1,6% del 2014 per finire all'1,1% del 2015, e sono principalmente uomini di una età media sui 45 anni. Le sigarette elettroniche più usate sono quelle contenenti nicotina, infatti la percentuale di fumatori che dichiara di non aver modificato le proprie abitudini tabagiche, aggiungendo quindi all'uso delle sigarette tradizionali quella dell'E-Cig, è aumentata mentre la percentuale di chi dichiara di aver ridotto leggermente o drasticamente il numero di sigarette è passata dal 41,8% nel 2014 al 37,7% nel 2015, inoltre l'86% degli utilizzatori ne ha fatto un uso al massimo per 6 mesi. Per questi motivi i punti vendita specializzati sono passati da 3.000 nel 2013 a 1.200 nel 2014.

Per risolvere il problema del tabagismo non è importante solo analizzare le metodologie esistenti per smettere di fumare, è fondamentale soprattutto cercare di prevenire il problema,

dato che anche dal punto di vista economico i costi del tabagismo sono molto elevati, soprattutto quelli sanitari.

La Convenzione Quadro per il Controllo del Tabacco (WHO Framework convention on Tobacco Control - FCTC) sviluppata dall'OMS e approvata all'unanimità nel maggio 2003, è il primo trattato internazionale della sanità pubblica sul controllo del tabacco giuridicamente vincolante, entrata in vigore il 27 febbraio 2005 ed è stata ratificata da 180 Paesi, rappresentanti il 90% della popolazione mondiale (WHO 2015), tra i quali l'Italia l'ha firmata il 16 giugno 2003 e ratificata il 2 luglio 2008 (Istituto Superiore della Sanità).

La Convenzione stabilisce obiettivi e principi per proteggere le generazioni presenti e future dai danni causati dal consumo di tabacco e dall'esposizione al fumo di tabacco, promuovendo una collaborazione internazionale, Candiani, Triscioglio e Zadig, (2013) individuano che in particolare la convenzione prevede:

- Misure riguardanti i prezzi e la tassazione;
- Normative per ambienti di lavoro e locali pubblici liberi dal fumo;
- Regolamentazione del contenuto delle sigarette e delle sostanze emesse nel corso della combustione;
- Divulgazione della lista di additivi aggiunti al tabacco per la produzione delle sigarette;
- Aggiunta sui pacchetti delle sigarette immagini e scritte che informino sui rischi per la salute;
- Informazione, comunicazione, sensibilizzazione dell'opinione pubblica tramite interventi nelle scuole, campagne anti-fumo;
- Limitazione alla pubblicità delle sigarette;
- Misure per promuovere la cessazione come i centri antifumo;
- Controllo del contrabbando delle sigarette;
- Sviluppo di misure efficaci per ridurre le vendite ai minori di 18.

Nel 2008, l'OMS ha introdotto un modo pratico per migliorare l'attuazione delle disposizioni della Convenzione Quadro, le cosiddette: MPOWER (WHO 2015) e "Ogni misura MPOWER corrisponde ad almeno una disposizione della Convenzione quadro dell'OMS sul controllo del tabacco e le 6 misure sono:

- Monitorare l'uso del tabacco e le politiche di prevenzione
- Proteggere le persone da uso del tabacco
- Offrire aiuto per smettere il consumo di tabacco

- Mettere in guardia sui pericoli del tabacco
- Applicare il divieto di pubblicità del tabacco, promozione e sponsorizzazione
- Aumentare le tasse sul tabacco.”

Sempre secondo Candiani, Trisciunglio e Zadig (2013), analizzando le politiche di prezzo e della tassazione, vediamo che l'elasticità della domanda rispetto al prezzo, cioè la risposta dei consumatori alle variazioni di prezzo di un prodotto, è negativa, poiché l'aumento del prezzo produce una riduzione della domanda e viceversa. Si parla pertanto di domanda elastica, in quanto la domanda segue le variazioni del prezzo, diminuendo in occasione degli aumenti. Sarebbe anelastica se all'aumentare del prezzo la domanda si mantenesse inalterata o diminuisse ma in misura inferiore all'aumento del prezzo. Le tasse sul tabacco sono il modo più conveniente per ridurre il consumo di tabacco, soprattutto tra le persone giovani e le persone a basso reddito, questo è quello che ha individuato Chaloupka analizzando le evidenze empiriche della teoria della dipendenza razionale, esposte nel capitolo precedente. In molti paesi come la Svizzera o la California, una parte delle accise è destinata al contrasto del tabagismo, questo purtroppo però non avviene in Italia che possiede il monopolio di stato sulla produzione di sigarette principalmente per aumentare il gettito fiscale. In conclusione le evidenze della teoria della dipendenza razionale dimostrano che un aumento delle accise sulle sigarette è efficace per ridurre il consumo di tabacco; un'azione di questo tipo può però aumentare il rischio di contrabbando di tabacco, ecco perché dovrebbero essere previste delle azioni per contrastare questo problema.

La WHO (2015) stima che 1 ogni 10 sigarette e prodotti del tabacco consumato a livello globale è illecito e l'industria del tabacco ha attivamente promosso il commercio illegale a livello mondiale supportata dai piccoli venditori ambulanti ma anche tramite reti criminali organizzate. Per eliminare questo commercio è necessario migliorare i sistemi di amministrazione fiscale nazionale e la collaborazione internazionale, obiettivi che si cerca di raggiungere tramite la FCTC, anche attraverso l'imposizione di sanzioni penali.

Per ridurre il problema del fumo passivo (Candiani, Trisciunglio e Zadig 2013) la Convenzione utilizza i divieti di fumo nei luoghi pubblici, compresi il posto di lavoro e i mezzi di trasporto. Le evidenze suggeriscono l'efficacia di queste restrizioni sulla riduzione del consumo di tabacco ed effetti positivi sulla salute, ma nonostante questo la vigilanza del rispetto del divieto deve essere molto elevata.

Un altro principio si fonda sul continuo monitoraggio della composizione dei prodotti del tabacco per contrastare i tentativi dell'industria di aggiungere additivi al fine di aumentare il rilascio di nicotina, diminuire l'effetto irritante del fumo sulle vie respiratorie e pertanto rendere più piacevole il fumo e aumentare la probabilità di creare dipendenza.

Un altro aspetto di fondamentale importanza, sono le confezioni dei prodotti del tabacco, le quali hanno una grande influenza sui consumatori non solo per il marchio ma anche per definire la personalità del fumatore, i pacchetti piccoli ad esempio trasmettono un'immagine di minore pericolosità, le sigarette slim invece rimandano alla femminilità. Ecco perché la Convenzione prevede l'aggiunta di scritte o immagini per informare i consumatori della pericolosità del prodotto, prevedendo anche l'imposizione della confezione generica, cioè senza loghi e con solo la marca riportata a caratteri standard; queste azioni mirano ad aumentare la consapevolezza dei danni che il fumo provoca, e nella teoria esposta da Becker e Murphy questo implica una riduzione del numero dei fumatori con una maggiore sensibilità da parte delle persone con un elevato livello di reddito. Alcuni studi effettuati dalla WHO (2015) in Brasile, Canada, Singapore e Thailandia hanno mostrato che le avvertenze illustrative aumentano in modo significativo, più delle scritte, la consapevolezza dei danni del consumo di tabacco nelle persone e persuadono i fumatori a evitare di fumare in presenza di bambini, solo 42 paesi però, cioè il 19% della popolazione mondiale, utilizza avvisi grafici e avvertenze scritte.

Per ridurre la diffusione delle sigarette, è stata prevista la limitazione delle pubblicità dei prodotti del tabacco, in particolare secondo quanto riportato da Candiani, Triscioglio e Zadig, (2013), la pubblicità può essere: diretta, o esplicita, e ha l'obiettivo di creare un'immagine positiva dell'uso del tabacco, per aumentarne le vendite, un esempio sono gli spot televisivi; l'altro tipo di pubblicità è quella indiretta, o occulta, e mira a promuovere i consumi attraverso ad esempio scene di film o testi di canzoni. Un divieto totale su tutte le pubblicità del tabacco sempre secondo i dati della WHO (2015) potrebbe diminuire il consumo di tabacco da una media del 7% fino al 16%, però i paesi che hanno adottato questa politica sono solamente 29, corrispondenti al 12% della popolazione del mondo, mentre 1 paese su 3 ha solo una restrizione sulla promozione del tabacco.

Uno dei concetti della WHO-FCTC è il divieto di vendita dei prodotti del tabacco ai minorenni, in Italia questo divieto è stato attuato dal 1 gennaio 2013, negli Stati Uniti il problema è anche oggetto di norma nella vendita di tabacco via Internet. Questo principio sembra un'efficace prevenzione primaria ma dovrebbe essere accompagnato da azioni di controllo del rispetto della norma, che prevedano delle sanzioni severe come la sospensione della licenza di vendita oltre alle sanzioni pecuniarie per ostacolare le vendite ai minori (Candiani, Triscioglio e Zadig 2013).

3.3. LE CAMPAGNE DI COMUNICAZIONE CONTRO IL TABAGISMO

La lotta contro gli effetti dannosi del fumo non riguarda solo i nostri giorni, le prime campagne contro il fumo risalgono addirittura ad alcuni secoli fa, già nel 1604 Giacomo I Stuart, re d'Inghilterra promuoveva dibattiti pubblici contro il fumo, nel 1606 ci fu la pubblicazione di uno studio contro il tabacco ed ecco perché successivamente applicò la prima tassa per ridurre la diffusione. Nel 1642 il Papa Urbano VII emanò una bolla che prevedeva la scomunica dei fumatori e a partire da quegli anni si diffusero molti studi medici che accertavano i danni creati dal fumo ma nonostante questo il tabacco continuò a diffondersi velocemente. Un altro periodo nel quale si diffusero innumerevoli campagne antifumo fu durante i regimi totalitari del nazismo e del fascismo che prevedevano misure di educazione e stili di vita sani, ecco perché era vietato fumare nei luoghi pubblici, sui mezzi di trasporto, negli ospedali e nelle scuole (Bruno 2010).

Oggi come nel passato le campagne mediatiche sono utilizzate per esporre ai messaggi un'elevata percentuale di popolazione e per questo possono ridurre il consumo di tabacco influenzando le persone a proteggere i non fumatori e disincentivando l'iniziazione al fumo. Oltre la metà della popolazione mondiale vive nei 39 paesi nei quali è andata in onda almeno una forte campagna anti-tabacco sui mass media negli ultimi 2 anni, anche se si sono sviluppate principalmente negli Stati Uniti (WHO 2015).

È necessario però distinguere tra due tipi di campagne (Candiani, Trisciunglio e Zadig 2013), quelle di iniziativa dell'industria del tabacco o del farmaco che mirano a migliorare l'immagine dell'industria e non modificano le attitudini verso il tabacco; e quelle finanziate dagli enti pubblici che, al contrario, sono in grado di ridurre realmente l'intenzione di fumare. Le campagne di comunicazione sono rivolte alla popolazione utilizzando mezzi di comunicazione di massa come radio, televisioni, cartellonistica, annunci sui giornali, e utilizzano messaggi brevi ma ricorrenti al fine di motivare le persone, specialmente i giovani, ad assumere comportamenti salutari.

Le campagne possono, inoltre, influenzare il comportamento della popolazione in modo diretto o indiretto, le prime sono destinate a "evocare risposte cognitive o emotive allo scopo di agire sui processi decisionali a livello individuali attraverso l'eliminazione o la riduzione di barriere al cambiamento, aiutando le persone ad adottare stili di vita sani" (Wakefield, Loken, Hornik, 2010). Esempi di questi tipologie di campagne sono quelle che evidenziano i rischi del fumo e i benefici della cessazione, che forniscono un numero verde di sostegno, che

associano la cessazione dal fumo ad una considerazione positiva di sé, o una combinazione di questi elementi. Il cambiamento dell'atteggiamento dei consumatori può però essere raggiunto, come abbiamo detto, anche attraverso percorsi indiretti, le campagne antifumo possono utilizzare strumenti come Internet per cercare di aumentare la diffusione del messaggio, inoltre è possibile, ad esempio, che dopo aver visto i messaggi in televisione i membri di un social network possano essere motivati a creare un gruppo di supporto per smettere di fumare, permettendo alle persone che non hanno ancora visto la campagna di unirsi a loro e cambiare il proprio comportamento. Inoltre le campagne di comunicazione possono provocare dei dibattiti pubblici sui problemi di salute, basti pensare a una campagna antifumo incentrata sugli effetti del fumo passivo sui non fumatori, questa potrebbe non convincere i fumatori a smettere di fumare, ma potrebbe aumentare il sostegno pubblico di una nuova politica che limiti il fumo in determinati luoghi e questa a sua volta potrebbe riuscire a convincere i fumatori a smettere.

Tra gli anni 70 e gli anni 90, gli studi erano per lo più sperimentali, mentre dalla metà degli anni 90 le campagne di comunicazione sono state valutate come elementi chiave dei programmi governativi di controllo del fumo. Il mezzo considerato più influente è la televisione e uno studio ha suggerito che l'esposizione a messaggi che provocano emozioni negative come paura, disgusto, tristezza e che hanno la presenza di personaggi pubblici sembrano essere più efficaci.

Le campagne sono risultate essere più efficaci nei confronti dei ragazzi giovani, di età compresa tra i 13 e i 16 anni, perché sono più propensi ad accogliere positivamente i messaggi di promozione della salute (Candiani, Triscioglio e Zadig, 2013).

La Commissione Europea è impegnata da tempo a promuovere la prevenzione e l'abbandono del fumo ecco perché, tra le varie iniziative lanciate per affrontare il problema del tabagismo in Europa, sono state realizzate diverse campagne in particolare, la campagna chiamata "HELP: per una vita senza tabacco" iniziata nel 2005 e terminata nel 2010, era rivolta ai giovani dai 15 ai 25 anni ed era incentrata sulla prevenzione, sulla riduzione del numero di fumatori e sul fumo passivo. Successivamente venne attivata la campagna "Gli ex fumatori sono irresistibili" durata dal 2011 al 2013 e incoraggiava i cittadini a smettere di fumare introducendo uno strumento nuovo, cioè iCoach, una piattaforma online gratuita di educazione alla salute che attraverso 5 fasi aiuta i fumatori a rinunciare al fumo tramite test e consigli su misura. L'ultima campagna intrapresa nel 2014 e che proseguirà fino al 2016 è una nuova edizione della campagna "Gli ex fumatori sono irresistibili" e mira a far scoprire i vantaggi di una vita senza fumo e gli strumenti per riuscirci (Commissione Europea).

A differenza delle iniziative europee, quelle americane sono considerate più efficaci perché caratterizzate da immagini shock che ritraggono, ad esempio, persone che hanno subito una tracheotomia oppure persone malate di cancro con maschere d'ossigeno per respirare.

La U.S. Food and Drug Administration (FDA) e in particolare il Center for tobacco products (CTP) stanno investendo molto sulle campagne concentrate sui giovani, nel febbraio 2014 è iniziata la campagna The Real Cost, che si focalizza sui ragazzi tra i 12 e i 17 anni basata su 3 aspetti fondamentali, diffondere le conseguenze per la salute, le sostanze chimiche dannose e la dipendenza che provocano i prodotti del tabacco. La campagna Fresh Empire, iniziata nel maggio 2015, è molto simile a quella precedente ma è focalizzata sui ragazzi che si identificano con la cultura hip hop (U.S. Food and Drug Administration).

Un altro strumento utilizzato da molti anni è la Giornata Mondiale contro il fumo, celebrata annualmente il 31 maggio e indetta per la prima volta dall'OMS nel 1987, che ogni anno si concentra su un tema diverso per la lotta al tabagismo (Istituto Superiore della Sanità).

Nel 2015 il tema chiave è stato quello di eliminare il commercio illegale di tabacco che genererebbe un aumento delle entrate per i governi, migliorerebbe la salute pubblica, contribuirebbe a ridurre la criminalità e a frenare una fonte di reddito importante per l'industria del tabacco (Ministero della Salute).

Le campagne antifumo sono classificate come programmi di Marketing Sociale, nato già negli anni '50 in India con le campagne per la pianificazione familiare, e utilizzato negli anni '70 in Svezia per la lotta contro il fumo e l'abuso di alcolici, negli anni '80 la Banca Mondiale, l'OMS e i Centri per il Controllo e la Prevenzione statunitensi iniziarono ufficialmente a utilizzare il termine "Marketing Sociale" la cui attività di comunicazione è svolta principalmente da organizzazioni non-profit o governative allo scopo di promuovere una causa o la diffusione di stili di vita più salutari ecco perché si definisce come l'impiego dei concetti e degli strumenti del marketing commerciale, nel contesto di iniziative finalizzate a influenzare il comportamento delle persone per il miglioramento del benessere personale e della società nel suo complesso. A differenza del marketing commerciale che si focalizza sulla vendita di beni e servizi e si riferisce a un target passivo, il marketing sociale si concentra sulle idee e sulla modifica dei comportamenti e si riferisce a un target attivo, che ha un maggiore coinvolgimento. È fondamentale per un programma di marketing sociale scegliere l'obiettivo giusto, per questo le campagne possono mirare ad informare, come l'importanza della tutela dell'ambiente, modificare o abbandonare un comportamento in modo volontario e l'abbandono del fumo è proprio l'obiettivo delle campagne antifumo. Le

organizzazioni che si occupano di marketing sociale devono valutare anche il successo di tali programmi in rapporto agli obiettivi e perciò devono analizzare alcuni criteri come, la rapidità dell'adozione, l'incidenza sul comportamento e la misura in cui viene mantenuto.

I principali fattori individuati che determinano “il successo di un'iniziativa volta a modificare i comportamenti sono:

- Scegliere come mercati obiettivo quelli reattivi;
- Promuovere un solo comportamento, ragionevolmente attuabile, in termini chiari e semplici;
- Spiegare i benefici in modo convincente;
- Fare in modo che l'adozione del comportamento suggerito sia semplice;
- Utilizzare messaggi e media in grado di catturare l'attenzione;
- Considerare approcci che uniscano informazione e intrattenimento.” (Kotler, Keller, Ancarani e Costabile, 2012)

I programmi di marketing sociale sono quindi complessi, richiedono tempo e a volte i singoli programmi devono essere integrati tra loro, comprendendo altre attività come l'aumento dei prezzi o gli interventi nelle scuole, che permettono di aumentare l'impatto sui consumatori. È stato riscontrato infine che l'efficacia delle campagne è direttamente associata all'intensità e alla durata delle stesse (Candiani, Trisciunglio e Zadig, 2013).

4. VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELLE CAMPAGNE ANTIFUMO

Come anticipato nel capitolo precedente le campagne antifumo svolgono un ruolo importante nell'informare i cittadini sugli effetti collaterali del tabacco e, soprattutto, cercano di influenzare i loro atteggiamenti con l'obiettivo di ridurre il numero di persone che iniziano a fumare e di aumentare il numero di fumatori che riescono a smettere.

È quindi fondamentale verificare se esistono degli studi che provano la reale efficacia di queste attività che sono state realizzate in molti paesi.

4.1. EFFICACIA DELLE CAMPAGNE ANTIFUMO E DELLE PUBBLICITÀ RELATIVE AI FARMACI ANTIFUMO

Secondo Sims, Salway, Langley, Lewis, McNeill, Szatkowski e Gilmore (2014), la maggior parte degli studi sull'analisi dell'efficacia delle campagne antifumo incentrate sull'utilizzo dei mass media (MMCs) per la riduzione del consumo di sigarette erano sviluppati per brevi periodi di tempo e in paesi in cui erano presenti poche tipologie di attività per il controllo del tabacco. Queste ricerche, condotte dalla metà degli anni '70 alla metà degli anni '90, erano focalizzate sulle campagne finanziate dai governi e in particolare sul più potente mezzo a disposizione per arrivare al pubblico di massa e cioè la televisione. Dal 2000 in poi, molti paesi iniziarono a sviluppare campagne antifumo multicomponenti e per periodi di tempo prolungati, rendendo i risultati delle precedenti pubblicazioni di scarsa rilevanza e introducendo la difficoltà di separare il contributo svolto dalle MMCs dalle altre politiche contro la diffusione del fumo.

Nel Regno Unito, ad esempio, negli anni '90 gli studi sull'efficacia di queste campagne erano valutate solo nel breve periodo ed miravano a uno specifico gruppo della popolazione o a una regione, dal 1998 però, le attività per ridurre questo problema iniziarono ad aumentare sensibilmente fino a quanto nel 2007 il Regno Unito è stato identificato come il paese avente le politiche più complete per il controllo del tabagismo in Europa.

Pertanto, proprio in questo paese, è stato realizzato uno studio per valutare se le campagne televisive finanziate dal governo in Inghilterra tra il 2002 e il 2010 erano associate ad alcuni miglioramenti nel comportamento dei fumatori.

Per realizzare ciò, è stato effettuato un sondaggio mensile sviluppato dal Office for National Statistics, nel quale è stato selezionato in modo casuale un adulto dai 16 anni in su, tra quelli presenti in ogni famiglia intervistata, i quali sono stati classificati come fumatori se in quel momento facevano uso di prodotti del tabacco, mentre per misurare il consumo di sigarette le

domande poste erano “quante sigarette fumi di solito durante la settimana?” e “quante ne fumi di solito durante il fine settimana?”, grazie alle risposte è stato calcolato il consumo medio giornaliero. Sono stati però analizzati altri fattori degli intervistati come l’età, il genere, l’occupazione, il reddito lordo, il livello di istruzione e la regione di residenza.

Per analizzare le attività per il controllo del tabagismo in Inghilterra ogni mese sono stati attribuiti dei punteggi a 4 politiche, in particolare: il divieto di fumo al lavoro e nei luoghi pubblici, il divieto di promozione dei prodotti del tabacco, le avvertenze indicate sui pacchetti di sigarette e i trattamenti per aiutare i fumatori a smettere. La somma di tali punteggi permette di ricavare il punteggio totale delle attività per la diffusione del fumo.

È stato poi definito il costo delle sigarette come il rapporto tra il prezzo medio ponderato di vendita al dettaglio di queste e il reddito lordo mensile degli intervistati comprendente i redditi da lavoro autonomo, da lavoro dipendente, le pensioni, i sussidi statali e tutte le altre possibili fonti di reddito.

I Gross Rating Points (GRPs: indice di copertura pubblicitaria lorda) sono degli indici dati dal prodotto tra la copertura netta e la frequenza media di una campagna e servono ad indicare la pressione esercitata sul consumatore da una determinata azione pubblicitaria, permettendo quindi di individuare la percentuale di persone che, in media, è stata sottoposta a un determinato spot. La copertura netta è il rapporto tra il numero degli individui raggiunti dal messaggio e il suo target audience (target di riferimento per un’azione pubblicitaria), mentre la frequenza media è il rapporto tra il volume complessivo dei contatti sviluppati e il numero degli individui effettivamente raggiunti. Per esempio 400 GRPs al mese indicano che in media il 100% degli adulti nella popolazione sono esposti a quattro pubblicità al mese oppure il 50% sono esposti a otto pubblicità al mese e così via. I dati dei GRPs utilizzati in questo studio sono forniti dal Dipartimento della Salute.

I dati del sondaggio sono stati abbinati alle informazioni sui GRPs, sul prezzo delle sigarette e sul punteggio fornito alle attività per il controllo del tabagismo.

Per analizzare la relazione tra i GRPs e la diffusione del fumo e tra i GRPs e il consumo medio di sigarette sono state effettuate delle analisi che hanno evidenziato come gli effetti delle campagne sui comportamenti dei fumatori si registrino mentre le campagne sono in onda e per un breve periodo successivo. Per prevedere l’impatto dei GRPs sul consumo delle sigarette e sulla diffusione del fumo durante il periodo considerato è stato utilizzato il modello con i dati originali mentre per prevedere l’impatto in assenza di azione pubblicitaria è stata ripetuta la procedura impostando i GRPs uguale a zero.

Lo studio effettuato ha rilevato un’importante risultato, poiché durante il periodo considerato il consumo medio giornaliero e la diffusione del fumo hanno subito un calo e i tentativi di

smettere di fumare sono aumentati sia all'aumentare del punteggio calcolato sulle attività per il controllo del tabacco e sia con l'aumento della media ponderata del prezzo di un pacchetto da 20 sigarette.

I GRPs del periodo invece presentavano picchi alti e bassi senza però una chiara tendenza. In particolare dopo l'aggiustamento per le altre politiche sul controllo del tabacco, del costo delle sigarette, e considerando le caratteristiche individuali, la diffusione del fumo è stata associata con i GRPs dei due mesi precedenti. Fissato che un aumento di 400 punti dei GRPs equivale a dire che tutti gli adulti nella popolazione vedono quattro pubblicità al mese, questo è stato associato con elevata probabilità a un 3% di riduzione alla diffusione del fumo nei due mesi successivi.

Il modello ha evidenziato pertanto un calo di 3.7 punti percentuali tra il 2002 e il 2009 con le campagne pubblicitarie, mentre in assenza di queste la caduta è risultata inferiore e si aggira attorno ai 3.2 punti percentuali. La differenza, di 0.5 è attribuibile alle MMCs che rappresentano il 13.5% dei punti percentuali diminuiti in questo periodo, cioè un calo di 193.000 fumatori in Inghilterra in 7 anni, circa 27.500 in meno ogni anno.

Anche l'analisi sul consumo medio del fumo è stato associato con i GRPs del mese precedente utilizzando il modello aggiustato. Quindi un aumento di 400 punti GRPs è stato associato a una riduzione del 1.80% del consumo medio nel mese successivo. Dal 2002 al 2009 il modello ha previsto una diminuzione del 10.7% mentre senza le pubblicità questa caduta sarebbe stata del 9.5%, pertanto l'1.2% del calo potrebbe essere attribuito alle MMCs sul controllo del tabacco che rappresenta l'11.2% del declino totale dei consumi del periodo considerato.

Questo studio è il primo effettuato in Europa per esaminare gli effetti delle campagne sulla diffusione e sul consumo di sigarette oltre ad essere il primo a livello internazionale che esamina questi effetti in un ambiente con un'intensa attività contro il tabagismo.

In conclusione le campagne antifumo realizzate con i mass media finanziate dai governi riescono a creare degli atteggiamenti positivi nei fumatori, in particolare, si è riscontrato un aumento del numero di persone che ha smesso di fumare e una riduzione della diffusione del fumo, considerando solo gli impatti diretti delle MMCs, ma come indicato nel capitolo precedente, esistono anche degli effetti indiretti che permettono di aumentare la sensibilità alle politiche contro il tabagismo aumentando l'impatto potenziale sulla popolazione.

Un altro tipo di campagne pubblicitarie, però, sono quelle finanziate dalle case farmaceutiche e si focalizzano sulla promozione dei trattamenti sostitutivi della nicotina (NRT: nicotine replacement therapy) e hanno come principale obiettivo l'incremento delle vendite e quindi

dei profitti, anche se di conseguenza potrebbero influenzare positivamente il comportamento dei fumatori.

Sorge quindi la necessità di considerare l'impatto di queste campagne antifumo, soprattutto considerando che il governo del Regno Unito ha effettuato diversi tagli ai fondi destinati alle attività contro il tabagismo e che pertanto in alcuni periodi sono attive solo le pubblicità farmaceutiche.

Per questo motivo, nel 2012 Langley, McNeill, Lewis, Szatkowski e Quinn hanno condotto delle analisi di serie temporali per valutare l'associazione tra le campagne finanziate dai governi e quelle finanziate dalle industrie farmaceutiche su alcuni indicatori che individuano un comportamento atto a smettere di fumare.

Si utilizza, in particolare, una serie di dati dei tassi di ascolto televisivi (TVRs: television ratings points) che identificano la percentuale di ascoltatori esposti allo spot e si possono distinguere tra i TVRs mensili acquisiti per conto del governo tramite il Central Office of Information, il Cancer Research UK e la British Heart Foundation tra gennaio 2002 e maggio 2010 e i TVRs mensili acquisiti dalle aziende farmaceutiche per pubblicizzare i NRT da gennaio 2005 a Dicembre 2009.

Gli indicatori che rappresentano delle misure oggettive dell'abbandono del fumo e che saranno poi le tre variabili analizzate dal modello sono:

- le chiamate dei fumatori al National Health Service (NHS) per chiedere aiuto per smettere di fumare, sono un'importante attività perché molte campagne forniscono il numero e questo studio usa le chiamate mensili al NHS da novembre 2004 a giugno 2010;
- le vendite dei farmaci da banco per il NRT, un aumento delle quali può portare a un incremento delle persone che smettono di fumare ecco perché è stato calcolato il tasso delle vendite mensili su 100.000 cittadini da novembre 2003 a settembre 2008;
- le prescrizioni di NRT, sono state considerate nel modello utilizzando i dati registrati nei database del Health Improvement Network (THIN) e calcolando il tasso di prescrizione mensile da gennaio 2002 a giugno 2009 come rapporto tra il numero delle prescrizioni e il numero totale di individui che hanno fornito dati al THIN.

I modelli sono stati sviluppati per studiare gli effetti delle due tipologie di campagne pubblicitarie sulle variabili dipendenti sopra enunciate e i risultati possono essere interpretati come: la variazione percentuale della variabile dipendente a seguito di una variazione del 1% della variabile esplicativa.

I risultati mostrano che i TVRs delle campagne governative hanno i picchi maggiori di ascolto nel gennaio 2005 e 2010, mentre i TVRs delle campagne farmaceutiche sono caratterizzati da

alti e bassi durante tutto il periodo considerato, i picchi più rilevanti sono avvenuti in gennaio 2005 e in luglio 2007 quanto la legislazione contro il fumo era attiva.

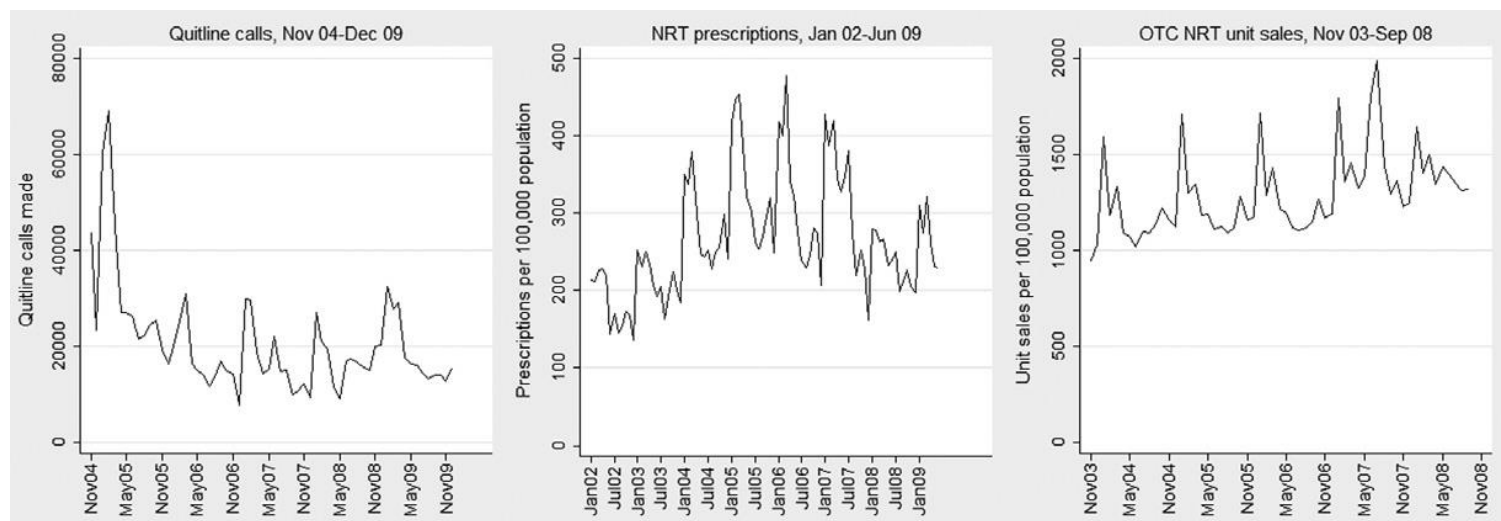


Figura 1 – Quitline calls, NRT prescriptions e OTC NRT unit sales.

Il grafico in figura 1 analizza le tre variabili dipendenti e in particolare le chiamate al NHS nel gennaio e nel febbraio 2005 sono state circa 70.000 mentre successivamente il numero si è stabilizzato tra i 10.000 e i 30.000 per tutto il resto del periodo, per quanto riguarda invece le prescrizioni dei NRT hanno subito un graduale aumento fino al 2005 per poi diminuire lentamente, infine il livello delle vendite di farmaci da banco di NRT è incrementato durante tutto il periodo, con picchi nei primi mesi di ogni anno, anche se il mese con maggiori vendite registrate è nel luglio 2007.

Il modello evidenzia gli effetti delle campagne governative sulle chiamate al NHS e un incremento dell'1% dei TVRs porta a un aumento dello 0.129% delle chiamate. Le campagne governative quindi sono associate positivamente alle chiamate mentre non sono legate alle vendite dei OTC NRT e alle prescrizioni di NRT.

Per quanto riguarda i TVRs degli spot farmaceutici hanno un piccolo effetto sulle vendite dei prodotti da banco sostitutivi alla nicotina, nel modello infatti un aumento del 1% nei TVRs provoca un incremento dello 0.05% sulle vendite.

Questo è il primo studio che analizza gli effetti delle campagne antifumo finanziate dalle industrie farmaceutiche sul comportamento dei fumatori e mentre si è rilevato un significativo legame tra le campagne governative e le chiamate al NHS dello stesso mese anche se l'effetto non si è comunque prolungato oltre un mese dalle pubblicità, il legame tra le campagne farmaceutiche e le vendite di NRT è risultato positivo ma di dimensioni nettamente inferiori e si presenta solo nel mese in cui lo spot è in onda.

Posso concludere pertanto confermando la capacità delle campagne pubblicitarie, finanziate dal governo, a incoraggiare i consumatori a smettere di fumare mentre attesto la scarsa efficacia delle pubblicità farmaceutiche, sarà quindi importante in futuro concentrarsi principalmente sulle prime cercando inoltre di aumentarne l'effetto.

4.2. VALUTAZIONI DEGLI EFFETTI DI UN BLOCCO DELLE CAMPAGNE ANTIFUMO

Dal mese di Aprile del 2010 il governo inglese ha interrotto i finanziamenti destinati alle campagne contro il tabagismo che utilizzano i mass media, per poi reintrodurli solo nel settembre del 2011 e in misura inferiore rispetto a quelli precedenti al taglio.

Nel 2013, Langley, Szatkowski, Lewis, McNeill, Gilmore, Salway e Sims hanno condotto perciò uno studio per valutare gli effetti di questo blocco delle campagne antifumo sui comportamenti dei fumatori e in particolare sono stati considerati gli impatti della sospensione di due tipologie di supporto alla cessazione del fumo, il supporto intensivo e non intensivo.

Per studiare l'associazione tra l'interruzione dei finanziamenti e l'uso dei supporti non intensivi sono stati usati i dati mensili della popolazione, forniti dal dipartimento della salute, sulle chiamate al NSH, le richieste di aiuto scritte inviate per ricevere i kit gratuiti per smettere di fumare e le visite al sito internet appositamente realizzato per combattere il tabagismo.

Per analizzare, invece, l'associazione tra il blocco e l'uso di supporti intensivi forniti dal NHS Stop Smoking Services (SSS), caratterizzati da consulenze specifiche per smettere di fumare, sono stati usati i dati trimestrali della popolazione sul numero di individui che hanno fissato una data per smettere di fumare e hanno portato a termine con successo il loro obiettivo.

È stato analizzato quindi l'effetto della sospensione delle campagne definito come la variazione percentuale di ogni variabile dopo il blocco.

Una prima analisi sui supporti non intensivi mostra che prima del blocco delle campagne le chiamate mensili erano circa 20.000, il numero di richieste scritte erano sulle 3.800 e le visite ai siti web si aggiravano sulle 270.000 al mese.

A seguito, però, dell'interruzione dei finanziamenti questi valori hanno subito una notevole riduzione e in particolare il calo maggiore si è registrato nelle richieste scritte, le quali sono diminuite del 98%, mentre le visite ai siti web hanno riscontrato una caduta del 65% e le chiamate del 34%. Inoltre tra il 16 e il 24% dei fumatori, che utilizzano quest'ultime come supporto per abbandonare il fumo, riescono realmente ad avere successo, mentre solo tra il 3 e

il 5% di essi vanno a buon fine senza i supporti forniti dal governo. Pertanto non solo si riduce il numero di tentativi ma anche la percentuale di successo.

Il numero di persone che invece hanno fissato una data per smettere di fumare e per 4 settimane si sono sottoposte ai servizi destinati a tal fine, secondo il SSS, era aumentato durante le MMCs e ha continuato ad crescere anche dopo il blocco, pertanto non è stata individuata una variazione statisticamente rilevante. Le ragioni della mancanza di effetti sui supporti intensivi non sono chiare, ma possono dipendere dal fatto che a differenza dei supporti non intensivi che sono principalmente pubblicizzati a livello nazionale, i SSS sono ampiamente promossi a livello locale e questa promozione è probabilmente continuata durante il blocco.

Questo è il primo studio che analizza gli effetti di una totale sospensione delle campagne contro il tabagismo e i risultati dimostrano che questa interruzione è associata con una immediata e sostanziale riduzione dell'utilizzo dei supporti forniti dal governo e perciò i paesi dovrebbero limitare il più possibile i tagli alle campagne perché questo genera comportamenti negativi dei consumatori.

Inoltre un punto debole di questa analisi è dato dall'incapacità di considerare tutta la popolazione, infatti solo una piccola parte dei fumatori usa le chiamate, i siti web, i pacchetti gratuiti e i SSS, perciò si riesce a catturare solo una porzione dei tentativi realmente intrapresi dalla popolazione e questo ci permette di concludere che l'impatto complessivo del blocco è probabilmente ancora più ampio rispetto ai risultati individuati.

5. ANALISI DEL PROBLEMA IN ITALIA

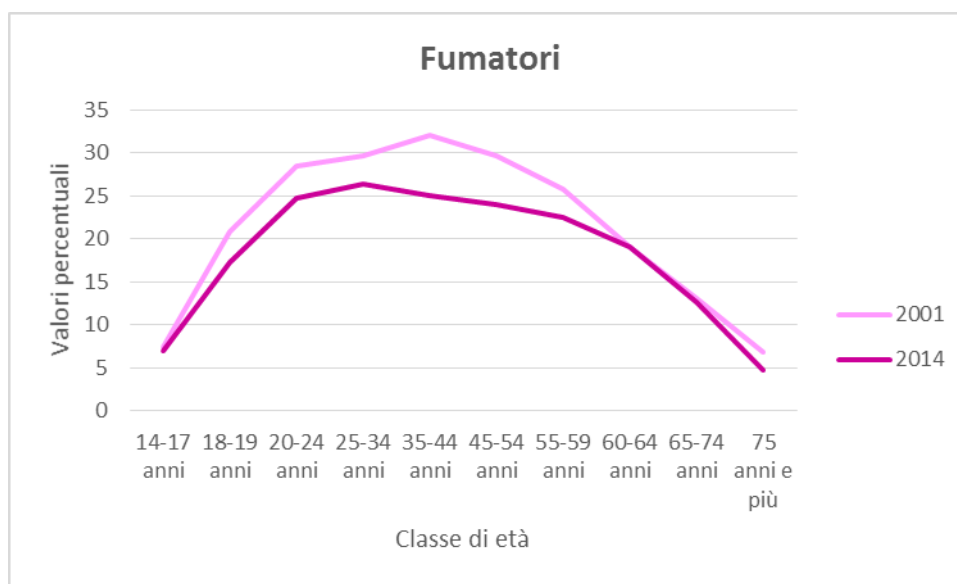
L'Italia è sempre stato un paese molto attivo nella lotta al tabagismo, la prima Legge n. 584 risale infatti all'11 novembre 1975 e stabiliva il divieto di fumare in alcuni locali pubblici tra cui gli ospedali, le aule scolastiche, i cinema e i musei. Nel 1995, tramite una Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri, il divieto di fumo è stato esteso ai locali destinati all'erogazione dei servizi pubblici da parte della pubblica amministrazione, dalle aziende pubbliche e dai privati esercenti servizi pubblici. A queste normative ne sono seguite delle altre e in particolare le nuove disposizioni sono entrate in vigore il 2 Febbraio 2016 (Ministero della Salute).

5.1. TIPOLOGIE DI FUMATORI

I dati presenti sul sito del Ministero della Salute forniti dall'Istituto Superiore della Sanità (ISS 2015) relativi al 2015, mostrano che i fumatori presenti in Italia sono 10,9 milioni corrispondenti al 20,8% della popolazione, di cui 6,3 milioni uomini e 4,6 milioni donne, si può subito notare che la percentuale di fumatori è più elevata rispetto a quella delle fumatrici, inoltre è stato possibile stimare il consumo medio di sigarette che è di circa 13 sigarette al giorno. In Italia si inizia a fumare mediamente a 17 anni con un gap tra uomini e donne di circa 2 anni, più nello specifico circa il 73% dei fumatori ha iniziato a fumare tra i 15 e i 20 anni, anche se il 12,9% inizia prima dei 15 anni e la motivazione principale è l'influenza dei pari e il bisogno di appartenenza a un gruppo. La fascia di età tra i 25 e i 44 anni registra la maggior prevalenza di fumatori. Mediamente poi, si smette di fumare a 42 anni per entrambi i sessi e i motivi principali sono diversi, gli uomini lo fanno per ragioni economiche e per motivi di salute mentre le donne lo fanno solitamente a seguito di una gravidanza. Gli ex fumatori sono in tutto 6,3 milioni, di cui 4 milioni di uomini e 2,3 milioni di donne.

Sul rapporto tra i giovani e il fumo sono state realizzate due revisioni Cochrane e uno studio dell'Osservatorio Fumo Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). I risultati mostrano che gli interventi di tipo informativo, come ad esempio opuscoli o tutor, sono del tutto inefficaci sui giovani, mentre interventi diretti alla gestione delle relazioni, alla riduzione dell'ansia sociale e sulla creazione di idee individuali permettono di ottenere dei risultati soddisfacenti. In particolare lo studio basato sull'analisi per 9 mesi di una popolazione di 246 alunni appartenenti a 12 classi di 2 Istituti Tecnici ha rilevato che nel gruppo di controllo sottoposto a incontri informativi i fumatori sono aumentati dal 17 al 25%, mentre nel gruppo sperimentale sottoposto a interventi del secondo tipo il numero si è dimezzato dal 17 al 9%.

Ho costruito il grafico seguente utilizzando i dati dell'Istituto nazionale di statistica, ISTAT (Data warehouse I.stat 2016), e mostra la percentuale di fumatori presenti in Italia per diverse fasce di età nel novembre 2001 e nel febbraio 2014. Si può notare che questo grafico conferma l'elevata diffusione del fumo in giovane età e che la più alta percentuale di fumatori si attesta tra i 25 e i 44 anni, solo successivamente il numero di fumatori inizia a ridursi. È importante evidenziare anche che nonostante tra i due anni considerati gli andamenti siano simili, la percentuale di fumatori in 14 anni è calata.



In conclusione, l'Italia ha come principale obiettivo non solo quello di ridurre il numero di fumatori ma soprattutto quello sensibilizzare i giovani a non iniziare a fumare.

5.2. CAMPAGNE ANTIFUMO IN ITALIA

La legge n. 3 del 16 gennaio 2003 art. 51, detta anche legge Sirchia dal nome del suo promotore Girolamo Sirchia, è entrata in vigore, cioè è diventata pienamente operativa, solo il 10 gennaio 2005 per permettere agli esercenti di adeguarsi alle nuove normative. Con questa legge, l'Italia è stato il primo paese europeo a introdurre una normativa per regolamentare il fumo in tutti i luoghi chiusi pubblici e privati compresi i luoghi di lavoro e le strutture del settore dell'ospitalità, con le sole eccezioni dei locali riservati ai fumatori, dotati di appositi sistemi di ventilazione, e degli ambiti strettamente privati, cioè le abitazioni civili (Girolamo Sirchia 2011). Questa legge, secondo i dati elaborati dall'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato (AAMS), ha portato a dei risultati positivi dato che la diminuzione delle vendite di sigarette dal 2004 è stata circa del 20,6% dal 2012 anche se contemporaneamente le vendite del tabacco trinciato da arrotolare si sono più che quadruplicate spesso perché hanno

un costo inferiore rispetto alle sigarette e quindi sono particolarmente appetibili soprattutto per i giovani (Ministero della salute).

Dal 2016, e in particolare con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del Dlgs. n.6 del 12 gennaio 2016, l'Italia ha recepito la Direttiva Europea 2014/40/UE sul ravvicinamento delle disposizioni legislative degli Stati membri al fine di dissuadere i consumatori, in particolare i giovani dal consumo di sigarette. Le principali novità e restrizioni introdotte dalla Direttiva sono:

- Introduzione sulle confezioni di sigarette, e degli altri prodotti del tabacco di avvertenze come: testo, fotografia a colori e numero del telefono verde contro il fumo. Le avvertenze occuperanno il 65% del fronte e del retro delle confezioni;
- Divieto di additivi che rendono più attrattivo e più nocivo il prodotto del tabacco, come ad esempio la caffeina, i coloranti delle emissioni e alcune sostanze che facilitino l'inalazione o l'assorbimento di nicotina ma che hanno proprietà cancerogene o tossiche;
- Abolizione dei pacchetti da 10 sigarette e delle confezioni di tabacco da arrotolare contenenti meno di 30 grammi di tabacco;
- Divieto di utilizzare nell'etichettatura elementi promozionali o fuorvianti, come un odore o un gusto e riferimenti a benefici per la salute;
- Divieto di mettere sulle etichette informazioni relative al contenuto di catrame, nicotina o monossido di carbonio, perché il consumatore confrontando i prodotti, tenderebbe a preferire quello con minori quantità credendolo meno nocivo;
- Divieto di aromi caratterizzanti nelle sigarette e nel tabacco da arrotolare, cioè odori o gusti distinguibili, come ad esempio la frutta e le spezie;
- Divieto di vendita a distanza transfrontaliera (on line) di prodotti del tabacco, sigarette elettroniche e contenitori di liquido di ricarica con nicotina.

Oltre a queste novità sono state, inoltre, introdotte alcune disposizioni non previste dalla Direttiva ma fortemente volute dal Ministero della Salute con l'obiettivo di assicurare la maggior protezione possibile ai minori, in particolare:

- “Divieto di vendita ai minori dei prodotti del tabacco di nuova generazione;
- Divieto di fumo in autoveicoli in presenza di minori e donne in gravidanza;
- Divieto di fumo nelle pertinenze esterne degli ospedali e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pediatrici, nonché nelle pertinenze esterne dei singoli reparti pediatrici, ginecologici, di ostetricia e neonatologia;

- Inasprimento delle sanzioni per la vendita e somministrazione di prodotti del tabacco, sigarette elettroniche e prodotti di nuova generazione ai minori;
- Verifica dei distributori automatici, possibilmente al momento dell'installazione e comunque periodicamente, al fine di controllare il corretto funzionamento dei sistemi automatici di rilevamento dell'età dell'acquirente" (Ministero della Salute).

Per quanto riguarda le misure relative alla sigaretta elettronica è stato introdotto il divieto di vendita ai minori di 18 anni e l'introduzione di requisiti di sicurezza per le sigarette elettroniche e i contenitori di liquido di ricarica contenenti nicotina, a prova di bambino e di manomissione, correlati da un foglietto illustrativo contenente le istruzioni d'uso e le controindicazioni. Il Ministero della salute attiverà un sistema di monitoraggio dell'applicazione e valutazione dell'impatto del nuovo Decreto sulla popolazione attraverso un progetto coordinato dall'ISS.

Le ultime campagne antifumo realizzate in Italia (Ministero salute) sono state:

- La campagna dal 2002 al 2003 era focalizzata sul miglioramento di alcuni stili di vita cioè sulla corretta alimentazione con "Vivi sano e mangia bene" e sulla dissuasione dal fumo intitolata "Fai la cosa giusta accendi solo i tuoi sogni", ed è stata realizzata a fronte dell'aumento del 25% dell'obesità in Italia per questo era rivolta a tutta la popolazione al fine di evitare gli eccessi alimentari e a tenere uno stile di vita sano; gli obiettivi della campagna antifumo rivolta in prevalenza a giovani e donne, erano sviluppare la consapevolezza dei danni che il fumo provoca sia ai fumatori che ai non fumatori. I mezzi con cui è stata sviluppata erano la televisione con spot di breve durata e con programmi speciali dedicati, la radio con interventi all'interno dei principali programmi e otto giornate tematiche, infine Internet con banner dedicati sul portale del Ministero della Salute.



- Da gennaio a maggio 2005 “Liberi di respirare”, era la campagna promossa dal Ministero della Salute in collaborazione con la Lega italiana lotta ai tumori (LILT) e aveva lo scopo di informare la collettività sulle nuove misure introdotte con la legge n. 3 del 16 gennaio 2003



relative al divieto di fumo nei locali aperti al pubblico, mirando a sensibilizzare i fumatori sul rispetto della libertà dei non fumatori. Il target di riferimento erano i fumatori della fascia di età tra i 40 e i 50 anni e i giovani. Gli strumenti utilizzati sono stati gli spot televisivi, i quotidiani, i cinema, le affissioni, dei kit stampati a larga diffusione distribuiti presso 103 sezioni provinciali e alcuni eventi concomitanti come la settimana della prevenzione dal 12 al 21 maggio e la giornata nazionale senza tabacco.

- “Il fumo uccide: difenditi!” era lo slogan della campagna del 2009 che vedeva come testimonial il noto attore, regista e cabarettista Renato Pozzetto. Gli obiettivi erano gli stessi delle precedenti campagne e il target individuato era rappresentato soprattutto dai fumatori abituali ed è stata realizzata in fasi successive e collegate tra loro attraverso 3 claim differenti, i claim detti anche slogan o headline, sono le frasi utilizzate all’interno di una pubblicità per sottolineare la peculiarità di un prodotto o di un servizio e per descrivere la sua superiorità rispetto alla concorrenza. Il primo slogan “Il fumo uccide Difenditi”, trasmesso da febbraio ad aprile, esponeva con ironia alcune delle principali patologie correlate al fumo di tabacco, tra le quali l’infarto e il tumore. Il secondo claim “Invece di accendere la sigaretta accendi il cervello”, usato durante il mese di agosto, riprendeva lo stile comunicativo ironico utilizzato nello spot televisivo, ma era sviluppato tramite tre spot radiofonici. Infine, durante il



periodo natalizio, era stato realizzato un manifesto con lo slogan “A Natale fatti un bel regalo. Smetti di fumare” affisso nella maggiori città italiane.

- Nel 2013, in occasione della giornata mondiale contro il fumo, il Ministero della Salute in collaborazione con l'ISS, il Gruppo Ferrovie dello Stato Italiane e la Fondazione Veronesi ha promosso la campagna "sFRECCIA CONTRO IL FUMO", questa prevedeva diverse iniziative per una settimana: una consulenza gratuita da parete di un team di 32 operatori dei Centri Anti Fumo del Servizio Sanitario Nazionale a bordo di alcune tratte dei treni Frecciarossa; una guida curata dall'ISS con i principali consigli per smettere di fumare distribuita a bordo delle Frece. I canali di comunicazione utilizzati erano i siti ufficiali e le newsletter di tutti i partner coinvolti; infine la Fondazione Veronesi ha installato presso le stazioni di Roma Termini e Milano Centrale una sigaretta spenta come un invito ai fumatori per spegnere l'ultima sigaretta.



- L'ultima campagna è partita a fine settembre 2015 e fornisce un doppio messaggio: uno specifico legato al fumo abbinato ad un comportamento sociale non corretto, come il maltrattamento degli animali, questa combinazione ha lo scopo di rafforzare il tema della campagna. Il target primario di riferimento è la popolazione generale, ma il target secondario sono le donne e i giovani. Si cerca di far riflettere utilizzando l'ironia e per questo il testimonial scelto è Nino Frassica attore e comico italiano e lo slogan adottato è "Ma che sei scemo? Il fumo fammale!". Questa campagna si compone di spot televisivi e radiofonici, ma ha per la prima volta l'obiettivo di diffondersi soprattutto sul web tramite la creazione di una pagina apposita e di una pagina Facebook nelle quali pubblicare con cadenza settimanale gli spot mandati in onda al fine di stimolare una condivisione spontanea nei social network.



5.3. ANALISI DEI DATI PRIMA E DOPO LE CAMPAGNE ANTIFUMO

Per analizzare l'effetto sui fumatori delle campagne antifumo realizzate in Italia ho costruito il grafico sottostante utilizzando i dati ISTAT (Data warehouse I.stat 2016) che derivano da un'indagine campionaria multiscopo chiamata "Aspetti della vita quotidiana". Dal 1993 al 2003 questa l'indagine è stata condotta ogni anno nel mese di novembre, nel 2004 non è stata effettuata e dal 2005 viene condotta ogni anno nel mese di febbraio.

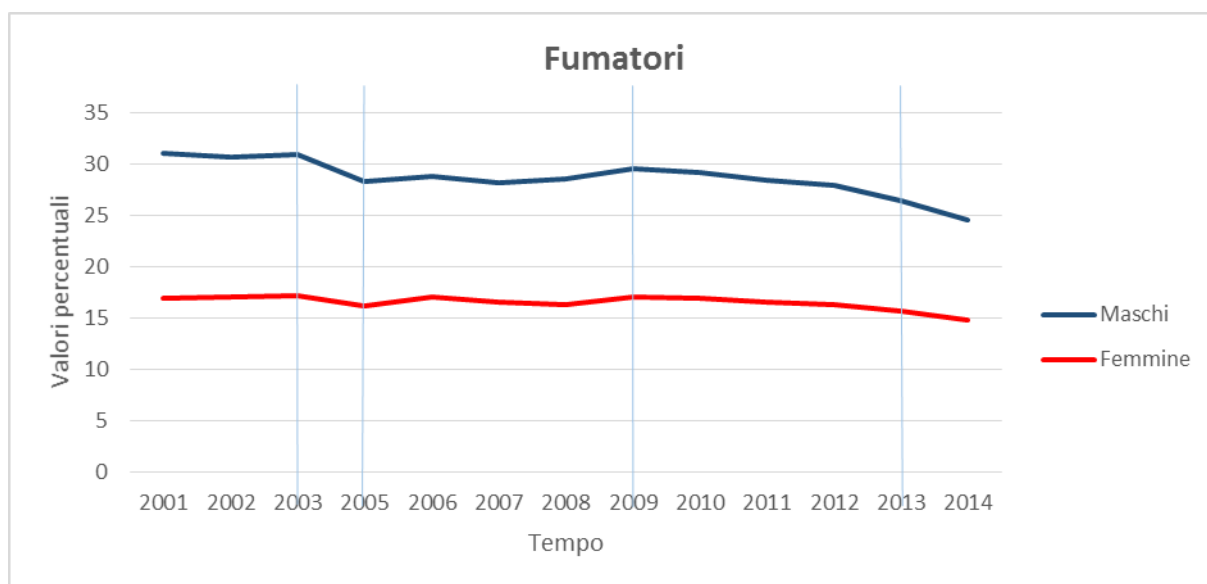


Figura 1: percentuale di fumatori presenti in Italia nel periodo 2001-2014 divisi tra maschi e femmine

Il grafico permette di vedere l'andamento dei fumatori italiani in un arco di tempo abbastanza lungo e le linee verticali rappresentano i periodi in cui è stata realizzata una campagna antifumo nel nostro paese. È possibile notare che dal 2003 al 2005 è stato registrato un calo per entrambi i sessi, anche se più accentuato per i maschi, la riduzione totale è del 1,2% e questa riduzione probabilmente è stata influenzata anche dalla promulgazione della legge Sirchia e dalle attività messe in pratica per adeguarsi. Nel 2005 nonostante fosse attiva la campagna "Liberi di respirare" il grafico mostra degli scontamenti in diminuzione e in aumento quindi probabilmente in questo periodo c'è stata l'influenza di altri fattori. Dal 2009 il grafico è decrescente e similmente a quanto osservato prima, la riduzione è maggiore per gli uomini e si è passati da un totale di 23% del 2009 al 19,5% del 2014, in questo periodo sono state attivate sia "Il fumo uccide: difenditi!" e "sFRECCIA CONTRO IL FUMO" pertanto posso affermare che tale riduzione può essere stata influenzata da queste campagne, le quali hanno probabilmente contribuito insieme ad altri fattori come ad esempio l'aumento dei prezzi, l'invecchiamento della popolazione, la maggiore istruzione e consapevolezza sugli effetti dannosi del fumo, a un leggero ma non permanente declino della diffusione del fumo.

6. CONCLUSIONI

Le teorie economiche illustrate permettono di concludere che è possibile influenzare il comportamento dei consumatori intervenendo, per quanto riguarda la teoria della dipendenza razionale, su due aspetti: gli aumenti dei prezzi che influenzano maggiormente i giovani e le persone con bassi livelli di reddito; e una maggiore diffusione delle informazioni sui danni provocati dalle dipendenze che influenzano di più le persone con elevati livelli di reddito.

La teoria delle preferenze inconsistenti invece sostiene che i consumatori sono attratti dalle ricompense immediate e che hanno problemi di autocontrollo, pertanto per cercare di ridurre l'impazienza devono adottare delle strategie atte a ridurre il desiderio e ad aumentare la volontà di smettere di fumare.

La Convenzione Quadro per il Controllo del Tabacco individua delle misure da adottare per contrastare il problema e sono concordi con i risultati individuati dalle teorie economiche, infatti tra queste misure troviamo: l'aumento del prezzo delle sigarette tramite l'aumento delle tasse, la sensibilizzazione dell'opinione pubblica tramite ad esempio interventi nelle scuole ma anche tramite la stampa nei pacchetti di sigarette di immagini e scritte sui danni del fumo, oltre alle campagne di comunicazione che possono influenzare la forza di volontà dei consumatori. Tramite queste misure e quelle del divieto di fumo nei luoghi pubblici è possibile non solo ridurre i danni del fumo passivo ma anche spingere il consumatore ad avere un maggiore autocontrollo.

Gli studi analizzati inoltre permettono di individuare che le campagne antifumo finanziate dai governi influenzano positivamente il comportamento dei consumatori riscontrando una riduzione della diffusione del fumo e un aumento del numero di persone che smettono di fumare, mentre le campagne finanziate dalle case farmaceutiche non hanno un impatto significativo sui consumatori. Inoltre sono stati analizzati gli effetti di un blocco delle campagne antifumo e i risultati sono negativi, perché oltre a essersi ridotto il numero di tentativi si è riscontrata una diminuzione del successo di tali tentativi.

È importante considerare però, che in questi studi vengono considerati solo gli impatti diretti delle campagne, e non quelli indiretti, quindi i risultati saranno ampliati nella realtà.

Infine, l'Italia è sempre stato un paese attivo nella lotta al tabagismo e ha realizzato molte campagne antifumo, strutturate principalmente al fine di cercare di ridurre il problema e aumentare la consapevolezza utilizzando l'ironia. Secondo i dati riportati dall'ISTAT la percentuale di fumatori si è leggermente ridotta nel tempo e questo probabilmente dipende sia

dalle campagne antifumo, sia dalle altre attività legislative attuate dai governi che da altri fattori come l'aumento della consapevolezza.

Possiamo pertanto concludere che il tabagismo è, come già detto, la prima causa di morte evitabile al mondo e che non spetta solo agli stessi fumatori cercare di combattere il problema e di avere maggior autocontrollo nelle proprie scelte, ma è anche compito dei governi cercare sempre nuovi strumenti e renderli sempre più efficaci.

BIBLIOGRAFIA

- AINSLIE, G., 1991. Derivation of “Rational” Economic Behavior from Hyperbolic Discount Curves. In: DRAGONE, D., 2008. *Incoerenza Dinamica, Autocontrollo e Modelli Duali: una Prospettiva Interdisciplinare* [online]. Disponibile su: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www2.dse.unibo.it/dragone/research/7bis+IncoerenzaDinamicaAutocontrollo.pdf&gws_rd=cr&ei=3uHXVvXGBaXB6ASCI7aIDw.
- BECKER, G., MURPHY, K., 1988. *A Theory of Rational Addiction* [online]. Chicago: The University of Chicago Press. Disponibile su: <http://www.jstor.org/stable/1830469>.
- BECKER, G., GROSSMAN, M., MURPHY, K., 1991. *Rational Addiction and the Effect of Price on Consumption* [online]. American Economic Association. Disponibile su: <http://www.jstor.org/stable/2006861>.
- BECKER, G., GROSSMAN, M., MURPHY, K., 1990. *An Empirical Analysis of Cigarette Addiction* [online]. Disponibile su: <http://www.nber.org/papers/w3322>.
- BRUNO, F., 2010. *Disassuefazione dal fumo* [online]. Disponibile su: http://fbrunocsmc.ariel.ctu.unimi.it/projects/fbrunoCSMC/contents/Disassuefazione_d_a_fumo_approfondimento_su_Professione_Salute.pdf.
- CANDIANI, G., TRISCIUOGLIO, L., ZADIG, 2013. *Prevenzione primaria del fumo di tabacco* [online]. NIEbP. Disponibile su: http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Prev_Fumo_B.pdf.
- CHALOUPKA, F., S.d. Rational Addictive Behavior and Cigarette Smoking. In: BECKER, G., GROSSMAN, M., MURPHY, K., 1991. *Rational Addiction and the Effect of Price on Consumption* [online]. American Economic Association. Disponibile su: <http://www.jstor.org/stable/2006861>
- COOK, P., TAUCHEN, G., 1982. The Effect of Liquor Taxes on Heavy Drinking. In: BECKER, G., GROSSMAN, M., MURPHY, K., 1991. *Rational Addiction and the Effect of Price on Consumption* [online]. Disponibile su: <http://www.jstor.org/stable/2006861>
- COMMISSIONE EUROPEA, S.d. *Campagne dell'UE contro il fumo* [online]. Disponibile su: <http://ec.europa.eu/health/tobacco/ex-smokers-are-unstoppable/index-it.htm>.
- DRAGONE, D., 2008. *Incoerenza Dinamica, Autocontrollo e Modelli Duali: una Prospettiva Interdisciplinare* [online]. Disponibile su:

- http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www2.dse.unibo.it/dragone/research/7bis_IncoerenzaDinamicaAutocontrollo.pdf&gws_rd=cr&ei=3uHXVvXGBaXB6ASCI7aIDw.
- FARREL, P., FUCHS, V., 1982. Schooling and Health: The Cigarette Connection. In: BECKER, G., GROSSMAN, M., MURPHY, K., 1991. *Rational Addiction and the Effect of Price on Consumption* [online]. American Economic Association. Disponibile su: <http://www.jstor.org/stable/2006861>
 - HOCH, S., LOEWNSTEIN, G., 1991. *Time-inconsistent Preferences and Consumer Self-Control* [online]. Disponibile su: <http://www.jstor.org/stable/2626842>.
 - ISTAT, 2016. *Aspetti della vita quotidiana* [online]. Disponibile su: <http://dati.istat.it/>
 - ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, S.d. *Fumo* [online]. Disponibile su: <http://www.iss.it/fumo/index.php?lang=1&id=172&tipo=4>.
 - KOTLER, P., et al, 2012. *Marketing Management*. 14°ed. Milano, Torino: Pearson p. 145-147.
 - LANGLEY, T., et al, 2013. *The freeze on mass media campaigns in England: a natural experiment of the impact of tobacco control campaigns on quitting behavior* [online]. John Wiley & Sons Ltd. Disponibile su: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.12448/full>.
 - LANGLEY, T., et al, 2012. *The impact of media campaigns on smoking cessation activity: a structural vector autoregression analysis* [online]. Society for the Study of Addiction. Disponibile su: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2012.03958.x/abstract?userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=>.
 - LEWIT, E., COATE, D., 1982. The Potential for Using Excise Taxes to Reduce Smoking. In: BECKER, G., GROSSMAN, M., MURPHY, K., 1991. *Rational Addiction and the Effect of Price on Consumption* [online]. American Economic Association. Disponibile su: <http://www.jstor.org/stable/2006861>
 - LEWIT, E., COATE, D., GROSSMAN, M., 1981. The Effect of Government Regulation on Teenage Smoking. In: BECKER, G., GROSSMAN, M., MURPHY, K., 1991. *Rational Addiction and the Effect of Price on Consumption* [online]. American Economic Association. Disponibile su: <http://www.jstor.org/stable/2006861>
 - MINISTERO DELLA SALUTE, S.d. *Fumo* [online]. Disponibile su: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=stiliVita&menu=fumo.

- O'DONOGHUE, T., RABIN, M., 1999. *Addiction and Self-Control* [online]. Disponibile su: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.61.4642&rep=rep1&type=pdf>.
- PIGATTO, A., 2003. La condizione di dipendenza patologica. In: CARDOSO, P., MALANDRINI, C., ROMOLINI, E., S.d. *Le nuove dipendenze* [online]. Disponibile su: <http://www.psicolab.net/public/pdfart/10174.pdf>.
- SIMS, M., et al, 2014. *Effectiveness of tobacco control television advertising in changing tobacco use in England: a population-based cross-sectional study* [online]. John Wiley & Sons Ltd. Disponibile su: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.12501/full>.
- SIRCHIA, G., 2011. *La lotta al tabacco in Italia* [online]. S.n. Disponibile su: <http://girolamosirchia.org/pubblica-amministrazione/ministro-della-salute/legge-sul-fumo/>.
- STROZT, R., 1956. Myopia and Inconsistency in Dynamic Utility Maximization. In: HOCH, S., LOEWNSTEIN, G., 1991. *Time-inconsistent Preferences and Consumer Self-Control* [online]. Disponibile su: <http://www.jstor.org/stable/2626842>
- THALER, R., 1981. *Some Empirical Evidence on Dynamic Inconsistency* [online]. Ithaca: Cornell University Disponibile su: <http://faculty.chicagobooth.edu/Richard.Thaler/research/pdf/Some%20Empirical%20Evidence%20on%20Dynamic%20Inconsistency.pdf>.
- TINGHINO, B., 2012. *Sigaretta elettronica: luci e ombre* [online]. S.n. Disponibile su: http://www.tabaccologia.it/filedirectory/PDF/3-4_2012/093-42012.pdf.
- U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, 2016. Tobacco products [online]. Disponibile su: <http://www.fda.gov/TobaccoProducts/default.htm>.
- VERMANN, E., 2011. *Time Inconsistency: Today's Actions = Tomorrow's Regrets* [online]. Disponibile su: https://research.stlouisfed.org/pageone-economics/uploads/newsletter/2011/201109_ClassroomEdition.pdf.
- WAKEFIELD, M., LOKEN, B., HORNIK, R., 2010. *Use of mass media campaigns to change health behavior* [online]. Disponibile su: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60809-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60809-4/abstract).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015. *Tobacco* [online]. Disponibile su: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>.