



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Studi Linguistici Letterari

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di Laurea Magistrale in
Strategie di Comunicazione
Classe LM-92

Tesi di Laurea Magistrale

*La comunicazione persuasiva nell'ambito della
lotta contro il fumo: il ruolo delle immagini
shock sui pacchetti di sigarette*

*Persuasive communication in the fight against smoking:
the role of shock images on cigarette packages*

Relatore
Prof.ssa Lorella Lotto

Laureanda
Gloria Minelli
n° matr.1177222 / LMSGC

Anno Accademico 2018 / 2019

Indice

Introduzione	7
CAPITOLO PRIMO - Modelli teorici di riferimento che indagano la funzione persuasiva della comunicazione, con focus nell'ambito della salute	11
1.1 La comunicazione persuasiva	12
1.2 Tre grandi direttrici scientifico-teoriche nello studio della persuasione	13
1.2.1 Le caratteristiche persuasive di fonte, messaggio e ricevente definite nell'Approccio Atomistico	13
1.2.2 La teoria generale dei processi di persuasione.....	23
1.2.3 Strategie di persuasione volte ad un cambiamento di atteggiamento..	27
1.3 La comunicazione persuasiva nell'ambito della salute	29
1.3.1 Il concetto di rischio nella salute.....	32
1.3.2 L'Effetto framing come modalità di esposizione dell'informazione...39	
1.3.3 Il message framing nell'ambito della salute.....	43
1.3.4 La strategia persuasiva dell'Appello alla Paura e il Modello Esteso dei Processi Paralleli.....	47
1.3.5 Fear appeal e message framing come strategie complementari di comunicazione persuasiva alla salute.....	54
1.3.6 Il coinvolgimento emotivo e la forza dell'affect nell'elaborazione delle informazioni.....	56
CAPITOLO SECONDO - Le dimensioni del problema fumo: caratteristiche, problematiche, fattori di influenza e strategie e mezzi per contrastarlo	61
2.1 Presentazione del fenomeno	62
2.2 Alcuni dati sulla diffusione dell'abitudine al fumo e sulla stima delle morti ad esso annesse nel mondo, in Europa e in Italia	64

2.3 Le motivazioni psico-fisiche che spingono ad iniziare e continuare a fumare.....	70
2.3.1 Le caratteristiche dell'astinenza da nicotina.....	74
2.4 Le sostanze tossiche (e cancerogene) contenute nel fumo del tabacco.....	77
2.5 I danni provocati dal fumo e i rischi a cui espone.....	82
2.5.1 I danni del fumo sono maggiori nelle donne.....	87
2.5.2 I danni del fumo durante la gravidanza e i rischi a cui sono esposti i bambini.....	89
2.5.3 Il fumo passivo e i danni che provoca.....	92
2.6 La normativa vigente per la tutela dei non fumatori: la legge antifumo.....	96
2.7 Rimedi, misure e modalità per smettere di fumare.....	101
2.8 Chi è riuscito a smettere di fumare ed i benefici di cui può tornare a godere.....	105
CAPITOLO TERZO - Studio e analisi del ruolo delle immagini shock apposte sui pacchetti di sigarette.....	111
3.1 L'introduzione delle immagini shock sui pacchetti di sigarette.....	112
3.2 Le caratteristiche e le finalità delle immagini shock presenti sui pacchetti di sigarette.....	113
3.3 Analisi delle immagini shock in relazione ad alcune teorie della persuasione e relative ipotesi di modifica.....	118
Conclusione.....	131
Ringraziamenti.....	133
Bibliografia.....	135
Documenti consultati su Internet e Sitografia.....	141

Introduzione

Tengo anzitutto a dire che quest'elaborato nasce da un interesse personale, reale e concreto nei riguardi di ogni tematica trattata al suo interno e, in particolare, per le teorie persuasive della comunicazione e la problematica onnipresente legata al fenomeno del fumo e del tabagismo.

Nello specifico questa tesi si articola in tre capitoli:

1. Nel primo vengono trattate le principali teorie della comunicazione persuasiva presenti nella letteratura di riferimento a partire dall'inizio degli anni '40 del secolo scorso. Viene dunque offerta una panoramica che illustra le principali strategie e i principali linguaggi e codici comunicativi utilizzati per persuadere o convincere le persone a proposito di una determinata tematica. In particolare, le teorie sulla comunicazione persuasiva riportate mantengono un focus sulla salute, vengono cioè relazionate a questioni inerenti alla salute ed al suo mantenimento, in base ad azioni quotidiane che lo consentono, oppure no (in modo più o meno consapevole). Si parla inoltre della personale considerazione e propensione al rischio verso quelle situazioni che sono normalmente considerate rischiose o pericolose, ma che, in base alla propria percezione, si è comunque disposti a correre. Tutto ciò è reso esplicito mediante esempi che fanno riferimento all'ambito della "gestione" della propria salute nella quotidianità. Non a caso, sempre rimanendo in tema di percezione e preservazione della salute, l'elaborato stesso ruota attorno alle problematiche e limitazioni psico-fisiche causate dal fumo.
2. Nel secondo capitolo, come accennato, l'attenzione è dedicata interamente al fenomeno del fumo e alle caratteristiche e problematiche legate al fumo. Sono quindi descritte le numerose e gravose ripercussioni negative che ha sulla salute dell'uomo, così come degli animali, ed i rischi che possono

insorgere (tanto per i fumatori, quanto per i non fumatori a causa dell'esposizione al fumo passivo o al fumo di terza mano). Oltre a ciò, sono riportate le misure e le modalità, attualmente a disposizione, per far in modo che un fumatore sia in grado di abbandonare la sua dipendenza (grazie alla sola forza di volontà o, se questa non risulta sufficiente, con l'ausilio di altri metodi). Tuttavia, il numero di fumatori in Italia, ed in generale nel mondo, rimane ancora elevatissimo, così come il numero delle morti che provoca ogni anno. Allo stesso tempo è stata proposta una panoramica delle leggi, normative e direttive, soprattutto in riferimento allo Stato italiano, a partire dagli anni '50 del 1900 ad oggi, attuate al fine di limitare e diminuire progressivamente il numero dei fumatori, con provvedimenti volti a garantire una maggiore tutela della salute delle persone non fumatrici, nel loro rispetto. In sintesi si vuole, in questo ambito, rendere più consci dei numeri e delle percentuali che riguardano ad ampio spettro questo fenomeno ed allo stesso tempo più consapevoli di ciò che di spiacevole può accadere, perseverando nel vizio del tabagismo. Si spera, quindi, che questo elaborato possa fare riflettere chiunque lo legga, e possa accendere un campanello d'allarme in grado di mettere in allerta tutti i fumatori a proposito delle spiacevoli conseguenze a cui vanno incontro e a cui espongono anche le persone a loro vicine.

3. Infine l'ultimo capitolo è dedicato ad un'analisi delle immagini shock inserite nelle confezioni/pacchetti contenenti prodotti del tabacco a seguito della Direttiva Europea 2014/40/UE, recepita in Italia con Decreto lgs. n. 6 il 12 gennaio 2016. Vengono qui esposte le caratteristiche di tali immagini, in relazione alle emozioni di paura e disgusto che si puntano a suscitare nel consumatore di prodotti di tabacco, al fine di provocare in lui una reazione negativa tale da spingerlo ad abbandonare, una volta per tutte, il consumo di tabacco. Vedremo che in realtà tale provvedimento, che si basa sulla teoria di comunicazione persuasiva definita "*fear*

appeal”, ovvero di appello alla paura, non è stato sufficiente a far diminuire di una quantità considerevole la percentuale dei fumatori. Si vuole inoltre proporre una nuova modalità, fino ad ora non realizzata o presa in considerazione, basata sull’idea che potrebbe essere forse più efficace inserire sui pacchetti di sigarette, e non solo, non immagini dure e brutali in riferimento alle conseguenze negative del fumo, bensì, piuttosto, immagini positive ed incoraggianti, legate ai benefici che si potrebbero trarre nel presente, se non si fumasse. In sintesi, rappresentare visivamente i benefici dei non fumatori (ad esempio, quelli associata alla respirazione). Riassumendo, nel capitolo le immagini shock riportate sui pacchetti di sigarette vengono lette alla luce delle teorie persuasive più utilizzate nell’ambito della salute (già esposte e approfondite nel capitolo 1) che possono spiegare il motivo per cui tale tipologia di campagna persuasiva sembra non funzionare, pur utilizzando immagini così veritiere ed incisive.

Il mio augurio è che questo elaborato possa risultare una lettura piacevole, ma soprattutto utile ad accrescere le proprie conoscenze e consapevolezza a proposito di una tematica/problematica che riguarda, in maniera molto preoccupante, tutte le fasce di età e tutte le comunità del mondo.

CAPITOLO PRIMO

Modelli teorici di riferimento che indagano la funzione persuasiva della comunicazione, con focus nell'ambito della salute

1.1 La comunicazione persuasiva

La comunicazione umana è un'attività molto articolata, ed è ciò che differenzia gli esseri umani da tutte le altre specie animali. La comunicazione permette di mettere in comune significati e trasmettere informazioni, opinioni, idee ed emozioni, consentendo e incrementando l'arricchimento delle proprie conoscenze e quelle altrui, o una reciproca influenza. Questo non significa chiaramente che gli animali non siano in grado di comunicare tra loro e tra individui della stessa specie: i ricercatori hanno infatti avuto modo di studiare e apprendere che le diverse specie comunicano nei modi più svariati allo scopo di scambiarsi informazioni sulle fonti di cibo, al fine di difendersi da eventuali attacchi predatori, per riconoscersi, per stabilire gerarchie e nondimeno corteggiarsi. Facendo riferimento proprio a quest'ultimo tipo di comunicazione, diverse sono le comunicazioni animali messe in atto e conosciute, come, ad esempio, un sistema di danze, che evidenziano le qualità estetiche, accompagnate dall'emissione di suoni gravi o acuti che creano una melodia in modo da riuscire ad attirare l'attenzione del proprio partner, ed essere scelto.

Tuttavia, la ricchezza della comunicazione umana è garantita dalla possibilità dell'uso simultaneo e interdipendente di due sistemi di comunicazione: quella verbale e quella non verbale. La psicologia della comunicazione, attraverso approcci teorico-scientifici e applicativi, cerca di indagare i meccanismi psicologici e cognitivi che stanno alla base dei processi di comunicazione, con l'intento di rendere noti i fattori e le condizioni che concorrono alla realizzazione di una comunicazione efficace e quelli orientati alla persuasione.

È indubbio che al giorno d'oggi una delle principali funzioni della comunicazione, oltre a quella informativa, è l'esercizio di qualche forma di influenza e appunto di persuasione. Infatti, attraverso l'attuazione di tecniche strategiche e tattiche, in pubblicità, così come in politica o in ambito sanitario, ciò che molto spesso si vuole produrre attraverso la comunicazione è una modifica non solo del modo di pensare, ma anche di agire, cercando di ottenere

una conversione delle opinioni e dei comportamenti del pubblico individuato come target, o ricevente, di un determinato messaggio. Naturalmente il cambiamento deve essere rivolto nella direzione raccomandata e indicata all'interno della comunicazione stessa.

La fonte da cui proviene il messaggio, che ha lo scopo di produrre una comunicazione persuasiva, al fine di convincere il ricevente di qualcosa, deve mirare a produrre cambiamenti sia sul piano cognitivo (di opinione, credenze, valori e atteggiamenti), sia sul piano comportamentale, se vuole sperare che si attui in modo efficace un percorso di persuasione. Tale affermazione può sembrare banale, ma di certo non è scontata dal momento che il cambiamento effettivo di un comportamento non dipende solamente da fattori individuali e personali di tipo cognitivo: hanno altrettanto peso i propri sentimenti e la propria emotività, o ancora, altri fattori contingenti e sociali come i limiti ed i vincoli che si possono presentare in una situazione, il contesto in cui ci si trova, le pressioni sociali e le aspettative da parte delle altre persone.

1.2 Tre grandi direttrici scientifico-teoriche nello studio della persuasione

1.2.1 Le caratteristiche persuasive di Fonte, Messaggio e Ricevente definite nell'Approccio Atomistico

È a partire dal 1942 che, negli USA, prende avvio lo studio rigoroso e scientifico di tutti quei fattori che possono influenzare l'efficacia persuasiva di una comunicazione. Ciò è stato possibile grazie ai cospicui finanziamenti federali ottenuti, in seguito alla partecipazione degli Stati Uniti al secondo conflitto Mondiale, e grazie a Carl Hovland, allora professore all'Università di Yale, che destinò il finanziamento ad un programma di ricerca volto alla valutazione delle campagne persuasive, realizzate per assicurarsi il consenso di cittadini e militari, a proposito della decisione di entrare in guerra. Per la prima volta si applicò il

metodo sperimentale allo studio del cambiamento di atteggiamento. Il modello di comunicazione cui si fa riferimento è semplice e stilizzato, composto da una fonte che emette un messaggio ed un ricevente che ne è esposto. Inizialmente gli studi si sono concentrati nel delineare ed individuare quelle caratteristiche di fonte, messaggio e ricevente che possono condurre quest'ultimo a modificare la propria opinione ed il proprio comportamento nella direzione indicata dal messaggio. Di seguito verranno descritte e specificate le caratteristiche di fonte, messaggio e ricevente riportate in quello che è conosciuto in letteratura come Approccio Atomistico.

La Fonte

Hovland e Weiss (1951) hanno per primi voluto dimostrare che, basandosi su prove empiriche, le varie caratteristiche della fonte possono influenzare il ricevente nella valutazione degli argomenti proposti, producendo anche un cambiamento d'opinione. I due studiosi sono partiti isolando una prima caratteristica della fonte, individuata nella sua credibilità. Essa è composta da due parti: la prima è l'*expertise*, ossia l'attendibilità che un ricevente attribuisce alla fonte in termini di conoscenze ed esperienze di un dato ambito e la seconda è la *trust-worthiness*, ossia l'affidabilità di cui gode la fonte, in termini di sincerità e fiducia.

Hovland e Weiss hanno condotto quattro studi empirici attribuendo lo stesso messaggio ad una fonte credibile, o al contrario, poco credibile. In uno di questi studi, ad esempio, i soggetti partecipanti venivano esposti ad un messaggio dove si sosteneva l'utilità, in un immediato futuro, della costruzione di sottomarini atomici. Nella condizione sperimentale lo stesso messaggio è stato attribuito sia ad uno studioso di fisica atomica molto conosciuto, sia al giornale ufficiale del Partito Comunista sovietico. I due ricercatori hanno attuato le rilevazioni degli atteggiamenti messi in atto dai partecipanti su questo tema in tre momenti: prima che venissero sottoposti a tale messaggio, subito dopo e dopo quattro settimane. Ciò che è emerso è che nel breve periodo le fonti ritenute molto credibili hanno

prodotto cambiamenti più rilevanti rispetto a quelle poco credibili. Tuttavia, nella rilevazione effettuata dopo quattro settimane, si è potuto verificare che diversi partecipanti della condizione “fonte credibile” erano ritornati all’opinione originaria, mentre altri di quella “fonte poco credibile” avevano nel frattempo manifestato un cambiamento d’atteggiamento. Gli autori hanno così concluso che nel breve periodo di emissione di un messaggio la credibilità della fonte influisce sull’atteggiamento e l’accettazione dei contenuti, ma che con il passare del tempo i riceventi ricordano in modo disassociato argomenti e fonte e di conseguenza la loro opinione è basata sui primi, eliminando l’effetto della seconda. Come sopra accennato, la credibilità si riferisce anche alla fiducia che il ricevente ripone nella fonte nel momento in cui quest’ultima esprime un messaggio percepito come non tendenzioso e quindi non soltanto finalizzato al proprio interesse, sostenendo così una posizione diversa da quella attesa. Ciò acquista un forte potere persuasivo sul ricevente in quanto la fiducia ha un effetto altamente rilevante nel cambiamento di opinione e atteggiamento (Eagly, Wood e Chaiken, 1978). Ad esempio, se un politico sostiene posizioni che favoriscono la sua condizione, le aspettative dei riceventi vengono confermate e non disattese, perciò la fonte sarà giudicata sincera, ma allo stesso tempo tendenziosa e dunque il messaggio non risulterà persuasivo; viceversa se invece il politico porterà in luce e sosterrà una maggior necessità di trasparenza, per arginare il quotidiano abuso di potere da parte della classe dirigente, contro il proprio interesse, egli risulterà apprezzato e convincente.

Diversi studi hanno verificato che anche l’aspetto fisico della fonte è molto importante per fare una prima “buona impressione” e per poter influenzare, in modo efficace, le opinioni dei riceventi. Tale interesse è cresciuto ed è stato approfondito nel momento in cui immagini e video hanno iniziato ad esser usati sempre più frequentemente come canale di trasmissione dei messaggi. A tal proposito, Chaiken (1979) ha realizzato un esperimento filmando più di un centinaio di soggetti, tra maschi e femmine, mentre esprimevano la stessa posizione, pre-definita, ma in forma non standardizzata. Tutti questi soggetti-

comunicatori sono stati definiti, da una commissione di giudici indipendenti dall'esperimento, come o attraenti o non attraenti, in modo tale che questa caratteristica fosse un parametro oggettivo, riconosciuto e condiviso. L'esperimento consisteva nel persuadere i riceventi a proposito di un dato argomento. Dai risultati è emerso che l'attrattività della fonte esercita di per sé un effetto persuasivo: i destinatari dei messaggi hanno infatti dimostrato di esser più d'accordo con la posizione espressa dalle persone attraenti, indipendentemente dal sesso di fonte e ricevente. Va però tenuto presente che, attraverso i processi di socializzazione, si sviluppano abilità comunicative differenziate; motivo per cui si può ipotizzare che le persone ritenute attraenti sviluppino maggiormente tale propensione grazie ai ripetuti rinforzi positivi ricevuti nelle relazioni interpersonali, permettendo loro un incremento di autostima, sicurezza di Sé e estroversione. In base a quanto sopra sostenuto il ricevente può dunque cambiare la propria opinione ed il proprio atteggiamento grazie alla credibilità, attrattività e potere della fonte.

Si ritiene che i meccanismi che sottostanno al cambiamento di atteggiamento siano diversi. Ad esempio, quando la fonte è reputata credibile, con ogni probabilità provocherà, nei destinatari, un cambiamento in termini di internazionalizzazione, ossia un'integrazione della nuova opinione all'interno del sistema di valori e credenze pre-esistente. Una fonte attraente invece condurrà i riceventi ad un processo di identificazione, ovverosia ad una modifica del loro atteggiamento motivato dal desiderio somigliare e instaurare una relazione gratificante con la fonte stessa. Infine, una fonte dotata di potere potrà facilmente ottenere un effetto di condiscendenza, nello specifico un cambiamento di opinione e atteggiamento soltanto effimero e superficiale, il più delle volte di convenienza, soprattutto perché derivante dalla consapevolezza che è la fonte ad avere il controllo ed il potere di attribuzione di ricompense o punizioni.

Oltre alle caratteristiche della fonte sopradescritte, questa può incrementare la propria efficacia comunicativa attraverso un uso sapiente e consapevole del sistema non verbale, rendendo riconoscibile, originale e apprezzabile il proprio

stile comportamentale. A questo proposito diversi studi, come quelli compiuti da Fischer, Rytting e Heslin (1976), Hornik (1992), e Guéguen (2008) mostrano come possa avere un effetto positivo anche un piccolo e breve contatto fisico esercitato dalla fonte sul ricevente, sia come approccio di incitazione e motivazione all'azione e al cambiamento (e qui si fa riferimento, ad esempio, alla famosa "pacca sulla spalla"), sia ad una valutazione positiva della fonte stessa e del contesto e, infine, sia come modalità di richiesta, anche implicita, per ottenere qualcosa di sperato.

Il Messaggio

Il programma di ricerca realizzato da alcuni studiosi dell'Università di Yale è basato sul presupposto che un messaggio, per risultare efficace e persuasivo, deve essere, nei suoi contenuti, semplice, comprensibile, e di conseguenza di facile memorizzazione. Inoltre sarebbe opportuno che le argomentazioni contenessero e esplicitassero chiaramente i vantaggi derivanti dall'accettazione della posizione proposta, da sostituire a quella propria del ricevente o, viceversa, gli svantaggi provocati dalla sua non accettazione. Per facilitare l'apprendimento è bene che un messaggio sia ripetuto, visibile e vivido (ma non troppo, altrimenti vi è il rischio che ci si possa distrarre dal sovraccarico di elementi, o di colori, in esso contenuti). Attraverso tali caratteristiche potrà più facilmente essere ritenuto: concreto, di impatto emotivo e vicino in termini temporali, spaziali e sensoriali. Anche la personalizzazione dei messaggi, la presentazione del singolo caso, favorisce una maggiore empatia da parte del ricevente, evocando pensieri, emozioni ed immagini concrete e vicine, diversamente dalla presentazione di casi generali, statistiche razionali ed oggettive, che risultano anonime, lontane e poco adatte a suscitare ogni processo di identificazione e coinvolgimento empatico-emotivo.

Hovland, Lumsdaine e Sheffield (1949) hanno cercato di capire se un messaggio, per essere persuasivo, deve essere proposto in modo unilaterale, cioè contenere e insistere solo sulla tesi che si vuole fare accettare, o in modo bilaterale,

presentando e riconoscendo, in modo esplicito, l'esistenza di altre tesi possibili (all'occorrenza per confutarle). Per dare una risposta empirica a ciò, Hovland e colleghi hanno realizzato uno studio presentando a militari americani messaggi in cui l'oggetto dell'opinione era la durata della guerra contro il Giappone. In un primo messaggio venivano proposte le ragioni che conducevano alla conclusione che la guerra fosse ancora molto lunga; nell'altro invece sono stati inclusi argomenti riguardanti la debolezza dell'esercito giapponese (inducendo a pensare che la durata della guerra potesse essere breve). I militari americani, a cui sono stati sottoposti i messaggi, avevano il compito di valutare quanto la guerra sarebbe durata, sia prima che dopo l'esposizione. I risultati hanno mostrato che chi partiva con un'opinione molto diversa da quella sostenuta nel messaggio, la versione del messaggio bilaterale, ossia quella contenente accenni anche alla tesi contrapposta, provocava i maggiori cambiamenti d'opinione (questo vale nel momento in cui le persone hanno opinioni di partenza davvero molto diverse da quella che si vuole promuovere). Viceversa fra coloro che già prevedevano una guerra molto lunga, la versione unilaterale aveva effetti maggiori, provocando opinioni ancor più rafforzate. Ma l'aspetto interessante di tali risultati, emerso in un esperimento successivo (McGuire, 1964), condotto seguendo la medesima prassi precedente, ha riguardato l'inserimento di un messaggio di contro-propaganda fatto ascoltare una settimana dopo il primo messaggio persuasivo. Si ha così avuto occasione di osservare che i militari americani che avevano cambiato la propria opinione in seguito al messaggio bilaterale, nonostante la somministrazione e l'esposizione al messaggio di contro-propaganda, nel 61% dei casi avevano mantenuto il cambiamento d'atteggiamento ottenuto la settimana precedente, mentre lo stesso è avvenuto solamente per il 2% dei militari nel caso del messaggio unilaterale. Questi risultati hanno suggeriscono che l'atteggiamento ottenuto da un messaggio bilaterale è più resistente agli effetti di contro-propaganda proposti in un secondo momento.

Anche le emozioni sembrano avere un ruolo di primaria importanza nella formazione e nel cambiamento degli atteggiamenti, tanto che ogni emozione può

essere rilevante nel processo di persuasione. Il requisito è però che ci sia un livello ottimale di attivazione emotiva dal momento che se l'emozione è troppa, o troppo poca, probabilmente non si riuscirà a giungere ad un reale cambiamento di atteggiamento duraturo nel tempo. Seguendo questo assunto, gli studiosi di Yale, nello specifico a proposito dell'efficacia delle argomentazioni che rendono espliciti i vantaggi o gli svantaggi, hanno compiuto studi e ricerche su quella particolare forma di persuasione chiamata appello alla paura o *fear appeal* (tematica che verrà approfondita nel sottoparagrafo 1.3.4).

Scegliere di inserire nelle argomentazioni i vantaggi o gli svantaggi di un determinato comportamento, così come fare appello alla paura mettendo in evidenza le tragiche conseguenze che potrebbe causare un dato comportamento, sono definite scelte di *frame*. Ciò significa valutare, in base al contesto, quali possono essere le scelte di inquadramento ottimali, rispetto alla posizione che si vuole proporre e sostenere, al fine di esaltarne le positività, rendendole quelle più convincenti e vincenti, tanto da indurre i riceventi a fare un cambio di rotta e adottare il comportamento raccomandato. Gli studi compiuti sugli effetti del *frame* sono stati prevalentemente condotti nella comunicazione finalizzata alla prevenzione di condotte a rischio e nella propaganda politica (questo argomento verrà approfondito nel paragrafo 1.3.2 dedicato alla comunicazione della salute).

Il Ricevente

Il ricevente, o destinatario, è colui che riceve la comunicazione e al quale è indirizzato il messaggio. È stato per lungo tempo considerato come un "bersaglio" da colpire, in ambito comunicativo e soprattutto pubblicitario, attraverso strategie e tattiche persuasive, al fine indurlo ad adottare una determinata opinione o un dato comportamento, ottenendo la conversione di atteggiamento auspicata. Rodriguez (2013) definisce che il ricevente è anche colui che non solo riceve e ascolta il messaggio, ma lo rielabora, attribuendovi significato attraverso il proprio sistema di percezione e interpretazione. L'autore prosegue affermando che comunicare efficacemente significa persuadere le

persone a vedere le cose, e di conseguenza a comportarsi, in maniera diversa da come stanno facendo o hanno fatto in precedenza (conversione di idee e comportamenti), e che tale cambiamento si può raggiungere solo attraverso la costruzione di significati che coinvolgono e motivano gli individui all'azione. Per costruire senso bisogna però riconoscere che esso ha a che fare con le emozioni. Le persone infatti, il più delle volte, non prendono le proprie decisioni in base ad un meccanismo puramente razionale, al contrario, le scelte che contano di più, vengono prese tenendo soprattutto conto dei propri sentimenti stratificati e duraturi nel tempo oppure seguendo ciò che si prova nel qui ed ora, attraverso l'esperienza. Naturalmente risulta più facile persuadere una persona se le sue idee e i suoi atteggiamenti precedenti sono poco chiari e definiti, rispetto ad una che è ferma sulle proprie credenze e convinzioni. Infatti, nella maggior parte dei casi, al fine di essere assecondati e non smentiti, sostenuti e non contrastati o criticati, gli individui cercano di esporsi a messaggi che confermano la propria opinione e visione delle cose, che siano congruenti con il proprio atteggiamento. Lo fanno attorniandosi di persone molto simili tra loro, aventi le stesse passioni, opinioni, gli stessi principi, interessi, orientamenti, impegni ecc. Ciò serve a rafforzare ulteriormente il proprio pensiero o atteggiamento e a sentirsi parte di un gruppo in cui riconoscersi e identificarsi. Viceversa si procede a scartare, allontanare e percepire come una minaccia chiunque possa opporsi e esporre visioni differenti. La tendenza generale è quella di rifiutare, e non prendere in considerazione, informazioni e messaggi, seppur fondati e veritieri, che non confermano le proprie opinioni. In questo modo si attivano i processi di riduzione della teoria della dissonanza cognitiva (Festinger, 1957) in base ai quali un messaggio in disaccordo con il proprio pensiero può essere: percepito come molto fastidioso; presto dimenticato e rimosso; originare un effetto *boomerang* che irrigidirà ulteriormente la propria posizione, ritenendola come la sola possibile. In accordo con quanto appena scritto, le informazioni sbagliate, false o incomplete sono difficili da rimuovere quando riconosciute e condivise dall'opinione pubblica, nonostante i possibili molteplici sforzi attuati al fine di correggerle. Eliminare

quindi false credenze, così come stereotipi e pregiudizi diffusi, risulta un'operazione estremamente complicata. Diversi studi dimostrano infatti che la maggior parte delle informazioni acquisite in memoria, soprattutto quelle in cui ci si riconosce e in cui si crede fortemente (non importa che siano giuste o sbagliate), non solo sono molto difficili da modificare, ma spesso il tentativo di correggerle porta all'effetto *Boomerang* sopracitato, perché le molteplici e insistenti spiegazioni volte a correggerle rendono le credenze che si vogliono combattere ancor più familiari. È in questa modalità che si ottiene esattamente l'effetto contrario, ossia rafforzare ulteriormente i falsi miti. Un meccanismo cognitivo che contribuisce a rendere solido tale effetto è il cosiddetto *confirmation bias*, ovvero la tendenza degli individui a focalizzare l'attenzione quasi esclusivamente sulle informazioni che sostengono e avvalorano le proprie opinioni e la propria visione dei fatti. Si assume che questa tendenza sia più marcata tra le persone che mostrano pregiudizi e convinzioni già fortemente radicate. Per smentirle è necessario utilizzare un linguaggio semplice e conciso, facile da ricordare, che si attenga rigorosamente ai fatti e alle evidenze scientifiche, magari strutturando l'argomentazione per punti o per paragrafi titolati. Un'ulteriore accortezza da non dimenticare è che non è consigliabile usare un linguaggio sprezzante, perché, in tutta probabilità, condurrà ad allontanare ulteriormente le persone dal messaggio corretto. Una strategia che può invece aiutare a rendere un'informazione maggiormente accettabile consiste nel proporla in modo tale che sia percepita più compatibile con la propria visione del mondo.

Ma tornando alle ricerche compiute dagli studiosi di Yale, essi si dedicarono anche all'individuazione delle caratteristiche di personalità del ricevente, sostenendo che esiste una predisposizione individuale ad essere influenzati (Janis e Hovland, 1959). I ricercatori hanno preso in considerazione in particolare tre fattori di personalità quali l'autostima, l'aggressività e l'intelligenza, e dallo studio è emerso che:

Le persone con una buona stima di Sé si dimostrano più resistenti ai messaggi persuasivi, meno influenzabili, anzi, hanno esse stesse una maggior propensione ad esercitare influenza sugli altri. Diversamente avviene alle persone con bassa autostima, le quali risultano, il più delle volte, facilmente soggette ad influenze altrui.

È stata riscontrata una correlazione positiva tra resistenza alla persuasione e tendenza ad un comportamento aggressivo, ma non attraverso le risposte date dai partecipanti in proposito agli item di personalità, in una condizione sperimentale, bensì dall'osservazione del loro comportamento in situazioni controllate. Si riscontra dunque una correlazione nel momento in cui l'aggressività delle persone è misurata in modo indiretto.

La relazione tra tendenza alla persuasione e intelligenza è piuttosto complessa. Dagli studi si è rilevato che gli individui più intelligenti sono maggiormente in grado di rispondere alle comunicazioni persuasive quando queste sono basate su argomentazioni precise e logiche. Viceversa, le stesse persone, esposte a messaggi molto generici e irrilevanti, risultano essere meno influenzabili.

In conclusione, Rhodes e Wood (1992) diversi anni dopo, presentano un'analisi di confronto tra gli studi e le ricerche compiute sino ad allora, a proposito della relazione tra le caratteristiche individuali e personali di intelligenza ed autostima e la tendenza a lasciarsi influenzare durante l'esposizione ad un messaggio persuasivo. La metanalisi compiuta dai due studiosi mostra che coloro che vengono categorizzati come molto intelligenti risultano essere più resistenti e meno permeabili agli intenti persuasivi, diversamente da quelli meno intelligenti. Allo stesso modo è risultato che anche le persone aventi un'alta stima di Sé sono meno influenzabili rispetto a quelle con una bassa autostima. A tal proposito è possibile affermare che tanto più un individuo manifesta un elevato senso di autostima tanto meno tenderà a cambiare opinione o atteggiamento per effetto dell'esposizione ad un messaggio.

1.2.2 La teoria generale dei processi di persuasione

Due teorie riguardanti i processi di persuasione vengono elaborate e proposte da Petty e Cacioppo (1981; 1986) con il modello della probabilità di elaborazione (ELM) e da Eagly e Chaiken (1980; 1984) con il modello euristico-sistemico. Entrambi sono accomunati dal fatto di essere definiti e riconosciuti come modelli duali, cioè indagano e sostengono che il cambiamento di atteggiamento, dovuto da un processo persuasivo, possa essere ritenuto il frutto di due processi di diversa natura.

Il primo ad essere esaminato è il modello della probabilità di elaborazione di Petty e Cacioppo. L'ELM, questo è l'acronimo del modello, prevede che il ricevente, una volta esposto ad una comunicazione persuasiva, possa attivare un processo cognitivo tra due possibili: il percorso centrale ed il percorso periferico.

Il primo, il percorso centrale, è un processo che elabora attentamente, mediante una riflessione accurata e meticolosa, gli argomenti e le informazioni contenute all'interno del messaggio persuasivo. Ciò richiede un grande impegno, in termini di tempo e risorse, e tra queste ultime sicuramente si fa riferimento a quelle cognitive, quali: buona capacità di concentrazione e focalizzazione dell'attenzione (non avere cioè ridotte capacità attentive, tendendo alla facile distrazione); comprensione dei contenuti e delle argomentazioni proposte; capacità di confronto e integrazione tra le informazioni acquisite ed il sistema di valori, principi e credenze già posseduto dal ricevente (e destinatario del messaggio persuasivo); infine buone capacità critiche e di valutazione. I fattori chiave che determinano l'attivazione del percorso centrale sono due, nello specifico: la motivazione, che fa riferimento alla rilevanza che il tema del messaggio persuasivo ha per il ricevente (chiaramente in relazione agli scopi che egli si prefigge di raggiungere. Ad esempio, se si vuole smettere di fumare, si è motivati a valutare tutte quelle che potrebbero essere le soluzioni adatte alla propria persona); e l'abilità cognitiva che è ciò che permette al ricevente di elaborare e comprendere correttamente il messaggio grazie ad un buon livello

intellettivo e alle capacità e competenze tecniche necessarie (ad esempio compiendo valutazioni e confronti a proposito del miglior percorso terapeutico da intraprendere tra quelli a disposizione, una volta esaminate e conosciute le caratteristiche) oltre alla capacità di affrontare e sostenere condizioni contingenti, come la stanchezza, il rumore o le animazioni video e le immagini, che potrebbero distrarre dal contenuto vero e proprio.

Il secondo, il percorso periferico, è un processo che si basa non tanto sulle argomentazioni o sui contenuti dei messaggi, quanto sulla modalità con cui le informazioni vengono presentate. Gli elementi su cui ci si focalizza e che hanno rilevanza quindi non sono di contenuto, ma di modo, e vengono definiti dagli autori “indici periferici”, riconducibili alla credibilità e all’attrattività della fonte o all’associazione di colori vividi e musiche piacevoli abbinati alle comunicazioni.

Secondo il modello ELM, elaborato da Petty e Cacioppo, se una persona è motivata e possiede le abilità cognitive necessarie ad elaborare un messaggio persuasivo, l’eventuale cambiamento di atteggiamento è l’esito del percorso centrale di elaborazione. In questo caso la qualità dell’argomentazione assume massima importanza. Viceversa, quando il ricevente non è né motivato né in grado di sostenere uno sforzo cognitivo e attentivo sul tema trattato, allora gli eventuali cambiamenti d’opinione e comportamentali sono il risultato di un percorso periferico. In questo caso l’importanza dell’argomentazione diminuisce e aumenta quella dei segnali definiti periferici. In molti esperimenti realizzati per verificare le assunzioni di tale teoria, il più delle volte è emerso che in una situazione di alta motivazione, ossia di grande rilevanza personale del tema, le persone assumono atteggiamenti più in linea con la posizione sostenuta nel messaggio quando i contenuti delle argomentazioni sono esposti in modo forte, chiaro e convincente, senza essere influenzati da elementi periferici, come, ad esempio, l’*expertise* della fonte. Così non è quando le argomentazioni sono deboli. Al contrario, nella condizione di bassa motivazione al tema, i partecipanti

risentono invece dell'effetto degli elementi periferici, e non della forza contenutistico-argomentativa dei messaggi. In questo caso la forza persuasiva risiede proprio negli indici periferici in grado di influenzare i propri destinatari.

Ovviamente, i cambiamenti di opinione e comportamento derivanti dai due processi non hanno la stessa natura: infatti quelli prodotti dall'accurata elaborazione degli argomenti, ossia quelli che sono il frutto di un percorso centrale, risultano più duraturi nel tempo, vi è una maggiore capacità predittiva del comportamento del ricevente ed anche una sua maggiore resistenza ad un'eventuale e successiva contropersuasione; viceversa accade per i cambiamenti che sono il frutto di un percorso periferico.

Anche il modello euristico-sistemico elaborato da Eagly e Chaiken, come il modello della probabilità di elaborazione realizzato da Petty e Cacioppo, prevede due processi diversi, nello specifico quello sistemico e quello euristico, attraverso cui gli individui possono giungere alla conclusione di accettare, o non accettare, la tesi contenuta e veicolata in una comunicazione persuasiva.

Il processo sistemico coincide con il percorso centrale visto e analizzato nel modello precedente e si tratta quindi di un'elaborazione approfondita delle argomentazioni e delle informazioni contenute in un messaggio persuasivo, compiuta dai riceventi/destinatari.

Il processo euristico, come ne suggerisce il nome, sfrutta l'applicazione di un'euristica, ossia una regola decisionale che permette al ricevente di raggiungere una determinata conclusione a proposito di una comunicazione persuasiva (ad esempio: dal momento che un prodotto è molto costoso, questo basta a garantirne la qualità). Così come il percorso periferico presentato nell'ELM, anche quello euristico è una strategia di risparmio di risorse cognitive poiché basato sulle esperienze vissute dai destinatari e su quanto appreso da esse. Si utilizza, in sintesi, una regola euristica, ossia una regola decisionale, basata su quanto appreso in una esperienza vissuta precedentemente, per arrivare a formulare un giudizio che guida le scelte e i comportamenti da adottare nel presente. Anche in questo modello, così come nel primo descritto, la motivazione

(rilevanza personale del tema) e l'abilità cognitiva (competenze intellettive) del ricevente sono fattori fondamentali affinché possa avvenire un cambiamento di opinione e atteggiamento. La vera diversità del modello euristico-sistemico, rispetto al modello della probabilità di elaborazione, risiede nel fatto che, mentre il secondo prevede due processi alternativi, che si escludono a vicenda, il primo invece ammette che i due percorsi di elaborazione possano essere attuati in parallelo. Se le due modalità di elaborazione vanno nella medesima direzione, l'effetto finale è un esito congiunto dei due processi (ad esempio, analizzando attentamente le caratteristiche di un prodotto, giungo alla conclusione che sia di buona qualità, inoltre noto che anche il prezzo è piuttosto alto, e grazie ad un'esperienza passata ho appreso che ciò che costa molto, è sicuramente di buona qualità. Tali processi congiunti ci portano ad essere piuttosto sicuri della conclusione e della scelta da compiere). In questo caso si assiste ad un effetto additivo dal momento che, quando entrambi i percorsi giungono a conclusioni congruenti, si può definire massimo il livello di persuasività del messaggio. Se invece le conclusioni virano verso opposte direzioni allora l'impatto è attenuato (ad esempio, analizzando accuratamente le informazioni riguardanti un prodotto ritengo e concludo che non sia di buona qualità, nonostante il prezzo sia comunque alto; in questo caso continuerò altrove la ricerca del prodotto che mi soddisfa). Si realizza così un effetto di attenuazione dato che le informazioni che emergono dal processo euristico sono in contraddizione con quelle rilevate dal processo sistemico.

Nonostante i due modelli sopradescritti siano ritenuti due pietre miliari delle ricerche compiute sulla persuasione e fungano ancora da quadro di riferimento teorico, proposte più recenti sono basate su una riconcettualizzazione, in termini unimodali, del processo di cambiamento degli atteggiamenti (Kruglanski, Thomson e Spiegel 1999; Kruglanski e Thompson, 2000). Gli autori, infatti, sostengono che non sia necessario distinguere né fra processi differenti a seconda della motivazione e delle abilità cognitive del ricevente, né tra funzioni esercitate da elementi centrali ed elementi periferici della comunicazione persuasiva. Il

processo cognitivo può essere percepito come unico, mentre varia per durata in relazione alle condizioni in cui si trova il ricevente (motivazioni e abilità) e si applica allo stesso modo a ogni tipo di informazione che il ricevente giudichi rilevante. Dai numerosi studi svolti è emerso che, indipendentemente dalla natura specifica dell'informazione (centrale o periferica, contenuto/argomento vs. caratteristiche della fonte) quando questa è complessa, risulta più persuasiva per i destinatari che hanno un alto livello motivazionale rispetto al tema del messaggio, invece quando è semplice, risulta maggiormente persuasiva tra i riceventi aventi un basso livello di motivazione. Allo stesso modo i ricercatori hanno potuto affermare che una comunicazione complessa e con buoni argomenti esercita un potere persuasivo maggiore sulle persone con alte abilità cognitive, viceversa una comunicazione semplice e basica produce un maggiore impatto sui riceventi con basse abilità cognitive.

1.2.3 Strategie di persuasione volte ad un cambiamento di atteggiamento

Diversi studiosi di psicologia sociale hanno infine osservato, e teorizzato, tecniche persuasive accomunate dall'obiettivo di ottenere un determinato comportamento in un dato momento, senza necessariamente riuscire a convincere l'interlocutore a mantenere nel tempo lo stesso atteggiamento o la stessa opinione. Ciò che importa, quindi, è riuscire ad ottenere il comportamento auspicato nel momento in cui gli è richiesto, ossia al momento giusto.

Una di queste strategie viene proposta da Cialdini (1978) e prende il nome di strategia del "colpo basso" (*low ball*). In un esperimento, mediante telefonate, veniva chiesto a studenti universitari di sottoporsi ad una condizione sperimentale in cambio del riconoscimento di un'ora di credito, cioè un'ora scalata dal monte ore che ogni studente deve dedicare obbligatoriamente alla partecipazione a ricerche. Nella condizione di colpo basso, cioè quella sperimentale, dopo che gli studenti hanno già accettato, viene loro specificato che

l'esperimento sarà alle 7.00 del mattino. Diversamente, nella condizione di controllo, viene specificato che l'esperimento avrà luogo alle 7.00 del mattino sin dall'inizio, ovvero prima che gli studenti accettino. In questo esperimento le variabili dipendenti sono: in primis l'accettazione verbale alla partecipazione e in secondo luogo l'effettiva attuazione del comportamento dichiarato (nonostante venga sottolineata, nella condizione sperimentale, la possibilità di cambiare idea). I risultati mostrano che nella condizione sperimentale si ottengono percentuali di accettazione molto superiori rispetto a quella di controllo, anche se esiste ed è fatta presente (solo in seguito) la possibilità di ritirarsi dalla partecipazione alla ricerca.

Un'altra strategia presa in considerazione in quest'ambito è la cosiddetta strategia "del piede nella porta" elaborata da Freedman e Fraser (1966). I due ricercatori ipotizzarono che, chiedendo ad un individuo di attuare un comportamento che non gli costa molta fatica, la probabilità che successivamente egli acconsenta ad attuare un altro comportamento dello stesso tipo, ma molto più oneroso, aumenta. Da ciò deriva il nome stesso della strategia: "piede nella porta". Attraverso un esperimento per testare tale ipotesi, i due studiosi chiesero, al campione selezionato di casalinghe, la possibilità di accogliere ed ospitare, per ben due ore, un gruppo di ricercatori aventi il compito fare l'inventario di tutti i prodotti per la casa (si chiede cioè un compito molto oneroso). Nella condizione di controllo, il tipo di compito che spetta ai ricercatori e la richiesta fatta vengono detti ed effettuate direttamente al telefono. Nella condizione sperimentale invece, prima viene richiesto alle casalinghe di svolgere un compito considerato come poco oneroso, ad esempio rispondere telefonicamente ad alcune domande per ricerche di mercato riguardanti i saponi usati quotidianamente, e successivamente si avanza una richiesta molto più onerosa. In quest'ultima condizione sperimentale, le casalinghe che prima vengono sottoposte ad intervista telefonica, accettano nel 52% dei casi di accogliere in casa propria il gruppo di ricercatori; mentre nella condizione di controllo soltanto il 22% accetta la stessa proposta.

Per dare una buona interpretazione agli effetti delle teorie sopradescritte, Keisler e colleghi (1971) ricorrono al costrutto d'impegno (coerenza al comportamento). Il fattore che determina che tale vincolo di coerenza al comportamento venga attuato è il sentimento di libertà. Infatti, solamente nel momento in cui una persona si sente libera sia nella presa di decisione, sia nell'attuare il primo comportamento, allora in tutta probabilità manterrà la stessa opinione e lo stesso impegno, nonostante la variazione di condizione e le mutate circostanze. A tal proposito Joule e Beauvois (1987) parlano di sottomissione libera consentita ad indicare una libertà che non è oggettivamente tale, ma piuttosto una sottovalutazione delle pressioni sociali esterne.

1.3 La comunicazione persuasiva nell'ambito della salute

Negli ultimi anni le comunicazioni relative all'ambito sanitario, così come il concetto di salute personale, stanno diffondendosi ampiamente; si pensi, ad esempio, alle campagne di prevenzione prodotte direttamente da aziende ospedaliere e istituti di ricerca volte a promuovere la tutela della salute. Tale incremento di comunicazione è costituito, per la maggior parte, dalla trasmissione di servizi radiotelevisivi, dalla distribuzione e diffusione di opuscoli informativi e da articoli contenenti linee guida e comportamenti da seguire, al fine di mantenersi a lungo in buona salute. Oggi, nei paesi occidentali, il pericolo maggiore è costituito da malattie degenerative e disturbi cardiovascolari, come l'infarto, l'ipertensione, il diabete e nondimeno i tumori maligni. È interessante notare che le spiacevoli situazioni appena descritte sono soprattutto causate da comportamenti definiti decisamente "non sani", come l'assunzione di droga, l'abuso di alcool e fumo (di sigaretta e non solo), una scorretta alimentazione che può facilmente condurre all'obesità, la mancanza di un regolare esercizio fisico e infine il mancato uso di precauzioni o la mancata attuazione di comportamenti di prevenzione (Zani e Cicognani, 2000). Ciò serve a testimoniare quanto le proprie abitudini quotidiane rivestano un'influenza indispensabile nel determinare le

principali cause di morte, in riferimento ai paesi industrializzati. A tal proposito, due famosi psicologi contemporanei e professionisti dell'educazione alla salute, McMath e Prentice-Dunn (2005), affermano che oggi, in larga parte, come del resto già accennato, ciò che rappresenta una minaccia per la longevità e per la qualità della vita, è dipeso da malattie, e spiacevoli situazioni, legate direttamente al proprio stile di vita, e quindi come tali possono essere prevenibili ed anche prevedibili. È importante rendersi conto che queste reali minacce sono, molto spesso, il risultato, o la conseguenza, dei nostri comportamenti, della nostra condotta di vita, motivo per cui è responsabilità di ognuno di noi comportarsi in modo che possano essere prevenute e nel migliore dei casi evitate. Oggigiorno è possibile, grazie al progresso scientifico, tecnologico e alla grande quantità di informazioni e conoscenze messe a disposizione da professionisti e specialisti, agire in termini di prevenzione e promozione alla salute, per se stessi e per gli altri (Zani e Cicognani, 2000). Per quanto sia scontato, non è banale dire che la salute è per tutti noi un bene preziosissimo, indispensabile, ed è il motivo per cui si dovrebbe cercare di conservarla al meglio, il più a lungo possibile.

Tra le varie tipologie di intervento di prevenzione e promozione della salute, quella della comunicazione è sicuramente tra le più utilizzate, anche perché, con costi piuttosto ridotti, permette di raggiungere un numero di persone molto ampio. Seguendo quest'ottica, il contributo delle discipline psicologiche è molto importante principalmente per due ragioni: in primo luogo per aiutare a comprendere quali sono i comportamenti dannosi e da evitare e viceversa quelli salutari da intraprendere, ed in secondo luogo al fine di promuovere prima, e produrre poi, cambiamenti di opinioni, atteggiamenti e comportamenti, così da riuscire a dirigere la propria condotta verso il percorso che porta al mantenimento di una buona salute. Ma motivare le persone a modificare i propri comportamenti, per preservare la propria salute, non è affatto semplice. Ad esempio, ogni fumatore sa che fumare (tabacco o altro che sia) comporta grossi rischi e gravi danni al fisico, ed in generale alla salute, con visibili e percepibili

cambiamenti anche nel breve termine. Eppure, pur sapendolo, sono in molti a continuare a farlo, ignorando le tante minacce derivanti da questo comportamento. Oltre al fumo sono numerosi i comportamenti rischiosi legati alla salute, basti pensare al consumo di alcool o di cibo spazzatura, o al mancato uso della cintura di sicurezza o all'utilizzo del cellulare quando si è alla guida di un veicolo. Quelli appena elencati sono sicuramente comportamenti che ostacolano il benessere psicofisico, che mettono a rischio la salute, propria e altrui, eppure continuano ad essere estremamente comuni e quotidiani. Va da sé la considerazione che molte persone scelgono, volontariamente e più o meno consapevolmente, di mettere a rischio la propria salute, e spesso, come già detto, anche quella delle altre persone, e di causare problemi che molto probabilmente potrebbero essere evitati. Questo insegna che, nelle comunicazioni realizzate e proposte al pubblico per sensibilizzarlo al problema, per renderlo cosciente dei rischi che corre e soprattutto per promuovere comportamenti di prevenzione e un cambiamento di atteggiamento, è indispensabile che i messaggi volti a promuovere la tutela della salute siano in grado di motivare le persone ad abbandonare le condotte a rischio ed aderire, ad esempio, a programmi di prevenzione della salute (Rothman, Bartels, Wlaschin e Salovey, 2006). Convincere le persone a prendere tali decisioni, significa agire ed intervenire sugli atteggiamenti e sulle intenzioni (Ajzen, 1991). È a fronte di queste considerazioni che acquistano importanza gli studi compiuti a proposito dell'efficacia persuasiva dei messaggi volti a promuovere pratiche preventive e di diagnosi precoce. Dal punto di vista dell'efficacia comunicativa è bene interrogarsi e cercare di capire se potrebbe risultare più persuasivo evidenziare i benefici derivanti dall'adesione al comportamento promosso nel messaggio comunicativo (con scopo di prevenzione e salvaguardia alla salute) o se invece possa essere maggiormente efficace sottolineare i costi e le negatività che possono derivare dalla sua mancata adesione, continuando a mettere in atto un comportamento a rischio. Si cercherà, nei prossimi capitoli, di fare chiarezza su tali aspetti.

1.3.1 Il concetto di rischio nella salute

La comunicazione del rischio è oggi uno strumento essenziale per promuovere la tutela della salute, nel rendere noti i problemi (i rischi appunto), derivanti da un determinato comportamento, e probabilmente evitabili con un cambiamento di atteggiamento. Tuttavia comunicare i rischi non è una pratica affatto semplice. Gli errori nel confezionamento della notizia (contenuti proposti) e nella modalità di trasmissione del messaggio, producono spesso insoddisfazione sia nel mittente che realizza e diffonde la notizia (esperti e professionisti del settore) sia nei destinatari (il pubblico a cui sono indirizzate le informazioni) che la ricevono. Rispettivamente, i primi lamentano una mancanza di comprensione, da parte dei riceventi, dei concreti pericoli e dei rischi ad essi associati; mentre i secondi sostengono di non essere posti nelle condizioni di comprendere appieno le comunicazioni proposte dagli esperti. Questo avviene a causa della loro complessità che porta, molto spesso, ad un'impossibilità di far un uso utile e consapevole delle informazioni e, tra le altre motivazioni, vi è la difficoltà a costruire rappresentazioni mentali adeguate ad attribuirvi un reale significato. Tale prospettiva suggerisce che il problema vero e proprio, nel trasferimento di informazioni, è costituito dalla differenza tra le rappresentazioni mentali di cui dispongono e a cui fanno riferimento pubblico ed esperti. Le persone infatti codificano le informazioni riguardanti le situazioni incerte, pericolose o di rischio, in maniera intuitiva e non scientifica. Esse non compiono calcoli per definire il rischio oggettivo, così come invece agiscono gli esperti, ma fanno comunque delle valutazioni per decidere in che modo comportarsi per evitare inutili rischi; si tratta del rischio soggettivo o rischio percepito perché appunto percepito soggettivamente. Secondo Gigerenzer (2003), la comunicazione del rischio è un problema centrale per medici, pazienti, dirigenti e giornalisti. Egli sostiene che vi sia, tra gli stessi attori appena elencati, una diffusa incapacità di comprendere ed interpretare il significato delle informazioni numeriche proposte, in quello che egli chiama "analfabetismo statistico collettivo". Esso è dovuto,

molto spesso, anche alle modalità ambigue, poco chiare e poco trasparenti, nella presentazione delle informazioni numeriche, all'interno delle comunicazioni, sia scritte che orali. Ciò può condurre ad una serie di conseguenze gravi sul compimento di scelte individuali e sul sistema sanitario. Ecco perché nelle rappresentazioni mentali degli individui non sono tanto importanti le statistiche, quanto le altre caratteristiche del rischio. Le centrali nucleari, le armi e le guerre, la criminalità (anche organizzata), le malattie genetiche o quelle contagiose, l'inefficienza del sistema sanitario, le catastrofi naturali, fanno molta paura perché, a tutte queste situazioni negative, sono associate immagini mentali spaventose. Spesso c'è una discrepanza tra rischio soggettivo e rischio oggettivo e, conseguentemente, alcuni rischi tendono ad essere sovrastimati ed altri sottostimati; ciò dipende dalle caratteristiche del rischio, le quali sono riassumibili in due grandi macro-categorie:

- La paurosità: rischi giudicati terrificanti, catastrofici, incontrollabili, involontari, ad alta esposizione personale e collettiva anche in ampie porzioni di territorio, con gravi conseguenze nel presente, ma che si ripercuotono anche alle generazioni future;
- L'osservabilità: rischi che non risultano osservabili ad occhio nudo, gli effetti si verificano nel lungo periodo, sono per lo più nuovi e sconosciuti, sia alle persone che alla scienza.

Le situazioni catastrofiche sopraelencate generano collettivamente molta paura e tensione perché, già di per sé, hanno effetti distruttivi e catastrofici, possono coinvolgere contemporaneamente molte persone e ampie porzioni di territorio, sono ritenute impossibili da controllare personalmente/individualmente e, infine, possono mettere a rischio il futuro delle nuove generazioni, quindi anche l'avvenire dei propri figli. Eventi con queste caratteristiche sono sicuramente valutati e percepiti come altamente rischiosi. Diversamente, comportamenti tra i più comuni, come la guida di un veicolo, il fumo o l'obesità, vengono ritenuti personalmente controllabili, senza effetti negativi diretti per le generazioni future

ed episodi isolati che colpiscono una persona alla volta, motivo per cui sono eventi valutati come poco rischiosi. A questo proposito è bene specificare la differenza di significato tra rischio e pericolo. I due termini, in letteratura, sono molto spesso utilizzati come sinonimi, anche se, per coloro che si occupano di rischi, hanno un significato ben distinto:

- Pericolo (*hazard*): si intende generalmente la fonte del danno. È la caratteristica dell'oggetto, del prodotto o della situazione che può provocare un danno se entra in contatto con le persone.
- Rischio (*risk*): si tratta della probabilità, a causa di una determinata condotta intrapresa dagli individui, di entrare in contatto con una situazione ritenuta pericolosa. È qui inglobato l'aspetto dell'incertezza (appunto della probabilità) ed è una quantità misurabile. Attraverso il calcolo del rischio ($R = p \times G$ ossia rispettivamente: rischio= probabilità di venire a contatto con il pericolo, moltiplicato per la gravità dell'esito negativo in caso di contatto con il pericolo) è possibile realizzare una stima della gravità del danno potenziale ed anche la stima della probabilità che una persona entri in contatto con il pericolo. Il calcolo del rischio è estremamente utile e per tale ragione è parte integrante di numerose professioni, come, ad esempio, quella medica, dove è necessario realizzare calcoli per stabilire le probabilità di successo e di guarigione, durante o dopo una determinata pratica medica.

Come già detto, il pubblico valuta il rischio in maniera intuitiva, in funzione delle sue caratteristiche (soprattutto quelle di paurosità) e solo in minima parte in funzione dei valori numerici e delle statistiche che così di frequente vengono proposte dagli esperti. Questi ultimi, per risultare più comprensibili ed efficaci dal punto di vista informativo e comunicativo, dovrebbero cercare di utilizzare un linguaggio diverso e appunto più intuitivo e conforme alle rappresentazioni mentali della collettività. Solo in questo modo si può sperare di giungere ad uno scambio produttivo tra i due attori. Una buona comunicazione del rischio è

soprattutto data dall'istaurarsi di una relazione basata sullo scambio, l'ascolto e la fiducia reciproca, tra pubblico ed esperti. In altre parole, il pubblico dovrebbe sempre ascoltare il parere degli esperti, ma allo stesso modo gli esperti dovrebbero certamente sforzarsi di comprendere il punto di vista e le rappresentazioni mentali del pubblico, in modo tale da usare un linguaggio comprensibile e realizzare comunicazioni ad essi conformi. Osservare tale pratica significa tenere in considerazione il cosiddetto rischio percepito o soggettivo. Il compromesso migliore, seguendo un'ottica di negoziazione *win-to-win* grazie alla quale il pubblico avrebbe modo di capire e gli esperti di farsi capire, per realizzare una comunicazione del rischio efficace, è quello di contenere sia gli argomenti proposti dagli esperti, sia quelli proposti dal pubblico. Il segreto è tenere conto delle differenze nella prospettiva dei due attori; di seguito sono riportate le principali:

- La probabilità: espressa tramite i numeri dagli esperti è spesso incomprensibile e non interpretabile dal pubblico, e di conseguenza può voler dire tutto e niente, non risultando un'informazione utile;
- Le statistiche: vengono utilizzate dagli esperti come dati aggregati. Anche in questo caso le informazioni fornite possono risultare troppo scientifiche e spersonalizzate per essere considerate con l'adeguata attenzione. Al fine di renderle più efficaci è bene riformularle in una prospettiva soggettiva in grado di produrre un maggior coinvolgimento personale;
- Le emozioni: sono uno dei parametri maggiormente considerati dalle persone nel compiere scelte e prendere decisioni. Gli individui infatti realizzano le proprie valutazioni anche in funzione delle emozioni, di paura o di piacere, che provano in una data circostanza. Gli esperti invece, come già detto più volte, valutano i rischi esclusivamente mediante calcoli scientifici;
- I benefici: sono indipendenti dai rischi, per gli esperti. Ciò significa che i rischi non cambiano al variare dei benefici. Le persone tendono invece a

considerare i due fattori come negativamente correlati, per cui se giudicano alti i benefici, allora i rischi sono bassi, e viceversa;

- L'incontrollabilità: è un fattore che ha molto peso per le persone. Poter controllare personalmente e soggettivamente un'attività, applicando la propria esperienza e abilità nel settore, riduce fortemente la percezione di pericolo. Ci si può rasserenare e tranquillizzare nell'idea di poterlo evitare grazie alle proprie capacità.
- La catastroficità: ha un impatto emotivo fortemente negativo sulle persone in quanto si tratta di un evento raro, altamente disastroso e distruttivo, che porta alla morte di moltissime persone in un breve lasso di tempo, quasi nello stesso istante. Mentre per gli esperti mille vite umane contano come mille volte una vita, per il pubblico non è così;
- La cecità psicologica: definisce che per un esperto ogni vita umana ha lo stesso peso, mentre per le persone così non è. Questo aspetto è anche riconosciuto come effetto della "vittima identificabile" a sottolineare il fatto che se una vittima può essere identificata, con indicazioni come il nome e cognome, l'età, la provenienza ed altre caratteristiche personali, l'impatto psicologico è sicuramente maggiore, rispetto ad una vittima generica e anonima. Tale effetto si ipotizza sia legato alla capacità di empatia che si prova soprattutto verso persone percepite come più simili e più vicine a noi;
- Le generazioni future: sono ritenute, dalle persone, un bene prezioso e da preservare, motivo per cui la vita e la salute dei bambini hanno un peso maggiore, rispetto a quelle degli adulti. Viceversa per gli esperti una vita è una vita, e ha lo stesso valore, qualsiasi sia l'età;
- L'involontarietà: è un fattore determinante per le persone: se un rischio viene imposto da altri, è sicuramente percepito come più intollerabile, rispetto a quando il rischio è prodotto direttamente da noi stessi. Per gli esperti invece non importa se il rischio viene assunto volontariamente o involontariamente.

Il rischio viene inoltre elaborato nella mente delle persone attraverso due diverse modalità:

la via analitica, permette agli individui di studiare ed elaborare le informazioni in maniera logica e accurata. Tale processo richiede però molta attenzione e concentrazione, motivo per cui risulta lento e faticoso. La via analitica consente di reperire nuove informazioni da immagazzinare nella memoria e nelle conoscenze, attraverso una loro attenta valutazione, e permette di integrare le vecchie conoscenze teoriche con quelle appena acquisite, ecco perché richiede tempo ed impegno. Questa via non risulta adatta nel momento in cui si ha la necessità di compiere una scelta e prendere una decisione velocemente, ma è invece adeguata quando si ha il tempo necessario di valutare il rischio associato a diverse alternative;

la via esperienziale, diversamente dalla precedente, è veloce e automatica. Alcune ricerche sostengono che questa modalità sfrutta le reazioni emotive involontarie, positive o negative, evocate dallo stimolo. A rigor di logica, se le reazioni emozionali sono positive, questo significa che lo stimolo non è percepito come rischioso ed i benefici che si possono trarre sono alti; mentre se le reazioni emotive sono negative, vuol dire che lo stimolo è rischioso ed i benefici sono bassi.

Le emozioni associate ai diversi eventi vengono immagazzinate, esperienza dopo esperienza, per compiere una valutazione dei rischi in base alla situazione che ci si trova a dover affrontare. Questa sorta di contenitore di emozioni è costituito dalle esperienze dirette, dalle esperienze vicariate (ossia trasmesse/trasferite; ad esempio attraverso le pratiche attuate dai genitori, più o meno consapevolmente, e assorbite, anche involontariamente, dai figli) e infine dalla percezione del rischio con le proprie caratteristiche, dove queste ultime agiscono associando determinate emozioni a determinati stimoli. Le immagini sembrano essere i veicoli privilegiati con cui la mente umana associa le emozioni agli stimoli. Diversi studi hanno messo in luce che stimoli emotivamente positivi sono associati ad immagini mentali positive (ad esempio l'estate è associata al sole e al

mare), viceversa accade agli stimoli negativi a cui sono associate immagini negative (ad esempio le sigarette sono associate al fumo e al cancro ai polmoni). Seguendo questo ragionamento, anche le comunicazioni e le informazioni relative al rischio hanno un impatto significativo sul comportamento delle persone quando riescono a creare nella mente immagini cariche dal punto di vista emozionale. Questo può essere uno dei motivi per cui, i numeri e le statistiche, non risultano particolarmente efficaci dal punto di vista informativo e del coinvolgimento; infatti difficilmente un numero sarà in grado di suscitare, nelle persone, immagini cariche di emozione. Anche a causa del formato e del linguaggio con cui quotidianamente vengono proposte le notizie dai mass media, il pubblico è ormai indotto e abituato a dedicare maggiore attenzione agli stimoli negativi piuttosto che a quelli positivi e, di conseguenza, nella vita di tutti i giorni, le informazioni negative hanno più peso rispetto a quelle positive. La sensazione che produce una notizia cattiva e sgradevole, da un lato spaventa o rattrista, dall'altro cattura l'attenzione e viene ricordata per più tempo. Le immagini hanno un ruolo centrale nella costruzione dei giudizi che stanno alla base delle scelte. Per tale ragione, nelle campagne di comunicazione, la selezione delle immagini, delle parole, dei suoni, così come dei gusti e degli odori, sono accorgimenti in grado di evocare sensazioni che possono aumentare il grado di coinvolgimento ed impatto emotivo, catturando maggiormente l'attenzione del pubblico. La comunicazione verbale del rischio, invece, usa spesso strutture semantiche a cui è difficile attribuire connotati affettivi, come i numeri e le statistiche, e potrebbe essere anche per questo motivo che spesso risulta inefficace o fallimentare. Seguendo questa prospettiva dunque si può provare ad ipotizzare che più la comunicazione sarà in grado di sfruttare ed usare i canali sensoriali, maggiore potrà essere l'efficacia comunicativa e persuasiva di un messaggio, nel raccomandare un cambiamento di atteggiamento in favore di una buona condotta. La via esperienziale può anche essere attivata attraverso una comunicazione verbale in grado di creare vivide immagini mentali, le quali possono essere: visive, uditive, olfattive, tattili e gustative, e di suscitare, in chi

ascolta, immagini mentali tali da essere ricordate e inserite nel contenitore mentale delle esperienze e in grado di produrre forti emozioni. In questo modo un messaggio avrà più possibilità di convertire e modificare i pensieri ed i comportamenti delle persone. In conclusione, va detto che gli individui, per poter trarre e attribuire il reale valore e significato all'informazione contenuta in una comunicazione del rischio, hanno la necessità di poterla tradurre in un valore di rischio individuale, cioè devono potersi chiedere e rispondere alla domanda “qual è il mio rischio? In che modo sono coinvolto?”; solo così si riuscirà a compiere una buona valutazione della situazione.

1.3.2 L'Effetto framing come modalità di esposizione dell'informazione

Il linguaggio verbale, come detto all'inizio, è ciò che differenzia gli esseri umani da tutte le altre specie animali, ed è la facoltà mentale che consente alle persone di utilizzare parole e frasi per riferirsi a oggetti, eventi, sentimenti, situazione e così via, o di usare una o più lingue, per comunicare. La comunicazione quindi non è un'attività riservata a poche persone, è messa in pratica da tutti gli esseri umani, ma solo gli esperti ed i professionisti della comunicazione sanno attuare vere e proprie strategie di comunicazione.

Numerosi studi hanno messo in luce che il modo in cui vengono presentate le informazioni è determinante per i processi decisionali, di giudizio e comprensione dei riceventi a cui è indirizzata la comunicazione. Messaggi aventi sostanzialmente lo stesso contenuto, ma formulati ed esposti in modo differente dal punto di vista linguistico, possono avere un diverso impatto sui destinatari, in termini di efficacia persuasiva e conseguente modifica del loro atteggiamento. Questo effetto è definito effetto *framing*. Con il termine inglese *frame*, che significa “cornice”, si fa riferimento alla selezione e all'enfasi date a certi aspetti dell'informazione piuttosto che ad altri, quindi al modo in cui una problematica

viene proposta ed esposta dal punto di vista linguistico. Una definizione utile ci è data da Entman (1993), secondo cui il *message framing* è la selezione di alcuni aspetti della realtà percepita, da rendere salienti in un messaggio persuasivo, al fine di mettere in luce particolari aspetti di un problema o raccomandare un determinato comportamento, per fronteggiare il problema stesso. Tale effetto indaga la situazione che si crea quando le persone rispondono in modo differente a formulazioni diverse dal punto di vista linguistico, ma aventi sostanzialmente lo stesso significato, in riferimento alla stessa tematica. Più semplicemente, l'esposizione della stessa informazione può avvenire in chiave positiva o negativa presentando un evento, un comportamento, una tematica o una problematica, sottolineandone gli aspetti positivi, i benefici, i guadagni, i vantaggi (*gain frame*) oppure evidenziandone gli aspetti negativi, i costi, le perdite, gli svantaggi (*loss frame*). In sintesi, ogni informazione inquadrata in una cornice positiva e/o negativa, influenza le scelte, le preferenze, gli atteggiamenti, le intenzioni e i comportamenti delle persone (Tversky e Kahneman, 1981). A tal proposito i due studiosi, attraverso la ricerca nota con il nome de "il problema della malattia asiatica", sono stati in grado di evidenziare come gli individui rispondono in modo diverso quando uno stesso problema è posto sottolineando gli aspetti positivi o quelli negativi. Gli autori hanno presentato al gruppo di partecipanti all'esperimento un testo in cui veniva descritta una situazione nella quale gli Stati Uniti avrebbero dovuto prepararsi ad affrontare una malattia asiatica pericolosissima, talmente contagiosa che avrebbe potuto provocare la morte di 600 persone. Per far fronte a tale situazione i programmi di intervento proposti sono due:

- Adottando il programma A, 200 persone si salveranno;
- Adottando il programma B, c'è 1/3 di probabilità che tutti si salvino e 2/3 di probabilità di non salvare nessuno.

Un testo, con lo stesso contenuto, è stato presentato ad un altro gruppo di partecipanti, ma con una descrizione linguistica diversa dei due programmi di intervento:

- Adottando il programma C, 400 persone muoiono;
- Adottando il piano D, c'è 1/3 di probabilità che nessuno muoia e 2/3 di probabilità che tutti muoiano.

Concettualmente è evidente che le coppie A-B e C-D sono identiche e allo stesso tempo il programma A è uguale a C e il programma B è uguale a D, ma ciò che è cambiato è la formulazione linguistica con cui sono stati proposti ai partecipanti.

I risultati hanno mostrato nette preferenze nelle scelte fatte dai soggetti sottoposti all'esperimento:

- Nel primo gruppo la maggioranza ha preferito il programma A, nel 72% dei casi;
- Nel secondo gruppo la maggioranza ha preferito il programma D, nel 78% dei casi.

Dal momento che la maggior parte dei partecipanti del primo gruppo opta per il programma A si potrebbe ipotizzare che le persone sono tendenzialmente portate a scegliere la propria preferenza basandosi su un esito certo; ma tale ipotesi viene presto smentita nel momento in cui i partecipanti del secondo gruppo optano, per la maggior parte, per l'opzione D, ossia quella corrispondente all'esito incerto. Da ciò si può assumere che le persone non sempre preferiscono l'evento con esito certo. Secondo Kahneman e Tversky, la spiegazione di questo fenomeno risiede nella valutazione, da parte dei partecipanti, della formulazione linguistica delle due versioni del problema e nel diverso valore associato all'informazione presentata attraverso una cornice positiva (è il caso della prima scelta dove le opzioni vengono descritte in termini di vite salvate) o negativa (il caso della seconda scelta in cui, al contrario, le opzioni sono descritte in termini di vite perse). Da ciò si evince che quando il messaggio descrive le scelte

comportamentali in termini di conseguenze negative e di possibili perdite, le persone sono maggiormente disposte ad accettare situazioni rischiose (sono *risk seeking*) e quindi a scegliere il comportamento meno sicuro, ma che può offrire un maggior beneficio; mentre quando si descrive la scelta in termini positivi e di guadagno, i soggetti sono meno disposti a correre rischi (sono *risk averse*) e scelgono il comportamento più sicuro, sebbene questo comporti guadagni minori. I dati ricavati da questa ricerca, in sintesi, permettono di concludere che, più semplicemente, le persone preferiscono le opzioni che offrono un esito certo quando queste sono descritte in termini di possibili benefici e conseguenze positive; viceversa preferiscono le opzioni con esito incerto quando le stesse sono presentate in termini negativi. Tale effetto, costituisce il postulato principale della teoria del prospetto (*prospect theory*) la quale nasce per spiegare la presa di decisione in condizioni di rischio (Kahneman e Tversky, 1979). Ciò che costituisce il concetto chiave, il cuore della teoria, è rappresentato dalla funzione di valore soggettivo o valore psicologico percepito. Quest'ultima si compone di tre proprietà:

- a) Le persone codificano e percepiscono un'informazione rilevante per le proprie scelte, e per se stessi, in termini di potenziali guadagni/benefici (*gain*) o potenziali perdite/costi (*loss*), rispetto ad un punto di riferimento neutro;
- b) Le persone considerano le perdite più importanti dei corrispondenti guadagni. Si denota generalmente una forte avversione verso le perdite (ad esempio: immaginando di guadagnare o perdere 3000 euro, risulta sicuramente più spiacevole perdere tale somma di quanto non sia piacevole vincerla);
- c) Le persone sono più propense ad attuare scelte rischiose nel dominio delle perdite: tendenzialmente, sono disposte ad accettare una situazione di rischio quando i costi o le perdite, dati da una certa scelta comportamentale, sono resi salienti; mentre tendono ad evitare rischi

quando sono messi in luce i vantaggi e i guadagni legati ad un certo comportamento.

È possibile presentare quasi ogni situazione ed informazione in termini dei loro potenziali benefici o dei loro potenziali costi e se si individuano i principi cognitivi che stanno alla base dell'elaborazione, della comprensione e dell'interpretazione dell'informazione, così come del processo decisionale, tali principi possono essere sfruttati per indirizzare e dirigere il comportamento/atteggiamento delle persone.

1.3.3 Il *message framing* nell'ambito della salute

L'ambito della salute è uno dei settori in cui l'effetto *framing* è stato maggiormente impiegato e studiato. Numerosi sono stati i problemi di salute affrontati e i tipi di comportamento promossi attraverso l'applicazione di questa strategia comunicativa. Come ricordano Rothman, Salovey, Antone, Keough, e Martin (1993), esistono diverse possibilità per poter formulare messaggi per la salute in una cornice di guadagno o di perdita: combinando l'esito legato all'azione proposta (ottenere vs. non-ottenere) con la qualità di questo risultato (desiderabile vs. indesiderabile). Un *frame* di guadagno infatti può focalizzarsi sull'ottenere un risultato desiderabile o evitare un risultato indesiderabile, ad esempio: «Se fai una mammografia, è probabile che scoprirai che il tuo seno è sano», e allo stesso tempo «Se fai una mammografia, diminuisce il rischio di avere un potenziale tumore non scoperto». Allo stesso modo un *frame* di perdita può enfatizzare l'ottenimento di un risultato indesiderabile o l'impossibilità di raggiungerne uno desiderabile, ad esempio: «Se non fai una mammografia aumenterai il rischio di avere un potenziale tumore non scoperto» o «Se non fai una mammografia, non saprai se il tuo seno sta bene». A tal proposito i ricercatori Meyerowitz e Chaiken (1987) hanno indagato l'efficacia persuasiva di un volantino che promuoveva l'autoesame del seno. Ciò poteva esser fatto

attraverso una pratica di autopalpazione abituale e quotidiana, utile a riconoscere facilmente anche piccoli cambiamenti nel proprio seno, così da poter realizzare in tempo utile, dopo aver fatto esami e accertamenti specifici, una diagnosi precoce di eventuali alterazioni o anomalie, evitando spiacevoli situazioni future. I due studiosi hanno coinvolto alla partecipazione due gruppi di studentesse universitarie: al primo gruppo è stato proposto un messaggio formulato mettendo in evidenza i benefici della pratica consigliata, mentre il secondo gruppo ha ricevuto un messaggio formulato sottolineando i costi derivanti dalla mancata applicazione della pratica. I testi in questione sono i seguenti:

- se ti avvali dell'autoesame del seno potrai imparare com'è il tuo seno normale e in salute, e sarai più pronta a notare un qualsiasi cambiamento o anomalia che si potrebbe presentare con l'andare degli anni. La ricerca mostra che le donne che si sottopongono all'autoesame del seno hanno una maggiore probabilità di identificare un eventuale tumore nelle sue fasi precoci e più trattabili.
- se non ti avvali dell'autoesame del seno, non potrai imparare com'è il tuo seno normale e in salute, e sarai meno pronta a notare un qualsiasi cambiamento o anomalia che si potrebbe presentare con l'andare degli anni. La ricerca mostra che le donne che non si sottopongono all'autoesame del seno hanno una minore probabilità di identificare un eventuale tumore nelle sue fasi precoci e più trattabili.

Con i risultati ottenuti si è dimostrato che le ragazze a cui era stato proposto il messaggio formulato in termini di perdita esprimevano nell'immediato una maggiore intenzione di praticarsi l'autoesame del seno, e anche dopo 4 settimane, durante una fase di controllo programmato (*follow-up*), hanno dichiarato di aver aderito a tale pratica in misura maggiore rispetto al gruppo che aveva ricevuto il messaggio formulato in termini di guadagno.

Successivamente, rimanendo sempre in ambito sanitario, altri studi hanno mostrato l'efficacia comunicativa di messaggi contenenti una cornice di perdita

nel promuovere la mammografia, l'amniocentesi e il test dell'HIV; viceversa sono risultati più efficaci i messaggi formulati in termini di un *frame* di guadagno nel caso dell'uso dei preservativi come contraccettivi e deterrenti alla trasmissione di malattie sessualmente trasmissibili e delle creme solari a protezione della pelle.

Uno dei fattori che più influenza l'efficacia del *message framing*, nei contesti di salute, e permette di prevedere quale sarà quello maggiormente efficace, riguarda il tipo di comportamento promosso e raccomandato all'interno del messaggio persuasivo. A questo aspetto si lega il concetto di rischio, in quanto fondamentale per l'*effetto framing*. Rothamn e Salovay (1997) sostengono quindi che i due tipi di *frame*, ovvero quello di guadagno (*game frame*) e quello di perdita (*loss frame*), possono avere una diversa efficacia in relazione alla tipologia di pratica medica promossa. In base a ciò sono stati individuati e distinti due macrocategorie di comportamenti inerenti alla salute attuabili: quelli di prevenzione (*prevention behaviours*) e quelli di individuazione (*detection behaviours*). I comportamenti di prevenzione hanno lo scopo di mantenere lo stato di salute e sono perciò volti, come ne suggerisce il nome, a prevenire l'insorgere di un problema di salute (ad esempio l'uso del preservativo può prevenire la diffusione di malattie sessualmente trasmissibili, così come fare uso di creme solari ad alta protezione prima di esporsi al sole, al fine di preservare un buono stato di salute cutanea). È chiaro che tali comportamenti preventivi non comportano alcun rischio (sono *health-affirming*); i comportamenti di individuazione hanno invece l'obiettivo di controllare lo stato del benessere generale della persona e sono quelli attraverso cui è possibile individuare un problema di salute per poi tenerlo monitorato (ad esempio sottoponendosi alla PET, *positrone emission tomography*, si può individuare precocemente un possibile tumore al polmone, valutarne le dimensioni e la localizzazione, così da poter intervenire in modo efficace e mirato nel più breve tempo possibile). Aderire a tale pratica può essere percepito come un comportamento rischioso

(*illness detecting*) dal momento che l'adozione di questo comportamento implica la probabilità di rilevare un'eventuale problema di salute. Rothman e Salovey (1997) mostrano così come a tali comportamenti si associ una diversa percezione del rischio e dell'incertezza e ciò sembra stabilire che, in riferimento alla *Prospect Theory*, il *frame* di guadagno è più efficace nel promuovere comportamenti di prevenzione (cui si associa tipicamente un rischio minore); mentre il *frame* di perdita è più efficace e persuasivo nell'ambito dei comportamenti di individuazione (cui si associa tipicamente un rischio maggiore). Latimer, Salovey e Rothman (2007), inoltre, suggeriscono che la variabilità delle risposte dei riceventi/destinatari ai messaggi persuasivi incorniciati con *frames* diversi siano dovute a caratteristiche individuali e personali. A questo proposito, uno dei principali fattori che sembra intervenire sull'efficacia del *frame* è riconducibile all'influenza di due tendenze motivazionali differenti, ma concettualmente simili: una ricerca di ricompensa e di risultati positivi e favorevoli (motivazione all'approccio, *approach motivation*) e un evitamento delle minacce, delle punizioni e delle situazioni sfavorevoli (*avoidance motivation*). Updegraff, Sherman e Lusyter (2007) hanno affermato che le persone che sono più orientate verso la ricerca di ricompensa, sono, in tutta probabilità, più attratti e persuasi da messaggi formulati in un *frame* di guadagno; mentre gli individui che sono orientati ad evitare le minacce, risultano maggiormente persuasi da messaggi formulati in termini di perdita. Ad ogni modo, quando un messaggio ben inquadrato in termini di benefici o costi è adeguato all'orientamento motivazionale dei destinatari, si ottiene il cosiddetto "effetto congruenza", che, di fatto, aumenta l'efficacia persuasiva della comunicazione. Infine i tre ricercatori approfondiscono ulteriormente i loro studi prestando attenzione anche a come l'individuo interpreta il comportamento raccomandato all'interno di una comunicazione persuasiva e quale peso/significato attribuisce alla sua attuazione. In quest'ottica le proprie caratteristiche caratteriali e attitudinali e la propria esperienza personale, così come quella di persone ritenute affettivamente vicine, assumono una forte

rilevanza nel processo decisionale e nel cambiamento di atteggiamento. Quindi viene attribuita grande importanza alla soggettività.

Alla luce di quanto detto, sebbene la distinzione tra comportamento di prevenzione e comportamento di individuazione rappresenti un aiuto per prevedere l'efficacia di un *frame* di perdita o di guadagno, il fattore fondamentale sembrerebbe essere la percezione soggettiva del rischio legato al comportamento, gli stili motivazionali dell'individuo e non solo il tipo di comportamento in sé (Latimer et al., 2007). Tuttavia, Rothman e Salovey (1997), fanno presente che (per quanto banale possa essere tale affermazione, non è scontata) i professionisti della salute continuano ad avere un ruolo fondamentale nella formazione, nella costruzione e nella promozione di comportamenti raccomandati per mantenersi a lungo in buona salute.

1.3.4 La strategia persuasiva dell'Appello alla Paura e il Modello Esteso dei Processi Paralleli

Fare ricorso alle emozioni, all'interno delle comunicazioni, è sicuramente motivo di coinvolgimento, identificazione ed interesse da parte dei destinatari, a proposito delle argomentazioni trattate. Tra i fattori indagati, studiati e ritenuti in grado di rendere una comunicazione molto persuasiva, non si può non considerare la paura. La strategia persuasiva del *fear appeal*, letteralmente, è una comunicazione che sfrutta l'appello alla paura. Sebbene sia applicata in diversi contesti, tipicamente, è utilizzata nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute allo scopo di strutturare messaggi in grado di motivare le persone al cambiamento di atteggiamento/comportamento e a prendersi cura di se stesse, in favore dell'adozione di una condotta di vita costituita da abitudini salutari (Perloff, 2010). Witte (1992) definisce gli appelli alla paura come messaggi persuasivi consapevolmente e volontariamente strutturati in modo tale da suscitare spavento nelle persone attraverso la descrizione di eventi, oggetti o situazioni terribili e temibili che possono verificarsi qualora non si adottassero le

raccomandazioni che il messaggio stesso promuove. Infatti una *fear-arousing communication* (ovvero una comunicazione che vuole attivare la paura) è costituita, nello specifico, da due parti: una prima, in cui viene descritta la minaccia in questione e la seconda in cui viene suggerita la raccomandazione, ossia il comportamento da adottare, al fine di ridurre, controllare o eliminare tale minaccia. Nella fattispecie, nella prima parte del messaggio la reazione di paura è indotta al target vulnerabile dalla presentazione di un grave pericolo (ad esempio, il tumore ai polmoni è una malattia mortale causata soprattutto dal vizio del fumo) e nella seconda parte è raccomandato e presentato il comportamento in grado di prevenire il rischio (ad esempio, se si smette di fumare, e non ci si espone al fumo passivo, diminuisce la possibilità che si sviluppi un tumore ai polmoni). Per rendere la comunicazione ancor più persuasiva è utile esplicitare l'efficacia protettiva ed eventualmente la facilità di attuazione.

È importante sottolineare che la paura, come emozione personale, va distinta dalla minaccia, in quanto aspetto decisamente più cognitivo ed ambientale. Tuttavia le due variabili risultano reciprocamente legate dal momento che più forte è la percezione della minaccia, maggiore sarà la paura esperita (Witte e Allen, 2000; Witte, 1992). La minaccia quindi è una variabile esterna ed esiste indipendentemente dal fatto che gli individui ne siano più o meno consapevoli (Witte, 1992).

Per fare chiarezza vanno quindi distinti altri due concetti: quello di minaccia (oggettiva ed esterna in quanto stimolo proveniente dall'ambiente) e quello della percezione della minaccia (valutazione personale e soggettiva dei riceventi/destinatari). In base a quest'ultima è utile fare un'ulteriore distinzione che si concretizza nella gravità percepita (come forza delle conseguenze negative associate al pericolo) e nella vulnerabilità percepita (il grado di coinvolgimento individuale ad una minaccia, ossia quanto ci si sente a rischio).

Anche la raccomandazione descritta all'interno di un messaggio persuasivo è una variabile legata all'ambiente ed è caratterizzata dalla valutazione soggettiva della risposta raccomandata, ovvero dalla percezione di efficacia della risposta

(*response efficacy*) che si basa sulla convinzione che il comportamento suggerito possa realmente contrastare la minaccia; e sull'auto-efficacia (*self-efficacy*) del soggetto rispetto alla possibilità di attuare il comportamento raccomandato grazie alle proprie risorse e abilità e nondimeno alla propria determinazione.

Come ricorda Stefanile (2011), importante è tutt'oggi il dibattito a proposito del livello di attivazione di paura ottimale che il messaggio persuasivo deve indurre per risultare davvero efficace.

Per i primi studi sull'argomento, attorno agli '50, il livello di paura ottimale è un livello moderato. Il primo esperimento che fa riferimento alla strategia persuasiva di appello alla paura è realizzato da Janis e Freshbach (1953). Tramite la diffusione di messaggi riguardanti il tema dell'igiene dentale, nella fattispecie i rischi di malattie dentali ed i modi per evitarli, i due studiosi confrontano gli effetti del livello di attivazione alla paura generati da messaggi proposti a differenti livelli intensità, individuata in: forte, media, bassa. Le comunicazioni proposte contengono le medesime informazioni ed hanno la stessa durata, ma differiscono per insistenza sulle conseguenze negative derivanti da una scarsa igiene orale. Le rilevazioni vengono effettuate una settimana prima e una settimana dopo l'esposizione al messaggio. È emerso che il livello di un forte appello alla paura è efficace nel procurare uno stato di grande tensione e preoccupazione; ma sono i partecipanti esposti ad una comunicazione che ricorre ad un basso livello di appello alla paura che, sul piano comportamentale, mostrano il maggiore cambiamento in favore di quello indicato e raccomandato. Gli autori hanno così interpretato i risultati con la seguente spiegazione: quando un individuo presta attenzione ad un messaggio contenente elementi di minaccia per il Sé, sicuramente prova emozioni spiacevoli, di paura e tensione, che provocano, in risposta al proprio malessere emotivo, la ricerca di risposte in grado di ridurre queste sensazioni sgradevoli. Per evitare di sentirsi amareggiati e spaventati le persone possono: o adottare il comportamento consigliato nella comunicazione, o attuare altre risposte adattive di tipo difensivo (ad esempio, non prestare volutamente attenzione al messaggio, aggredire e sminuire la fonte

ed il contenuto del messaggio, sminuire la gravità della situazione e le conseguenze provocate da un dato comportamento). I due ricercatori di Yale hanno dunque potuto verificare, come si può osservare nella figura 1.1, che a bassi livelli di intensità di paura non c'è alcuna attivazione che riesca a stimolare il processo persuasivo, mentre se il richiamo alla paura è troppo intenso ed elevato, può indurre una tensione emotiva negativa tale da attivare risposte di tipo difensivo ed inibire il processo persuasivo (provocando reazioni quali: lo screditamento della fonte, l'attenzione selettiva, il diniego, l'evitamento della minaccia o la sua minimizzazione, ed infine l'effetto *boomerang* precedentemente trattato, Das, 2001). Per tale ragione affermano che la relazione tra paura e persuasione è curvilineare, ossia graficamente a forma di U rovesciata, e che il livello di paura ottimale, per una reale attivazione persuasiva, è quello moderato. Janis e Freshbach ritengono, in conclusione, che ad intensità moderate, si può innescare un'adeguata spinta motivazionale all'azione verso l'adozione del comportamento raccomandato. In sintesi, più aumentano la tensione e la sensazione di paura (nei riguardi della minaccia espressa all'interno del messaggio) più aumenta la determinazione verso un cambiamento d'atteggiamento (a proprio vantaggio), ma solo fino ad un punto individuato come ottimale (il livello moderato di attivazione della paura), oltre il quale avviene il contrario, e cioè si attuano meccanismi difensivi contro la sensazione di paura ed il comportamento raccomandato.

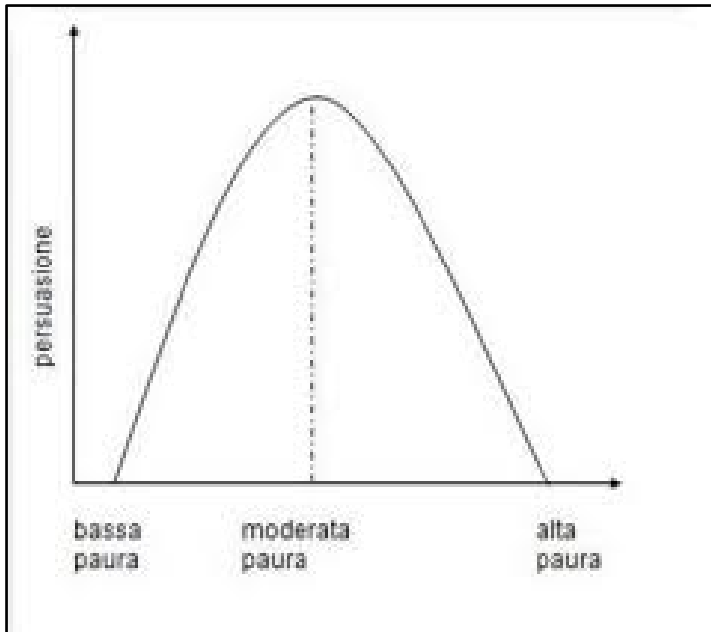


Fig. 1.1

Rapporto curvilineare tra induzione di paura e persuasione.

Fonte: Drive Reduction Model di Hovland, Janis e Kelley (1953) e ulteriormente sviluppato da Janis (1967) e da McGuire (1968;1969).

Il modello teorico appena descritto però non risulta del tutto efficace dal momento che non ha ottenuto le evidenze pratico-empiriche necessarie (Das, 2001). I ricercatori successivi si sono così concentrati ad attribuire un ruolo minore agli stati emozionali e alla paura (ritenuta sino ad allora un antecedente necessario della risposta comportamentale al pericolo), nei processi persuasivi e di attivazione all'azione, dedicandosi e dirigendo la propria attenzione soprattutto sui processi cognitivi. Uno degli sviluppi più interessanti di tale concezione è realizzato da Maddux e Rogers (1983), i quali propongono la teoria della motivazione a proteggersi (PMT), come percorso tipicamente cognitivo. Secondo questa, attraverso la combinazione tra due processi cognitivi, nello specifico quello di valutazione della minaccia (che comprende la gravità, la vulnerabilità, i benefici intrinseci propri dell'individuo, ed estrinseci, derivanti dalla condizione sociale) e quello di valutazione della raccomandazione (che fa riferimento all'efficacia del comportamento raccomandato (*response efficacy*), alla percezione di auto-efficacia (*self-efficacy*), e ai costi della risposta raccomandata) le persone sono motivate ad attuare comportamenti di auto-protezione, che attivano, sostengono e dirigono le azioni (Floyd, Prentice-Dunn e Rogers, 2000). La probabilità che vengano attuati comportamenti di tipo protettivo è massima

soprattutto in particolari circostanze, quali: quando la minaccia è percepita come effettivamente grave, quando il soggetto si sente altamente vulnerabile rispetto al problema, quando l'azione raccomandata è valutata come efficace a contrastare la minaccia, e infine quando i costi della sua attuazione sono considerati bassi e l'individuo si sente in grado di attuarli. Tale modello ha riscosso ampi consensi nell'ambito della promozione alla salute rivolta alle persone e alle comunità, e allo stesso tempo ha favorito una maggiore comprensione del processo di cambiamento di atteggiamento dell'individuo di fronte ad una minaccia; tuttavia non sono mancate critiche (vedi, ad esempio, autori come Beck e Frankel, 1981; Witte, 1992; Das, 2001).

Nel 1992 Witte propone il Modello Esteso dei Processi Paralleli (*Extended Parallel Process Model*, EPPM), volto a delineare i processi che sottostanno alla ricezione dei messaggi. Esso deriva da un ritorno di interesse nei confronti delle emozioni e dei processi motivazionali, e di fatto focalizza di nuovo l'attenzione sul concetto di paura, come variabile emozionale centrale dello stesso fear appeal (Witte e Allen, 2000). Attualmente questo è ritenuto il più comprensivo ed empiricamente supportato tra i modelli interpretativi dei fear appeals, pur non essendo esente da limiti e critiche (Perloff, 2010). L'EPPM sostiene che i soggetti, dopo essere stati sottoposti ad un messaggio contenente un appello alla paura, compiono anzitutto una valutazione della minaccia, la quale ha a che fare con la percezione della gravità della situazione e con la percezione della probabilità che si verifichi l'evento minaccioso; e successivamente, se ritengono la minaccia davvero grave e allo stesso tempo si percepiscono vulnerabili ad essa, saranno motivati a compiere anche una valutazione dell'efficacia, che comprende la valutazione personale di quanto può essere efficace il comportamento raccomandato, all'interno del messaggio, nel contrastare la minaccia, e la percezione di autoefficacia (*self-efficacy*), ossia la misura in cui l'individuo si percepisce in grado di mettere in pratica lo stesso comportamento, a vantaggio della propria tutela (Witte, 1992). Ciò conduce a diverse tipologie di risposta:

- Se il soggetto non percepisce la minaccia come grave o non ne avverte il rischio personale, semplicemente il messaggio verrà ignorato, e l'individuo non attuerà alcuna risposta (non-risposta alla minaccia);
- Se il soggetto ha un'alta percezione della minaccia, data da un pericolo ritenuto molto serio e rilevante, la paura che prova potrà motivarlo a compiere azioni in grado di ridurre la forte tensione esperita. Nel momento in cui il soggetto ritiene di avere una buona percezione di auto-efficacia, potrà più consapevolmente e facilmente intraprendere il percorso di controllo del pericolo tramite il comportamento raccomandato (viene così attuata una risposta di controllo al pericolo, *danger control process*, attraverso la valutazione dell'efficacia del comportamento raccomandato e della propria capacità di attuarlo);
- Quando invece il soggetto compie una valutazione dell'efficacia della risposta o dell'auto-efficacia, che risultano scoraggianti e negative, sarà più motivato a "difendersi" tramite il controllo e l'eliminazione dalla propria paura (si attua una risposta di controllo della paura, *fear control process*).

Come specificato da Witte e Allen (2000), mentre la percezione della minaccia contribuisce all'intensità della risposta da parte del soggetto all'appello alla paura (cioè quanto sono forti le risposte di controllo al pericolo o alla paura), la percezione di efficacia contribuisce alla natura della risposta (ovverosia la possibilità che venga elicitata una risposta di controllo al pericolo o alla paura).

In conclusione, la paura potrebbe favorire e incrementare la motivazione a proteggersi dalla minaccia presentata all'interno di una comunicazione aumentando l'attenzione verso la raccomandazione; ma allo stesso tempo, provare una forte sensazione di paura, potrebbe condurre all'adozione di comportamenti difensivi che ostacolano i processi persuasivi e di cambiamento di atteggiamento verso una buona condotta, interferendo appunto con le intenzioni di adottare le suggerite raccomandazioni. Allo stesso modo della

paura, in un messaggio di *fear appeal*, altrettanto importanti sono le raccomandazioni proposte, implicite od esplicite che siano, le quali devono essere sempre presenti, plausibili, fattibili e sostenute da argomentazioni forti, al fine di essere il più efficaci possibile. Naturalmente risulta determinante, nel processo persuasivo, anche il modo in cui vengono formulate e presentate, ovverosia la cornice, appunto il *frame*, di presentazione in cui vengono inquadrare.

Sulla base di queste considerazioni, chi si occupa di campagne nell'ambito della promozione del benessere e della salute dovrebbe tenere in considerazione l'ipotesi di costruire messaggi contenenti appelli alla paura ma che, al tempo stesso, agevolino e inducano un aumento della percezione dell'autoefficacia, lavorando sull'individuazione delle barriere ed i limiti che ostacolano la volontà e la capacità di perseguire i comportamenti raccomandati, magari esplicitandoli chiaramente nei messaggi persuasivi, al fine di salvaguardare la salute e prevenire situazioni di rischio.

1.3.5 Fear appeal e message framing come strategie complementari di comunicazione persuasiva alla salute

Coerentemente con quanto riportato a proposito dell'effetto *framing*, si può constatare che, nella maggior parte dei casi, la manipolazione delle variabili nelle diverse condizioni sperimentali è avvenuta attraverso la formulazione di un testo opportunamente inquadrato in una cornice di guadagno o di perdita, contenente la descrizione della minaccia in questione, in termini di gravità e vulnerabilità (si veda ad es. Hevey et al., 2010; Rothman et al., 2003). Alcune ricercatrici come Block e Keller (1995) hanno preso in considerazione tre fattori: la gravità, la vulnerabilità e l'attivazione di paura, come possibili variabili confondenti da tenere sotto controllo durante le ricerche. Hanno inoltre ritenuto importante valutare l'interazione tra la minaccia e i *frame* contenuti nei messaggi, considerando anche l'influenza che può avere l'attivazione di paura. Tale

considerazione esplicita la visione più corretta del rapporto tra la strategia adottata per il *framing* e quella del *fear appeal*: piuttosto che inquadrare un messaggio in termini negativi e di perdita, concettualmente simile ad un appello alla paura, è probabilmente più opportuno considerare che il *fear appeal* prevede, come già spiegato, due parti: la descrizione di una minaccia per la salute e la presentazione del comportamento preventivo (Witte, 1992). Quest'ultimo può essere proposto sia attraverso la valorizzazione dei vantaggi dovuti alla sua attuazione sia degli svantaggi della sua non attuazione (Ruiter, Abraham e Kok, 2001). Ruiter, Kok, Verplanken e Van Eersel (2003), dedicandosi anch'essi allo studio del rapporto tra *framing* e *fear appeal*, hanno messo in luce che il primo modera gli effetti del secondo. Nello specifico, un messaggio che provoca alta attivazione di paura risulta essere più efficace se accompagnato con raccomandazioni espresse in una cornice perdita. Da questo è emerso come possa essere considerato più efficace e persuasivo un messaggio formulato in termini di perdita nel promuovere il comportamento raccomandato ai fini di una buona condotta. Ciò testimonia l'importanza sia del *framing*, che della paura, così come della minaccia e della raccomandazione. Infatti, se la paura e la minaccia provocano nelle persone un effetto persuasivo, possono creare la base motivazionale necessaria per l'azione che spinge verso il tipo di risposta da adottare, promosso nella raccomandazione (Ruiter, Abraham e Kok, 2001). Secondo gli autori citati in questo sottoparagrafo è evidente come la cornice teorica degli appelli alla paura sia quella da considerare per costruire comunicazioni per la salute efficaci e persuasive. In conclusione, mediante l'attivazione di paura, preceduta dalla descrizione/presentazione di una minaccia, si promuove un comportamento di buona salute, stimolato da una raccomandazione che può essere presentata con un *frame* di guadagno o di perdita. Le ricerche di Ruiter e collaboratori (2003) e Cherubini e collaboratori (2005), hanno dimostrato che per attuare comportamenti di individuazione (con l'obiettivo di controllare lo stato di salute) è più efficace un'alta attivazione di

paura, seguita da una raccomandazione presentata in una cornice perdita, piuttosto che di guadagno.

1.3.6 Il coinvolgimento emotivo e la forza dell'affect nell'elaborazione delle informazioni

Come ricordano i modelli duali della persuasione (il modello della probabilità di elaborazione e il modello euristico-sistematico), il coinvolgimento, la rilevanza personale verso una determinata tematica o questione, hanno una grande influenza sulla motivazione all'elaborazione, la quale è in grado di condurre il destinatario a compiere un'elaborazione centrale e sistematica (ossia molto approfondita) dei contenuti del messaggio. Ciò può determinare un cambiamento di atteggiamento più solido e duraturo. In questo modo è possibile affermare che le emozioni, per quanto forti o viceversa superficiali possano essere, il più delle volte, si comportano come vere e proprie informazioni da sfruttare per interpretare i messaggi e le opzioni di scelta, così come possono rappresentare la spinta cruciale relativamente al comportamento da adottare.

La scienza medica è oggi in grado di fornire informazioni numeriche, il più delle volte espresse in termini di percentuali di successo, sempre più precise e dettagliate, grazie al progresso e all'innovazione tecnologica. Tali informazioni, per quanto oggettive e veritiere possano essere, rischiano di non essere tenute in considerazione, o peggio, di non essere comprese e ben interpretate dai destinatari, per la difficoltà del linguaggio utilizzato ed anche a causa della mancanza di un significato affettivo da attribuirvi, a discapito del coinvolgimento emotivo e motivazionale dell'individuo.

Nella parte dedicata all'effetto *framing* si è potuto vedere come risultino più efficaci i messaggi espressi in termini di perdita, al fine di ottenere comportamenti di individuazione. I risultati di uno studio compiuto da Maheswaran e Meyers-Levy (1990) sostengono che tale effetto è prodotto dal

coinvolgimento dei destinatari e dimostrano che le persone che si sentono maggiormente coinvolte dal rischio che una malattia possa colpirle, sono più persuase da una comunicazione che contiene una formulazione in termini di perdita, mentre le persone aventi un basso coinvolgimento, vengono più facilmente persuase da un messaggio proposto in termini di guadagno. Ciò sta a significare che mediante quest'ultimo, un soggetto, solitamente, percepisce e prova emozioni positive, che possono avere più effetto sull'accettazione della raccomandazione e sugli atteggiamenti da adottare a proprio vantaggio. Viceversa in una comunicazione proposta in termini di perdita, notoriamente a prevalere sono le emozioni negative, le quali possono avere un forte effetto sulle intenzioni, esercitando un'influenza di tipo motivazionale.

Rothman e Salovey (2006) sostengono che un elevato coinvolgimento dei riceventi permette di amplificare i diversi effetti dei messaggi incorniciati in un'ottica di perdita o di guadagno, rispettivamente sui comportamenti di individuazione e di prevenzione. Secondo gli stessi autori l'effetto *framing* si realizza solo quando le persone considerano rilevante per se stesse l'ambito di salute che è stato preso in considerazione e, per questo, elaborano le informazioni del messaggio in maniera accurata e sistematica.

Essere ben informati a proposito di una questione significa soprattutto riuscire a comprendere ed interpretare correttamente le informazioni che vengono fornite. Continuando a fare riferimento all'ambito sanitario, le comunicazioni che vengono proposte sono il più delle volte molto specifiche, così come i termini medici che le compongono. Per tale ragione il linguaggio utilizzato è considerato molto complicato da tutte le persone che non fanno parte del mestiere, tanto da risultare ai pazienti di difficile comprensione, nonostante le comunicazioni siano indirizzate proprio a questi ultimi. Ecco che, quindi, gli individui faticano a riconoscere il valore e l'importanza delle informazioni fornite, e di conseguenza hanno difficoltà nel valutare e decidere tra le alternative che vengono loro presentate (essendo esposte in maniera complessa e poco familiare). In questi casi la preferenza tende a variare in base al modo in cui vengono sia proposte, sia

percepiti, le informazioni, e ad essere definita sul momento, senza essere preceduta da un'attenta ponderazione e valutazione delle alternative (Lichtenstein e Slovic, 2006). In linea con quanto scritto in precedenza a proposito dell'importanza del coinvolgimento, dei tratti personali/individuali e delle emozioni provate, recenti ricerche hanno incorporato, come componente fondamentale e imprescindibile, *l'affect*, ossia la dimensione affettiva (Slovic *et al.* 2002; Peters, Lipkus e Diefenbach, 2006). Con il termine "*affect*" si fa riferimento al concetto di "sensazione", un'emozione legata all'attributo da valutare, che può essere positiva o negativa, forte o debole, e che risulta determinante nel processo di valutazione di una situazione, nel processo decisionale, in quello di scelta della preferenza e infine nella creazione dei propri valori. Se uno stimolo provoca un'emozione negativa, l'individuo cercherà di modificare il proprio comportamento, in modo tale da diminuire quella sgradevole sensazione; viceversa se l'emozione vissuta risulta positiva, si cercherà di agire al fine di continuare a mantenerla o addirittura potenziarla. In questa prospettiva le emozioni/sensazioni provate (*affect*) agiscono proprio come informazioni in favore della comprensione del messaggio, tanto quanto le informazioni cognitive presenti. Come già detto, nel mondo medico, molto spesso le informazioni, per risultare il più oggettive possibili, vengono proposte attraverso statistiche, percentuali e probabilità, e questo costringe gli individui a doversi spesso confrontare con informazioni espresse appunto in formato numerico. Nonostante la precisione che quest'ultimo fornisce, alcune ricerche hanno reso noto che la maggior parte della popolazione non è in grado di attribuire un reale significato ai numeri (Kirsch *et al.*, 1993). Anche i ricercatori Peters, Slovic e Hibbard (2004) hanno voluto dimostrare, attraverso un esperimento, che la comprensione e l'interpretazione delle informazioni numeriche è facilitata se vengono fornite e aggiunte categorie affettive di riferimento. In questo modo anche la valutazione delle opzioni di scelta risulta più semplice. L'esperimento consisteva nel presentare, ad un gruppo di soggetti anziani, due possibili piani di salute tra cui scegliere, descritti mediante due

attributi: la qualità dei trattamenti e la soddisfazione dei pazienti. Le informazioni sono state loro presentate utilizzando grafici a barre (istogrammi), con tanto di punteggio relativo ad ogni attributo, riportato al lato della barra corrispondente. A metà dei soggetti partecipanti le informazioni sono state illustrate con l'aggiunta di categorie affettive (linee categoriali ed etichette affettive che definivano la qualità del piano di salute come: povera, discreta, buona, eccellente). La figura 1.2 di seguito mostra il formato di presentazione delle informazioni. Il piano B è stato disegnato in modo tale che fosse buono per entrambi gli attributi (qualità dei trattamenti e soddisfazione dei pazienti), mentre il piano A che fosse buono per la qualità dei trattamenti, ma discreto per la soddisfazione dei pazienti.

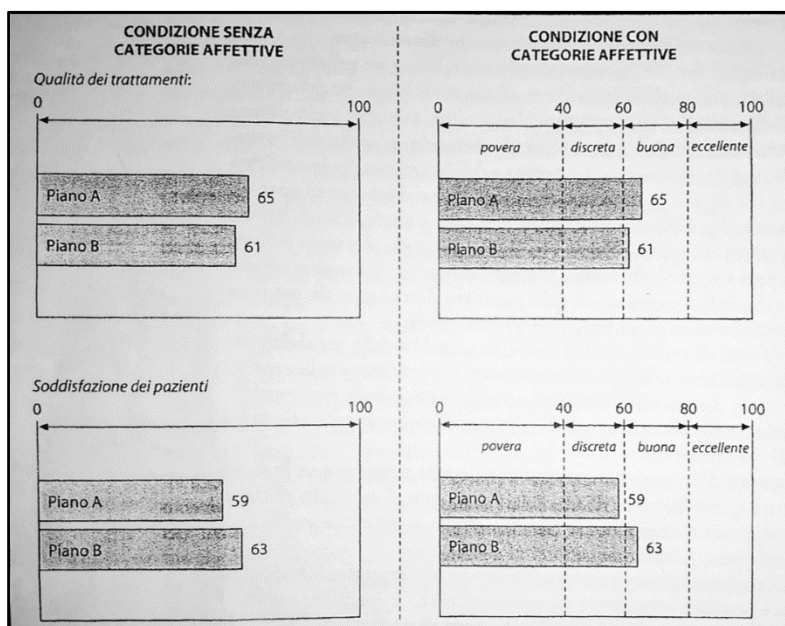


Fig.1.2

Istogrammi esemplificativi dei piani presentati (A;B) con punteggi numerici attribuiti a lato e assenza/presenza di categorie affettive.

Fonte: Adattata da Peters, Slovic e Hibbard (2004).

Gli autori hanno messo in luce una differenza nelle preferenze dei soggetti appartenenti ai due diversi gruppi: nello specifico, quando le etichette/categorie affettive erano presenti, il maggior numero di individui preferiva il piano B al piano A, e viceversa nell'altra condizione. Gli studiosi ritengono che questo si è verificato perché le sole barre con affianco i numeri non sono state sufficienti a far comprendere in modo esaustivo la qualità delle opzioni. Se fossero state

sufficienti, le preferenze non avrebbero subito modifiche, pur aggiungendo le categorie affettive. Invece è stato dimostrato che queste ultime permettono di entrare in contatto con sensazioni affettive che facilitano la comprensione e l'interpretazione del fenomeno, e grazie alle quali è più facile distinguere gli indicatori numerici e decidere a quale barra (piano A o piano B) attribuire una delle quattro qualità (etichette verbali: povera, discreta, buona, eccellente, come marcatori affettivi). Si può dunque affermare che le semplici linee categoriali prive di etichette affettive non sono sufficienti a favorire la comprensione degli indicatori numerici di qualità. In conclusione, le etichette verbali fungono da marcatori affettivi che facilitano l'uso, la comprensione ed il significato delle informazioni espresse in formato numerico, agendo esse stesse come informazioni.

Tutti gli scenari presentati e le teorie sopracitate mostrano quanto complesso sia l'ambito d'indagine della comunicazione persuasiva. A partire dagli anni '50 ad oggi, nonostante i numerosi esperimenti, le ricerche effettuate ed i preziosi risultati portati in luce, è difficile stabilire con certezza quali sono le condizioni migliori, ed i fattori più determinanti, in grado di generare una comunicazione realmente efficace in termini sia persuasivi, sia di cambiamento di abitudini e atteggiamenti. Ad intervenire ed influire in maniera rilevante su questi ultimi sono le attitudini e caratteristiche personali/individuali del target, pubblico di riferimento, motivo per cui i risultati delle indagini possono essere, talvolta, molto variabili e inaspettati e possono condurre a nuove scoperte utili e a nuovi scenari da indagare.

CAPITOLO SECONDO

Le dimensioni del problema fumo: caratteristiche, problematiche, fattori di influenza, strategie e mezzi per contrastarlo

2.1 Presentazione del fenomeno

Con il termine tabagismo si intende il consumo abituale, e costante nel tempo, di tabacco, generalmente inalato sotto forma di fumo proveniente dalla combustione del tabacco stesso contenuto all'interno di sigarette, sigari, pipe e altri. Più semplicemente, ci si riferisce quindi all'abitudine di fumare tabacco ricorrentemente e per un periodo prolungato; anzi, ad una vera e propria forma di piacere o di dipendenza. Con questo termine si può fare riferimento ad una dipendenza che può essere fisica (quando l'organismo si abitua alla sostanza e, aumentando progressivamente la soglia di tolleranza, si avverte la necessità di assumerla in misura maggiore, al fine di trarne gli stessi effetti/benefici iniziali) o psicologica (quando si è sopraffatti dal desiderio di fare uso della sostanza e non si riesce a starne senza. Molto spesso questa seconda forma è associata alla dipendenza di tipo fisico). Ciò si traduce in un'alterazione del comportamento che, da semplice abitudine, si trasforma in una necessità continua di soddisfare il proprio piacere (rappresentato dal fumo, dall'alcool, dalla droga, dal sesso e altro), in modo del tutto esagerato, compulsivo e patologico (www.istitutobeck.com/terapia-cognitivo-comportamentale/la-dipendenza-da-sostanze-caratteristiche-cause-e-trattamento). Una persona può essere considerata dipendente da qualcosa o qualcuno nel momento in cui perde la capacità di controllo sull'abitudine e sente di non poterne più farne a meno, di non potersi rinunciare. Facendo riferimento alla dipendenza da tabacco, la nicotina è una sostanza che dà molta dipendenza per chi la assume regolarmente, tanto da provocare una sindrome da astinenza da nicotina; qualora infatti vi fossero impedimenti e limiti nell'assecondare la propria forma di dipendenza, l'individuo in questione, a causa dell'astinenza (cioè un periodo più o meno prolungato senza fare uso della sostanza), in tutta probabilità potrebbe avvertire forti ripercussioni a livello fisico e mentale con la comparsa di vari sintomi, quali: stanchezza e forti mal di testa, ansia e depressione, elevata sudorazione, nervosismo persistente, collera, irritabilità, scarsa concentrazione, ed altri sintomi gastro-intestinali come

la nausea e i crampi allo stomaco. Le dipendenze, molto spesso, includono l'intenzione stessa e la consapevolezza, da parte del pubblico di riferimento, dell'importanza di interrompere il consumo della sostanza di cui si fa uso, tuttavia, il più delle volte, ci si percepisce come incapaci di smettere e di rinunciare, e di conseguenza si mantiene, perseveranti, una condotta di vita non salutare.

Ma tornando al “vizio” del tabagismo, questo può provocare alle persone che lo praticano (ed anche a coloro che vi stanno vicino) molte ripercussioni negative sulla salute, infatti è riconosciuto responsabile di gravi danni a numerosi organi e tessuti del corpo umano. Ad avere spiacevoli conseguenze sono anzitutto gli apparati cardiovascolare e respiratorio, quello gastrointestinale, ed ancora la pelle, il cuoio capelluto, le ossa, i reni, la vescica e l'apparato genitale; nondimeno è riconosciuto uno delle principali cause di enfisema polmonare (ossia la dilatazione ed il deterioramento degli alveoli contenuti nei polmoni) e della presenza di masse tumorali nei polmoni (carcinoma polmonare). La gravità dei danni è molto spesso correlata alla quantità di tabacco consumato, oltre che dipendere da fattori individuali. Diversi studi hanno dimostrato che la combustione di una sigaretta produce moltissime sostanze tossiche e irritanti, tanto da essere individuate come cancerogene (che possono perciò condurre alla formazione di tumori) sia per l'uomo che per le altre specie animali. La componente tossica più famosa contenuta nel tabacco è certamente la nicotina, a cui si è già fatto riferimento anche in proposito alla dipendenza. (www.notiziariochimicofarmaceutico.it/2017/12/07/tabagismo-e-dipendenza-da-fumo/). Le sostanze tossiche contenute nelle sigarette e altri, tra cui la nicotina, non solo vengono inalate dai fumatori che ne fanno uso, ma si disperdono nell'aria circostante, provocando possibili danni e comportando rischi anche a tutte le persone vicine, specialmente ai bambini, così come agli animali domestici, tra tutti i gatti e i cani. Le conseguenze nocive e passive del tabagismo rientrano sotto il nome più comune di fumo passivo, ad indicare cioè il fumo che viene respirato involontariamente quando si è nelle vicinanze di soggetti

fumatori. Le problematiche e le patologie che derivano dall'esposizione al fumo passivo, per la maggior parte, sono le stesse di quelle del fumo attivo, anche se il più delle volte questa è una tematica poco presa in considerazione, ed anzi molto sottovalutata, specie dai fumatori stessi.

2.2 Alcuni dati sulla diffusione dell'abitudine al fumo e sulla stima delle morti ad esso annesse nel mondo, in Europa e in Italia

Dal Rapporto per l'anno 2018 realizzato dal Ministero della Salute in proposito alla Prevenzione e al Controllo del Tabagismo (www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2851) è emerso che, di fatto, per quanto la situazione possa sembrare esagerata e sovradimensionata, l'abuso di tabacco provoca più decessi di aids, droghe, alcool, incidenti stradali, omicidi e suicidi messi assieme; di conseguenza il fumo da tabacco è individuato, a livello mondiale, come la più grande minaccia contro la buona salute delle persone ed il primo fattore di rischio di malattie croniche non trasmissibili. Secondo i dati forniti dal Rapporto Nazionale sul fumo 2018 e pubblicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel mondo vi sono circa 1 miliardo di fumatori, di cui l'80% vive in paesi a basso e medio reddito, ed il 70% dei consumatori inizia a fare uso dei prodotti contenenti tabacco prima dei 18 anni di età, ed il 94% prima dei 25. Il miliardo di fumatori è così costituito da circa 770 milioni di fumatori uomini (circa l'83% dei fumatori) e da 165 milioni di fumatrici donne (il 17%). Tutto ciò non può che accentuare e peggiorare le disuguaglianze sanitarie, così come aggravare lo stato di povertà sociale. Mantenendo il riferimento a livello mondiale, la stessa Organizzazione sopracitata stima che il fumo uccida circa 6 milioni di persone ogni anno (tale cifra, entro il 2030, potrebbe addirittura raggiungere gli 8 milioni, qualora non si adottassero, nel più breve tempo possibile, provvedimenti volti a limitare ed invertire questa preoccupante tendenza).

I dati che fanno invece riferimento all'area e ai paesi compresi nell'Unione Europea mostrano che il tabacco è responsabile di quasi 700 mila morti ogni anno (come a dire l'intera popolazione di Firenze e Bologna messe assieme) e sono milioni i cittadini dell'UE a soffrire di malattie legate al fumo, tra cui le più diffuse sono il carcinoma polmonare e le malattie cardiovascolari e respiratorie, causando la diminuzione della vita in media di 14 anni, così come il peggioramento della qualità stessa della vita. Dalle rilevazioni ricavate dall'Indagine Eurobarometro dell'anno 2017 è emerso che il 26% degli europei fuma, e nello specifico, in termini percentuali, il 30% sono uomini e il 22% sono donne, con un particolare aumento per i fumatori tra i 14 e i 25 anni d'età. Come è possibile vedere nella figura 1.3 che mostra la classifica dei paesi inclusi nell'Unione Europea in base al numero dei fumatori e delle persone che consumano prodotti contenenti tabacco, nello specifico, l'Italia si trova al decimo posto, su un totale di 29 paesi, con una prevalenza di fumatori inferiore alla media Europea, e questo è sicuramente un dato da ritenersi positivo.

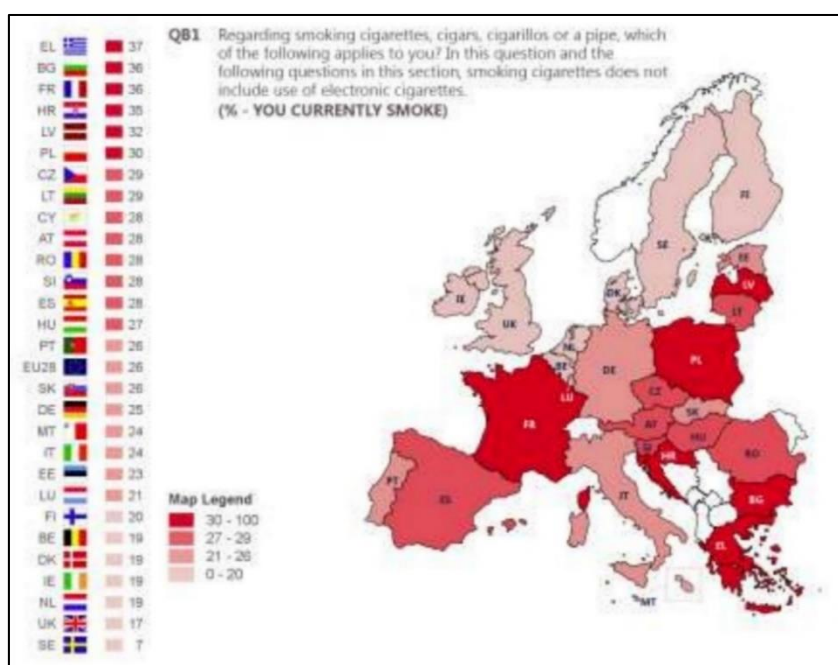


Fig. 1.3

Mapa dei paesi che appartengono all'Unione Europea e classifica dei paesi in base al numero di fumatori.

Fonte: dati ricavati dall'Indagine Eurobarometro.

In Italia invece, in base alle statistiche realizzate dall'indagine DOXA ed inserite nel Rapporto Nazionale sul fumo per l'anno 2019, realizzato dall'Istituto Sanitario Nazionale (ISS) e dal centro nazionale dipendenze e doping, osservatorio alcol e droga (OFAD), risulta che i fumatori siano 11,6 milioni (ovverosia il 22% della popolazione, in calo rispetto all'anno precedente). Di questi, 7,1 milioni sono uomini (28%) e 4,5 milioni sono donne (16,5%, anch'esse in lieve calo rispetto agli anni precedenti). Gli ex fumatori risultano essere 6,3 milioni (il 12,1%), di cui 3,8 milioni sono uomini (15,2%) ed i restanti 2,5 milioni sono donne (9,3%). La quota dei non fumatori invece è di 34,4 milioni (il 65,9% della popolazione) dove 14,3 milioni sono uomini (56,9%) e 20,1 milioni sono donne (74,2%). Quanto sopra riportato è reso immediatamente evidente nella figura 1.4 contenuta nel medesimo Rapporto.

(iss-ofad.azurewebsites.net/wp-content/uploads/2019/06/PACIFICI-31-maggio-2019.pdf)



Fig. 1.4

Immagine che mostra, in termini di milioni e percentuali, il rispettivo numero di fumatori, ex fumatori e non fumatori nel panorama italiano, per l'anno 2019.

Fonte: Indagine ISS-DOXA contenuta nel Rapporto Nazionale sul fumo 2019.

Secondo il Rapporto per l'anno precedente, ovvero il 2018, realizzato dal Ministero della Salute in proposito alla Prevenzione e al Controllo del

Tabagismo, si stima inoltre che le morti attribuite al tabagismo oscillino, annualmente, tra le 70 mila e le 83 mila, e che oltre il 25% dei decessi sia compreso tra i 35 e i 65 anni d'età. Rimanendo nella Penisola, si è potuto verificare che negli ultimi dieci anni il carcinoma polmonare, ovvero, come detto, una delle principali patologie correlate al fumo, ha incrementato la propria incidenza, con un'ascesa della mortalità di oltre il 35%. Addirittura il tumore ai polmoni ha superato il numero di tumori allo stomaco, diventando la terza causa di morte per il genere femminile, preceduto soltanto dal tumore al seno e al colon-retto. Va inoltre detto che, indipendentemente dal genere, al fumo sono connessi l'84% delle morti per tumore al polmone. L'abitudine al fumo di tabacco è diffusa soprattutto tra i giovani a partire dai 14 anni, indipendentemente dal genere, per poi raggiungere la quota più elevata tra i 20-24 anni. Volendo evidenziare le differenze e l'evoluzione del fenomeno del tabagismo, mettendo a paragone il biennio 2018-2019, secondo il Rapporto Nazionale sul fumo 2018 dell'Osservatorio del Fumo Alcol e Droghe (OFAD) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) i fumatori in Italia hanno raggiunto i 12,2 milioni (rappresentando il 23.3% della popolazione) contro 11,6 milioni (ovvero il 22%) nel 2019 e ciò significa che si è verificata una diminuzione, a favore dell'ultimo anno, del 1,3%. Le donne fumatrici nel 2018 risultano essere il 19,2% (mentre sono il 16,5% nel 2019, con una diminuzione del 2,7% rispetto all'anno precedente), e gli uomini il 27,7% (in aumento del 0,3% nel 2019 con il 28%). La figura 1.5 di seguito riportata mostra l'evoluzione delle percentuali dei tabagisti (divise in uomini, donne e totali) dall'anno 1957 ad oggi, e come vi sia stato un aumento dei fumatori uomini nel 2019 rispetto al 2018 e viceversa una diminuzione per le donne e sul totale dei fumatori.

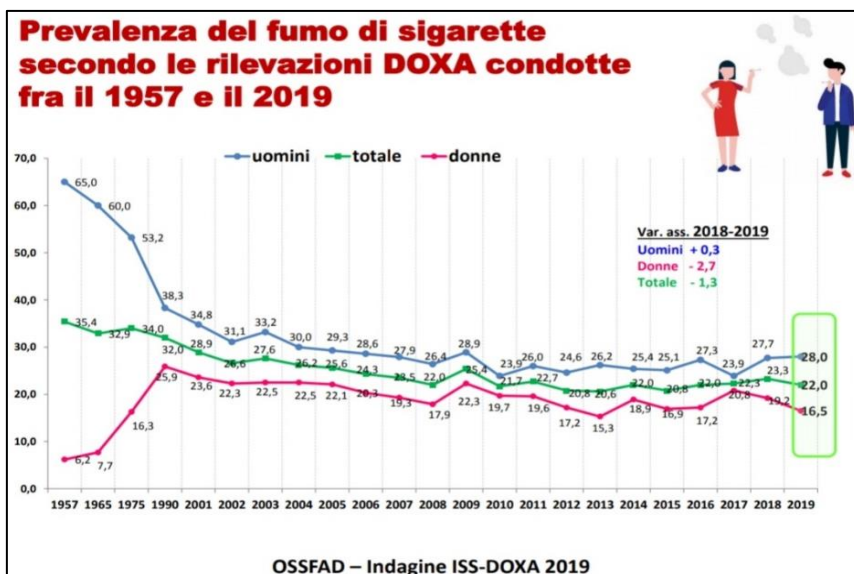


Fig. 1.5

Il grafico mostra l'evoluzione delle percentuali dei tabagisti in riferimento a uomini, donne e tabagisti totali, dall'anno 1957 ad oggi, ed evidenzia le differenze tra l'anno 2018-2019.

Fonte: Indagine ISS-DOXA contenuta nel Rapporto Nazionale sul fumo 2019.

Questo mette in luce che la percentuale delle fumatrici donne è diminuita nell'anno 2019 rispetto al precedente, viceversa invece si è verificato un lieve aumento degli uomini fumatori. Gli ex fumatori nel 2018 erano il 12,9%, mentre nel 2019, come visto, sono diminuiti al 12,1%. Infine i non fumatori nel 2018 risultavano il 63,8%, invece nell'anno corrente vi è stato un aumento positivo raggiungendo quasi il 66% della popolazione (ufficiostampa.iss.it/?p=890). Da ciò che è presentato in modo aggiornato nel Rapporto Nazionale sul fumo per l'anno 2019 si evince che questo andamento è spiegabile e giustificabile con le ultime tendenze rilevate tra i fumatori, ovverosia nei maschi vi è un progressivo aumento dell'acquisto, e di conseguenza dell'uso, di prodotti contenenti tabacco, mentre viceversa una lieve diminuzione sta verificandosi per le donne. I dati sono resi noti nella figura 1.6.

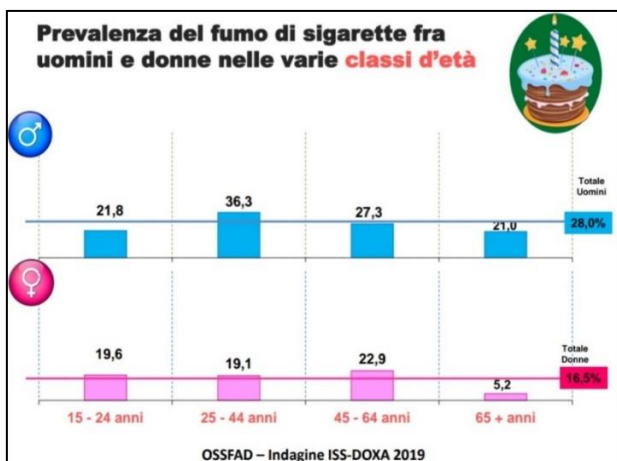


Fig. 1.6

Grafico a barre con le percentuali dei fumatori uomini e delle fumatrici donne in base all'età, e dato complessivo espresso in percentuale, per l'uno e per l'altro genere.

Fonte: Indagine ISS-DOXA contenuta nel Rapporto Nazionale sul fumo 2019.

Il totale della percentuale dei fumatori uomini (28%) e quello delle fumatrici donne (16,5%) è poi stato calato nelle tre aree geografiche in cui la penisola italiana può essere suddivisa, ovvero: Nord, Centro, Sud e Isole, in modo tale da poterne individuare, in modo certo ed esatto, la percentuale di fumatori e fumatrici nelle tre diverse zone. Al Nord vi sono il 28% di fumatori uomini ed il 14% di fumatrici donne; rispettivamente al centro si individuano il 23,9 e il 12,1%; e nel Sud, comprendente anche le due Isole maggiori, il 30,2% e il 22,4%. I dati appena elencati sono immediatamente identificabili nella figura 1.7.

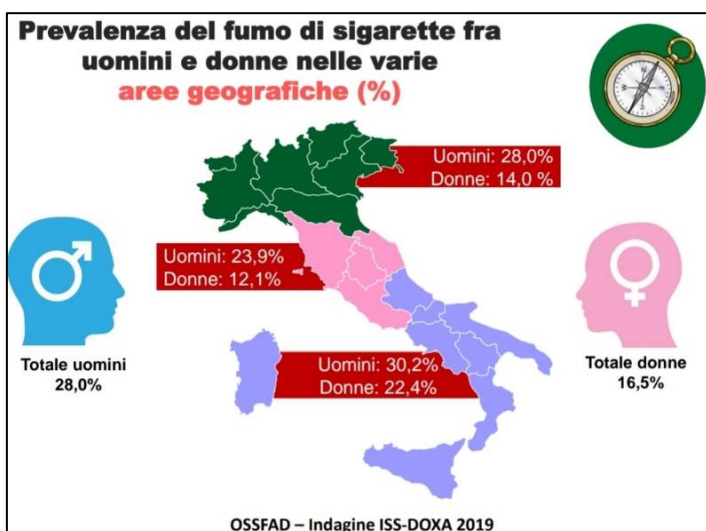


Fig. 1.7

Immagine della Penisola suddivisa in Nord, Centro e Sud e Isole, grazie ai diversi colori utilizzati, inclusa di percentuali dei fumatori uomini e delle fumatrici donne in base alla suddivisione delle tre aree geografiche.

Fonte: Indagine ISS-DOXA contenuta nel Rapporto Nazionale sul fumo 2019.

Tra le persone che più frequentemente fanno uso di sigarette vi sono quelle appartenenti alle classi socioeconomiche più svantaggiate (ovverosia coloro che

non hanno ricevuto un alto grado di istruzione e/o con maggiori difficoltà economiche). Grazie a diverse ricerche effettuate dal sistema di Sorveglianza dei Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (PASSI), si è rilevato che, tra il 2015 ed il 2018, il consumo medio giornaliero è stato di circa 12 sigarette, tuttavia la verità è che almeno un quarto dei fumatori ne consuma quotidianamente un pacchetto o più. Come visibile dalla figura esplicativa 1.8, in testa alla classifica delle regioni italiane per il maggior numero di fumatori si trovano quelle del centro-sud (nella fattispecie: Umbria, Abruzzo, Lazio e Sicilia), ed anche in Emilia Romagna la prevalenza dei fumatori risulta molto elevata.

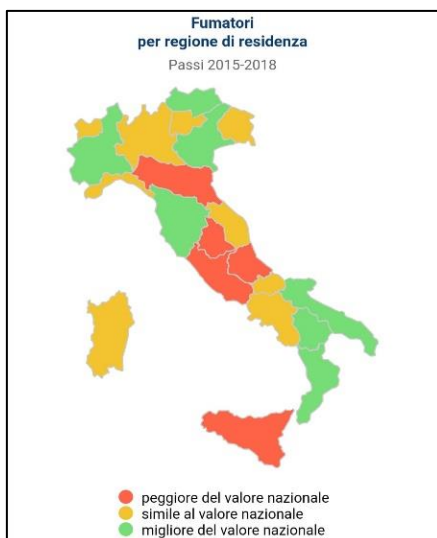


Fig. 1.8

Immagine della Penisola con la classifica delle regioni italiane in base al numero di fumatori.

Fonte: Dati del periodo 2015-2018 ricavati e proposti dal sistema di sorveglianza PASSI.

2.3 Le motivazioni psico-fisiche che spingono ad iniziare e continuare a fumare

Secondo l'Istituto Superiore di Sanità e L'Osservatorio Fumo, Alcol e Droghe, grazie ad un'indagine svolta nel 2011 dalla Doxa, relativa all'abitudine al fumo degli italiani, è emerso che, tra i principali motivi che spingono un individuo ad iniziare a fumare, si può osservare che gli amici, ovverosia la compagnia frequentata e/o i compagni di scuola, hanno un ruolo determinante nella scelta

iniziale di cominciare a fumare. Infatti, oltre il 60% dei fumatori ed ex-fumatori presi a campione ed intervistati hanno dichiarato di essere stati influenzati proprio dagli amici o dai compagni di scuola. La seconda motivazione per cui le persone cominciano a fare uso dei prodotti del tabacco, in special modo di sigarette, è per il piacere e la soddisfazione che le sostanze contenute in esso procurano (old.iss.it/binary/fumo/cont/DOXA_2011_PACIFICI.pdf). Le ragioni conducono un fumatore o che hanno condotto un ex-fumatore ad iniziare a fumare sono diverse come è possibile verificare nella figura 1.9, ma sostanzialmente non si differenziano tra maschi e femmine, tranne per l'influenza dei familiari fumatori ed il partner (ovviamente anch'esso fumatore) che hanno un peso molto maggiore nelle femmine rispetto ai maschi.

	Totale	Maschi	Femmine
<i>Base: <u>fumatori attuali ed ex-fumatori</u></i>	(1.161)	(677)	(484)
	%	%	%
■ Influenzato dagli amici i miei amici fumavano alle feste coi compagni di scuola ecc.	60,9	64,9	55,4
■ Perché ho provato e mi piaceva mi dava soddisfazione	20,3	20,1	20,5
■ Per "sentirmi più grande" senso di emancipazione	6,6	6,5	6,8
■ Influenzato dai familiari in famiglia fumavano	4,8	2,8	7,7
■ Perché "mi dava sicurezza"	2,0	2,4	1,4
■ Influenzato dal partner	1,8	0,8	3,3
■ Perché mi sentivo stressato/agitato	1,7	1,3	2,2
■ Per curiosità/per provare	1,1	0,8	1,7
■ Per ridurre l'appetito/mangiare di meno	0,3	0,4	0,1
■ Altro	0,4	0,2	0,2

Fig. 1.9

Tabella che mostra, in base al sesso, la percentuale dei principali motivi per cui si inizia a fumare.

Fonte: Indagine svolta dalla DOXA nell'anno 2011 per l'ISS.

Le principali motivazioni per cui si comincia a fumare sono state indagate dalla DOXA non solo in base al genere, come appena visto, ma anche in base all'età, verificabile nella figura 1.10. La tabella che di seguito viene proposta e riportata rende evidente che i principali motivi per i quali si è iniziato a fumare (facendo riferimento all'influenza degli amici e al piacere/soddisfazione provata) sono gli stessi per i fumatori di ogni età, quindi questo vale sia per i giovani fumatori che per gli ultra 65-enni. Quest'ultimo dato sembra indicare che, nonostante il cambiamento socio-culturale che ha investito il paese a partire dal boom economico del 1950, a distanza di oltre 40 anni, la motivazione principale per l'iniziazione al fumo nei giovani non è cambiata.

	Totale	15-24 anni	25-44 anni	45-64 anni	65+ anni
<i>Base: fumatori attuali ed ex-fumatori</i>	(1.161)	(71)	(395)	(449)	(245)
	%	%	%	%	%
■ Influenzato dagli amici\miei amici fumavano\alle feste\col compagni di scuola ecc.	60,9	62,7	62,6	62,9	54,3
■ Perché ho provato e mi piaceva\mi dava soddisfazione	20,3	27,6	20,8	16,5	24,1
■ Per "sentirmi più grande"\senso di emancipazione	6,6	2,4	5,1	9,0	5,9
■ Influenzato dai familiari\in famiglia fumavano	4,8	0,0	4,8	4,2	7,5
■ Perché "mi dava sicurezza"	2,0	1,0	1,7	2,7	1,4
■ Influenzato dal partner	1,8	0,9	2,1	1,9	1,5
■ Perché mi sentivo stressato\agitato	1,7	2,1	1,9	1,0	2,4
■ Per curiosità\per provare	1,1	3,0	1,4	1,3	-
■ Per ridurre l'appetito\mangiare di meno	0,3	1,2	-	0,5	-
■ Altro	0,4	-	-	0,8	0,4

Fig. 1.10

Tabella che mostra, in base all'età, la percentuale dei principali motivi per cui si inizia a fumare.

Fonte: Indagine svolta dalla DOXA nell'anno 2011 per l'ISS.

In base a ciò, riassumendo, è quindi possibile affermare che le motivazioni iniziali che spingono e avvicinano i giovani al fumo sono, negli anni, sempre le stesse (www.focus.it/tecnologia/perche-la-gente-continua-a-fumare/), ovvero sia:

- Per la compagnia che si frequenta e con cui si trascorre la maggior parte del tempo: i propri amici e/o compagni di scuola;
- Per la curiosità di provare;
- Per dimostrarsi e sentirsi parte di un gruppo;
- Per assomigliare ai propri idoli o punti di riferimento;
- Per sembrare o per sentirsi più adulti, più forti e sicuri di sé, più attraenti;
- Per contestare l'autorità, ad esempio, insegnanti e genitori/parenti, mediante gesti di ribellione;
- Per affrontare le situazioni difficili della vita in maniera più rilassata, con uno stato emotivo meno teso, agitato e nervoso;
- Per piacere personale;
- Per trovare il modo di dimagrire senza sottoporsi ad uno sforzo eccessivo di rinuncia al cibo o ad un'adeguata attività fisica;
- Per l'illusione di credere che è possibile smettere di fumare quando si vuole.

L'abitudine, il gesto, il rito della sigaretta è un vero e proprio piacere per i fumatori, da non farsi mancare dopo un buon pasto o in pausa caffè, alla toilette o

in salotto di fronte al televisore, e nondimeno quando ci si sente stanchi, **stressati e nervosi. Si ha la sensazione che, fumare** una bella sigaretta, aiuti ad **allentare la tensione**, a rilassarsi, ad avere una piccola interruzione dalla realtà così faticosa e densa di piccole preoccupazioni, che facilmente portano ad agitarsi. È proprio tale sensazione di piacere e sollievo, cioè la relazione tra lo stare bene fisicamente e il “bisogno di relax”, che, per chi fuma, rappresenta il maggiore ostacolo nello smettere ed interrompere questa brutta abitudine. Nonostante il forte odore del fumo ed il gusto acre, per chi ha la propensione, l’attitudine e l’abitudine al fumo, l’idea della sigaretta è associata a quella di relax, molto più di quanto invece essa venga considerata in relazione a tutte le malattie, i rischi e i danni psico-fisici che può provocare. È percepito più fortemente il legame sigaretta-senso di piacere, rispetto a quello di sigaretta-maggior causa di morte. È questo il motivo per cui fumare rende inconsciamente sollevati e felici. Così, sigaretta dopo sigaretta (o altri strumenti contenenti tabacco) diventa un vero e proprio vizio, o meglio, una vera e propria dipendenza, tanto da non aver più il controllo sull’abitudine e non riuscire a farne a meno. Una delle sostanze contenute nel tabacco che genera una maggiore dipendenza, è stata già citata più volte in questo capitolo, è la nicotina, un alcaloide naturale di tipo vegetale presente e concentrato in grande quantità nelle foglie della pianta del tabacco. La nicotina inalata arriva al cervello in pochi secondi e favorisce la produzione di dopamina. Quest’ultima è uno dei neurotrasmettitori chiave del cervello e ricopre diverse funzioni, tra le quali funge da mediatore del piacere e della ricompensa (non a caso la dopamina è anche soprannominata “ormone dell’euforia”). Nello specifico tutte le situazioni o le attività che regalano senso di piacere, sollievo e felicità, innalzano, nell’organismo umano, la produzione di dopamina, influenzando in modo decisamente positivo l’umore delle persone (www.rexpo.it/i-motivi-psico-fisici-che-ci-spingono-a-fumare/). La ricerca scientifica ha dimostrato che anche la nicotina agisce sul cervello producendo una serie di effetti: quella sprigionata dalla combustione del tabacco ed inalata sotto forma di fumo agisce stimolando la liberazione di dopamina, la quale

suscita, come detto, sensazioni di adrenalina, rilassamento e piacere, ed è la motivazione per cui i fumatori istaurano una forte forma di dipendenza dal tabacco. La nicotina genera quindi un effetto eccitatorio sia a livello della mente, sia del corpo. Nel momento in cui non è più possibile farne uso, scatta una patologica sindrome di astinenza da nicotina, in quanto sostanza psicoattiva che agisce sul cervello creando dipendenza.

2.3.1 Le caratteristiche dell'astinenza da nicotina

L'astinenza da nicotina, va ricordato, racchiude un insieme di sintomi che compaiono negli ex fumatori che stanno cercando o hanno cercato di smettere di fare uso di prodotti contenenti tabacco, ed è da considerarsi una vera e propria malattia. È possibile affermare e confermare ciò dal momento che questa sindrome è stata inserita sia all'interno dell'ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM), sia nella Classificazione Internazionale delle Malattie realizzata dall'OMS. I sintomi che insorgono sono giustificati dal fatto che la nicotina è una sostanza che crea dipendenza e fanno la loro comparsa già dopo un paio d'ore dall'ultima sigaretta fumata. La fase acuta dell'astinenza ha invece inizio dopo tre giorni, ovvero nel momento in cui è stata eliminata ogni piccola traccia di nicotina nell'organismo umano. A partire da questo momento l'ex fumatore prova una sensazione di sofferenza sempre maggiore ed i principali sintomi avvertiti e manifestati sono: (www.my-personaltrainer.it/benessere/astinenza-da-nicotina.html)

- Desiderio inarrestabile di fumare;
- Nausea, crampi intestinali e stipsi;
- Collera e irritabilità;
- Ansia, depressione, frustrazione e difficoltà di concentrazione;
- Mal di testa;

- Insonnia;
- Aumento dell'appetito e conseguente aumento di peso;
- Costante formicolio a mani e piedi.

La ricerca scientifica ha verificato che il corpo umano, e nello specifico il cervello, è particolarmente sensibile alla nicotina; se infatti l'assunzione di quest'ultima è ripetuta e costante nel tempo, riesce a rendere la sua presenza qualcosa di abituale e imprescindibile nella quotidianità, un qualcosa a cui è molto difficile poter rinunciare. Secondo i ricercatori, sarebbe proprio l'abitudine alla presenza della nicotina, da parte del cervello, a causare i sintomi da astinenza nel momento in cui un individuo decide di provare a smettere di fumare. Sembra infatti che le cellule cerebrali avvertano l'assenza di nicotina e reagiscano come se mancasse loro qualcosa di essenziale e indispensabile. Riabituarsi all'assenza di nicotina nel corpo umano risulta un percorso estremamente insidioso, difficile e faticoso per ogni fumatore, motivo per cui sono maggiori i tentativi fallimentari, rispetto a quelli portati a termine con tenacia, tanta forza di volontà e successo. L'astinenza da nicotina è una sindrome che può colpire tutte le persone che fanno uso di tabacco in modo continuativo (e quindi sono a rischio gli abituali fumatori di sigarette, sigari e pipa), e che per qualche ragione decidono di volere eliminare questa brutta abitudine. È stato stabilito che l'intensità con cui si manifestano i sintomi è tanto più grave, quanto più elevata era la quantità di tabacco consumato ogni giorno dagli ex fumatori. Tuttavia sintomi da astinenza possono facilmente manifestarsi anche per coloro che ne facevano uso in modo sporadico. Tra le tre e le quattro settimane, per i fumatori che riescono a resistere al loro desiderio di riprendere a fumare, i sintomi dell'astinenza da nicotina cominciano finalmente ad attenuarsi. Ci si può facilmente accorgere di ciò grazie a segnali di miglioramento inequivocabili:

- Si avverte una ridotta, o addirittura assente, esigenza di fumare;

- Si ha una maggiore tranquillità emotiva (a fronte della iniziale collera e irritabilità) e un minore senso di ansietà;
- Si avverte una maggiore forza e prestanza fisica;
- Si ha un appetito regolare ed un migliore equilibrio intestinale;

Vi sono però alcune eccezioni: secondo le testimonianze di alcuni ex fumatori l'astinenza da nicotina può durare molto più a lungo di tre o quattro settimane, mantenendosi per molti mesi, se non addirittura, in rari casi, per anni. Per vincere l'astinenza da nicotina e riuscire a smettere di fumare del tutto e con successo, molto spesso, oltre ad una grandissima motivazione e forza di volontà, è necessario rivolgersi a medici e professionisti qualificati in grado di indicare, accompagnare e sostenere, l'ex fumatore, nella strada da percorrere verso la guarigione. Può anche essere utile ricorrere e partecipare a programmi di educazione alla salute che insegnino come smettere di fumare. Infine, nei casi più gravi, qualora i programmi intrapresi fossero risultati inefficaci, è possibile ricorrere all'uso di farmaci (i cosiddetti sostituti della nicotina) come aiuto e spinta iniziale. Oltre a ciò, gli esperti consigliano di seguire quotidianamente alcuni comportamenti, in qualità di piccoli accorgimenti che possono sicuramente andare a proprio vantaggio, ovvero:

- ✓ Evitare di frequentare luoghi in cui è facile incontrare persone che fumano;
- ✓ Evitare di rimanere per lunghi periodi in compagnia di persone fumatrici;
- ✓ Evitare il consumo di alcol e ridurre, temporaneamente, quello di caffè e tè (diversi studi hanno infatti dimostrato che la caffeina e la teina agiscono stimolando, nelle persone fumatrici, il desiderio di fumare);
- ✓ Praticare maggiore attività fisica dal momento che ha il potere di attenuare lo stress della vita quotidiana (il quale, molto spesso, rappresenta uno dei principali motivi per cui si fuma);

- ✓ Trovare passatempi, in modo tale da occupare i momenti vuoti o di noia della giornata, per distrarsi ed avvertire meno la mancanza della nicotina;
- ✓ Procurarsi gomme da masticare e farne uso ogniqualvolta si ripresenta insistentemente il desiderio di fumare;
- ✓ Chiedere consigli a chi ha superato con successo l'astinenza da nicotina. Il confronto può essere utile a fornire nuove idee su come affrontare al meglio la situazione;
- ✓ Mantenere forza/costanza e avere pazienza; essere motivati e sicuri della propria scelta e del percorso che con fatica si ha scelto di intraprendere;

Smettere di fumare, superando l'astinenza da nicotina, come si è potuto capire è un'impresa decisamente ardua, che costa molto impegno e fatica, sia fisica, sia mentale. Chi intraprende questo duro percorso di "guarigione" è bene ne sia consapevole ed al corrente, così da avere presente ciò che gli aspetta ed essere pronto ad affrontarlo, senza essere colto alla sprovvista. Non a caso, la maggior parte degli ex-fumatori ha dichiarato di essere riuscita a smettere di fumare soltanto dopo svariati tentativi. In conclusione, è certamente possibile affermare che vale la pena tentare di smettere di fumare, anche a costo di soffrire per l'astinenza da nicotina, in quanto i suoi sintomi non sono neanche lontanamente paragonabili alle gravissime malattie, i rischi ed i danni che il fumo può provocare.

2.4 Le sostanze tossiche (e cancerogene) contenute nel fumo del tabacco

Il **fumo** è da considerarsi una vera e propria piaga sociale dal momento che, ogni anno, nel Mondo, provoca **la morte di oltre 8 milioni di individui**, 7 dei quali perché fumatori attivi e circa 1 milione perché esposti passivamente al fumo. Numerosi studi svolti negli ultimi 50 anni hanno dimostrato che la combustione del tabacco contenuto in una sigaretta sprigiona più di 4 mila sostanze chimiche,

di cui ben 400 sono notoriamente tossiche e cancerogene. Le sigarette contengono **tabacco essiccato** sottoposto a specifica **lavorazione, la quale risulta indispensabile per migliorarne il sapore (che sarebbe altrimenti estremamente amaro)**. Tuttavia essa comporta l'immissione di sostanze molto nocive per la salute, sviluppate a causa dell'intervento dell'uomo o involontariamente a seguito di naturali reazioni chimico-biologiche. Anche durante la sua coltivazione il tabacco assorbe, dal terreno e dall'aria, fertilizzanti e altre sostanze che risultano tossiche per l'organismo umano e per tutti gli altri animali. Tra le sostanze maggiormente tossiche ed irritanti, sprigionate nell'aria durante la combustione, e inalate dall'uomo mediante un "tiro di sigaretta" (o semplicemente per vicinanza a persone fumatrici), se ne possono indicare almeno una decina:

(cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/it/12-modi/tabacco/684-quali-sono-le-sostanze-cancerogene-contenute-nel-tabacco; <http://www.farmacia-consulenza-fumatori.ch/it/pagina-iniziale/dati-sul-fumo/composizione-e-additivi/composizione-e-additivi-nel-tabacco-per-sigarette.html>;
www.universonline.it/benessere/salute/17_04_12_a.php;
www.focus.it/scienza/salute/le-10-sostanze-chimiche-pericolose-nelle-sigarette)

- La Nicotina: è un alcaloide naturale presente nel tabacco in una percentuale che va dal 2 all'8%. È la sostanza più conosciuta e rappresentativa del tabacco ed ha proprietà psicoattive che agiscono sul cervello creando dipendenza, dapprima attraverso la sua azione stimolante ed euforizzante, e poi grazie a quella ansiolitica e rilassante. A dosi molto elevate, per l'uomo può essere letale, tuttavia è difficile trovarle in prodotti contenenti tabacco consumati dall'uomo. Dopo aver inspirato/inalato il fumo di sigaretta, nel giro di 3-10 secondi, la nicotina assorbita attraverso la mucosa del tratto gastrointestinale e respiratorio passa nel sangue ed arriva al cervello, stimolando la produzione di adrenalina e dopamina (di cui si è precedentemente parlato). Oltre a innescare la dipendenza verso il fumo, la nicotina è collegata ad un aumento della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca. Può inoltre

favorire l'insorgere di molte altre problematiche fisiche, come l'aterosclerosi, una malattia delle arterie caratterizzata dalla formazione di placche sulla superficie interna della parete arteriosa; e ancora sonnolenza, cefalea, diarrea e paralisi dei muscoli respiratori. La nicotina quindi non è tra le sostanze più tossiche per l'organismo umano, né tra le più cancerogene, ma crea forte dipendenza.

- Il Monossido di Carbonio: è un gas velenoso insapore e inodore e rappresenta il 3/5% della quota delle sostanze generate durante la combustione di una sigaretta. Quando inalato, oltre a ridurre la capacità respiratoria, contribuisce a diminuire la quantità di ossigeno nel sangue legandosi allo ione ferro dell'emoglobina al posto dell'ossigeno, privando i tessuti della loro linfa vitale. Questo provoca, all'organismo umano, diverse spiacevoli conseguenze: invecchiamento precoce, ingiallimento della pelle, riduzione del rendimento dei muscoli, ma soprattutto può condurre all'ischemia del miocardio (in parole povere, all'infarto).
- Il Catrame: racchiude una serie di circa 90 sostanze tossiche, idrocarburi anche cancerogeni, che inalati mediante il fumo si depositano nelle vie respiratorie e nei polmoni. Quando esso si raffredda assume una colorazione giallo-marrone ed è facilmente visibile e riconoscibile perché rimane appiccicato ai denti e alle dita che sostengono la sigaretta. Non a caso uno degli effetti evidenti derivante dal catrame contenuto nelle sigarette è l'ingiallimento dei denti. L'effetto peggiore è però costituito dal suo accumularsi in grande quantità all'interno dei polmoni. Il catrame aumenta inoltre il rischio di tumori in diversi organi. La percentuale di catrame contenuta nelle sigarette varia in base al brand: esistono infatti marchi di sigarette che contengono più catrame di altri.
- Il Cadmio: è un metallo estremamente tossico, cancerogeno per l'essere umano, utilizzato nel confezionamento delle batterie, nelle pile ricaricabili e nella realizzazione degli intonaci. Esso entra nel nostro organismo attraverso il fumo di sigaretta e danneggia i reni, i vasi sanguigni, il

sistema nervoso, il sistema immunitario, indebolisce le ossa e provoca gravi danni al rivestimento delle arterie. Normalmente è possibile espellerlo attraverso l'urina, ma se si superano le dosi che l'uomo è in grado di smaltire, può provocare danni irreparabili. La dose inalata varia in base al consumo quotidiano di sigarette e alla tipologia.

- Il Cromo: è un metallo duro di colore grigio, è utilizzato in vari settori industriali ed è contenuto soprattutto nelle vernici e negli smalti. Quando si trova nello stato di ossidazione è noto al nome di cromo esavalente ed ha proprietà per l'uomo altamente tossiche e cancerogene. Questo, entrando a contatto con il tessuto interno dei polmoni, è tra i principali responsabili dell'insorgenza del carcinoma polmonare (cancro/tumore ai polmoni). È inoltre associato a bronchite cronica, disturbi gastrointestinali, asma e laringite. Come se non bastasse, agisce permettendo ad altre sostanze altrettanto cancerogene di aderire con maggior facilità al DNA e danneggiarlo.
- L'Arsenico: è un veleno estremamente tossico contenuto tipicamente nei pesticidi, privo di odore e sapore. Anche se nelle sigarette è presente in minima parte, tale quantitativo, sommato a quello sprigionato da altre sostanze, potrebbe comunque raggiungere quantitativi potenzialmente pericolosi. Questa sostanza, oltre ad essere cancerogena, si accumula nel corpo del fumatore danneggiando: il sistema nervoso, quello digestivo, il cuore, i vasi sanguigni e interferisce con la capacità di riparazione del DNA propria dell'uomo, la quale rappresenta un naturale meccanismo di difesa contro malattie e tumori.
- Il Cianuro di Idrogeno: è un liquido volatile o gas estremamente velenoso, caratterizzato da vapori aventi un forte odore di mandorle amare. Una volta inalato danneggia i vasi sanguigni, il cuore, e indebolisce le ciglia dell'epitelio che hanno il compito di proteggere gli organi respiratori. Tali ciglia evitano alle tossine di entrare più facilmente nei polmoni bloccando l'entrata di agenti nocivi, come batteri e virus, favorendone l'espulsione.

Nel momento in cui le ciglia vengono danneggiate viene a ridursi un'importante azione protettiva, e le tossine hanno così modo di entrare più facilmente all'interno dei polmoni.

- L'Ammoniaca: è un composto che si presenta come un gas incolore, tossico e dall'odore pungente ed è contenuto all'interno di molti prodotti per la pulizia della casa. Questa è una sostanza aggiunta alle sigarette in una fase postuma rispetto a quella della lavorazione del tabacco e ha lo scopo ed il compito di convertire la nicotina in un gas, rendendola in questo modo più facilmente assorbibile dai polmoni e dal sangue. È possibile affermare che le aziende produttrici di sigarette aggiungono volontariamente ed appositamente l'ammoniaca per favorire il fenomeno della dipendenza da nicotina.
- La Formaldeide: è un potente battericida ed infatti il suo impiego principale è all'interno di disinfettanti e deodoranti per l'ambiente, così come in diversi materiali da costruzione. È una sostanza classificata dall'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC) come tossica e cancerogena in quanto individuata come la principale responsabile dell'irritazione oculare, di quella delle mucose delle vie respiratorie e della tosse pernicioso. Questi disturbi possono colpire i fumatori così come i non fumatori che vi si trovino accanto. Tale sostanza può portare alla formazione di tumori, soprattutto alla gola, e all'insorgere della leucemia.
- Il Benzene: È un liquido volatile, molto infiammabile, incolore e dall'odore molto intenso. È un componente naturale del petrolio ed è comunemente usato in pesticidi e carburanti. Esso svolge un'azione tossica e cancerogena, compromettendo in particolar modo il sangue, le ossa e danneggiando il DNA. È collegato anche ad un alto rischio di insorgenza di linfomi e leucemia, anemia ed una serie di tumori: alla bocca, alle cavità nasali, alla pelle, ai polmoni e al fegato. Il 50% dell'esposizione al benzene è dovuto al fumo di sigaretta, attivo o passivo, e dall'aria contaminata dai gas di scarico delle automobili.

Ovviamente, purtroppo, l'elenco delle sostanze dannose non si esaurisce in quelle appena elencate, ve ne sono altre quali: l'Acetone, il Toluene, l'Acroleina, l'Acetaldeide, le Nitrosammine specifiche del tabacco, gli Idrocarburi aromatici policiclici del Catrame, il Butano, il Metano e moltissimi altri ancora, in grado di ampliare ed aggravare ulteriormente le problematiche già presentate. La figura 1.10 offre un buon esempio visivo di quanto appena riportato.



Fig. 1.10

Illustrazione di alcune delle sostanze tossiche presenti nel tabacco all'interno di una sigaretta.

Fonte:
Universonline

Una volta entrati nel tunnel della dipendenza, purtroppo, per convenienza e per giustificare la propria scelta di fare uso di tabacco, si minimizzano e si sminuiscono gli effetti dannosi e altamente pericolosi che il fumo ha sull'organismo umano, e non solo. Non ci sono vie di mezzo con il fumo, ogni volta che si accende una sigaretta, bisogna essere consapevoli che ci si espone ed immerge a numerose sostanze tossiche (a volte costringendo anche tutte le altre persone, o gli animali, presenti e vicine al fumatore). Come già detto, alcune delle quali sono anche cancerogene, e sigaretta dopo, sigaretta, anno dopo anno, aumentano il rischio di procurare malattie incurabili, tanto da rivelarsi spesso mortali.

2.5 I danni provocati dal fumo e i rischi a cui espone

Per “danni provocati dal fumo” si intendono le conseguenze o gli effetti nocivi per l’organismo umano procurati dall’inalazione di sostanze tossiche e/o cancerogene durante la combustione del tabacco contenuto in sigarette, sigari, pipe ecc. Tali ripercussioni negative, a livello fisico e psicologico, coinvolgono diversi organi e tessuti del corpo umano. Le persone più a rischio di subire gli effetti nocivi del fumo, e a risentirne, sono i fumatori incalliti, quelli di vecchia data (che fanno cioè uso di sigarette o simili da ormai molti anni) e coloro che hanno già di per sé complicanze e soffrono di diverse patologie a livello fisico. Per quanto banale e scontato possa sembrare, va detto che le conseguenze del tabagismo e la gravità dei danni sono correlati ai seguenti parametri: (www.my-personaltrainer.it/salute/danni-fumo.html)

- All’età di inizio e al numero di anni che se ne fa uso;
- Alla quantità di tabacco consumata quotidianamente (numero di sigarette giornaliere);
- Al modo di fumare (inalazioni più o meno frequenti e profonde).

Indipendentemente da ciò è bene rendere esplicito che il fumo provoca effetti negativi, per la salute di chi lo consuma e di chi ne inala le sostanze rilasciate, in qualsiasi momento della vita e a qualsiasi dose. Nello specifico i danni del fumo coinvolgono: l’apparato cardiocircolatorio (cuore e vasi sanguigni), le vie aeree e i polmoni, il tratto gastroesofageo (esofago e stomaco), il tratto orofaringeo (bocca e gola), le ossa, la pelle, il cuoio capelluto, il cervello e l’apparato riproduttivo:

(www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_463_listaFile_itemName_0_file.pdf; www.my-personaltrainer.it/salute-benessere/benefici-smettere-di-fumare.html; www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=28&a_rea=Malattie_cardiovascolari)

- L'apparato cardiocircolatorio. Le sostanze tossiche emesse dal fumo hanno molteplici conseguenze sui vasi sanguigni e sul cuore: inducono ad un restringimento dei vasi sanguigni (vasocostrizione) e ad un conseguente innalzamento della pressione arteriosa (ipertensione). Vi è inoltre la possibilità che si verifichi un addensamento del sangue al punto da formare coaguli sanguigni. Il fumo provoca inoltre un aumento della velocità del battito cardiaco (frequenza cardiaca) e favorisce una predisposizione alla formazione di placche ateromatose, che agiscono ostacolando o alternando la normale circolazione del sangue ed il successivo indurimento delle arterie (aterosclerosi). Sempre a livello di circolazione sanguigna spesso si verifica una riduzione dei livelli di ossigeno presenti nel sangue e, infine, una sofferenza coronarica che può sfociare in un attacco di cuore. Insieme, tutte queste conseguenze, possono condurre ad ictus, infarto e arteriopatia periferica.
- I polmoni e le vie aeree. Le vie aeree respiratorie di un individuo sano presentano un epitelio ricoperto da muco e ciglia vibratili (simili a peli). Il loro compito è impedire l'accesso a sostanze pericolose presenti nell'aria inspirata (quali sostanze irritanti, tossine, batteri, virus e agenti cancerogeni) che potrebbero giungere fino ai polmoni. Le sostanze tossiche e i cancerogeni del fumo seccano e distruggono progressivamente le sopraccitate ciglia e questo comporta la mancata espulsione del muco che, a sua volta, continua a caricarsi di detriti e sostanze pericolose senza avere la possibilità di espellerle (compresi i "veleni" del fumo stesso). In questo modo la permanenza del muco ripieno di detriti è nocivo sia per le vie respiratorie che per i polmoni. La mancata corretta espulsione del muco infatti è responsabile di numerose infezioni delle vie respiratorie, quali: asma, polmonite, enfisema polmonare, broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) e tumore al polmone. La tosse che tormenta tipicamente i grandi fumatori è una risposta fisiologica dell'organismo, finalizzata a smuovere ed espellere dalle vie aeree il muco carico di detriti

tossici per l'organismo umano. Al fumo sono connessi l'84% delle morti per tumore al polmone e l'83% delle morti per broncopneumopatia cronica ostruttiva. In Italia, il tumore al polmone risulta il quarto tumore in termini di incidenza dopo quello al seno, al colon e alla prostata, ciononostante risulta essere la prima causa di morte per tumore. La BPCO è primariamente causata dal fumo di sigaretta ed è associata ad una grande infiammazione del polmone dovuta all'inalazione di particelle gassose nocive; essa si manifesta con tosse cronica persistente e dispnea.

- Il tratto gastroesofageo. Il fumo indebolisce anche la mucosa interna dello stomaco, rendendolo sempre più suscettibile alle sostanze acide che risiedono, di norma, a livello gastrico. Qui il fumo stimola lo stomaco stesso a produrre in modo improprio sostanze che ne danneggiano la parete interna. Tutto ciò fa sì che il fumatore tenda a soffrire di ulcere e abbia una particolare predisposizione al tumore allo stomaco. A livello esofageo, le sostanze tossiche del fumo deteriorano lo sfintere cardiaco, cioè la valvola che si trova tra esofago e stomaco, la quale ha il compito di regolare il passaggio del cibo tra questi due organi dell'apparato digerente. Il suo deterioramento porta alla comparsa della malattia da reflusso gastroesofageo che si caratterizza per la risalita nell'esofago di contenuto acido normalmente presente solo nello stomaco. A lungo andare, la continua risalita di sostanze acide nell'esofago, in assenza di contromisure adeguate, lede la parete esofagea e induce lo sviluppo di tumori dell'esofago.
- Il tratto orofaringeo. A livello di bocca e gola, il fumo è responsabile di diverse problematiche, quali: alito cattivo (alitosi), denti macchiati (color giallino), gengivite (eccessiva sensibilità e senso di fastidio alle gengive), calo del senso del gusto, tumori alle labbra, alla lingua, alla laringe, alle corde vocali e alla gola. Per avere un'idea di quanto elevato sia l'impatto dannoso del fumo sul tratto bocca-gola, si veda il seguente dato statistico: il 93% dei tumori del tratto orofaringeo è dovuto al fumo.

- **Le ossa.** Diversi studi hanno dimostrato che, rispetto alle persone che non fumano, i fumatori hanno una maggiore predisposizione all'osteoporosi. Si tratta di una malattia sistemica dello scheletro che provoca un forte indebolimento delle ossa dovuto al progressivo deterioramento del tessuto osseo e contemporaneamente alla riduzione della massa ossea. Questa situazione porta, di conseguenza, ad un aumentato del rischio di fratture (in particolare di vertebre, femore, polso, omero e caviglia) anche per traumi minimi.
- **La pelle.** Le sostanze tossiche del fumo riducono la normale quantità di ossigeno presente nella pelle, seccandola progressivamente. Questo provoca effetti facilmente visibili, quali: una forte accelerazione dell'invecchiamento cutaneo, inaridisce e rende la cute di un colorito giallognolo, infine favorisce la comparsa di rughe profonde attorno agli occhi e alla bocca. I fumatori assumono quindi presto un aspetto più vecchio, rispetto alla loro reale età. Oltre a ciò, un'altra ripercussione cutanea spesso dovuta al fumo è costituita dalla formazione di psoriasi.
- **Il cuoio capelluto.** I capelli di un fumatore tendono a essere visibilmente più spenti, fragili e secchi, rispetto ai capelli di una persona non fumatrice. Lo stesso può accadere a tutte le persone che stanno spesso in luoghi frequentati da fumatori e di conseguenza si trovano anch'esse immerse nelle sostanze tossiche del fumo presenti nell'aria. A provocare tutto ciò, è l'effetto vasocostrittivo del fumo, che riduce l'ossigenazione del cuoio capelluto, tanto da poterne provocare, in casi estremi, anche la progressiva caduta definitiva (alopecia).
- **Il cervello.** Il fumo aumenta il rischio di soffrire di ictus e aneurismi cerebrali. Per quanto concerne l'ictus, in particolare, è bene tenere presente che fumare aumenta la probabilità di soffrire di ictus di un buon 50% e raddoppia il rischio di morte a seguito di un suo episodio. **L'ictus cerebrale** si verifica quando un coagulo di sangue blocca un'arteria cerebrale o quando un'arteria del cervello viene danneggiata e si

rompe (**emorragia cerebrale**) provocando un'interruzione del trasporto di sangue ossigenato nell'area cerebrale (ischemia). In questo caso, ovvero quando l'ossigeno non è più in grado di raggiungere una determinata parte del cervello, in quell'area si determina la morte delle cellule cerebrali. Di conseguenza le funzioni controllate da quella parte di cervello, che possono riguardare sia aspetti fisici, come i movimenti corporei degli arti, la vista, l'udito e altro, sia quelli psichici, tra tutte la capacità di pensiero e linguaggio, vengono perse. L'ICTUS cerebrale in Italia rappresenta la terza causa di morte, dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie, e la **prima causa assoluta di disabilità/invalidità**.

- L'apparato riproduttivo. Nell'uomo, le sostanze tossiche del fumo, possono pregiudicare la capacità erettile (nei casi più gravi provocando la totale impotenza del membro maschile) così come l'inibizione della produzione di spermatozoi. Nella donna, invece, le sostanze tossiche possono predisporre ad un calo della fertilità e della capacità di avere un orgasmo, alla comparsa di tumori al collo dell'utero o alle ovaie, infezioni da papilloma virus, menopausa anticipata e problemi in gravidanza (tra i tanti: aborto spontaneo, morte alla nascita del bambino, morte in culla, nascita prematura e altri difetti congeniti).
- Altri organi che a causa del fumo possono sviluppare tumori maligni e mortali sono: i reni, la vescica e il pancreas.

2.5.1 I danni del fumo sono maggiori nelle donne

Secondo i risultati elaborati da uno studio condotto dalla Dottoressa Tremoli, del dipartimento di Scienze Farmacologiche dell'Università di Milano, e presentato a Parigi nell'agosto 2011 in occasione del Congresso della Società Europea di Cardiologia, è emerso che il cuore delle donne risulta essere cinque volte più vulnerabile ai danni causati dal fumo di sigaretta inalato, rispetto a quello degli

uomini (www.universonline.it/benessere/salute/11_08_31_a.php). Tali conclusioni sono frutto di uno studio voluto e finanziato dall'Unione Europea, il quale ha coinvolto più di 3 mila persone, di diversi paesi appartenenti all'Unione Europea e, nello specifico, uomini e donne provenienti dall'Italia, Svezia, Olanda, Francia e Finlandia. Tremoli spiega che, facendo riferimento e tenendo in considerazione i dati raccolti e contenuti nel Rapporto annuale sul fumo 2019 dell'Osservatorio del Fumo Alcol e Droghe (OFAD) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il numero di donne fumatrici oggi sta progressivamente diminuendo rispetto agli anni precedenti e rispetto a quello degli uomini che fumano (viceversa in leggero aumento). Questo è un dato sicuramente molto incoraggiante per il genere femminile, anche se purtroppo non si può dire lo stesso per quello maschile. In ogni caso il fenomeno del tabagismo continua a registrare numeri e percentuali molto alte e preoccupanti nonostante le ricorrenti campagne informative che trattano i rischi e le problematiche, anche mortali, derivanti dalla combustione del tabacco e dalla dispersione di sostanze tossiche nell'aria. Un secondo studio preso in analisi e condotto in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità ha messo in luce che fumare ha effetti molto negativi sulla salute delle donne, soprattutto sul lungo periodo. È dimostrato che le donne europee vivono di più, in termini di anni, rispetto agli uomini, tuttavia è anche vero che la qualità della vita di coloro che da anni sono fumatrici, risulta peggiore in termini di qualità. Prima di questo nuovo studio si pensava che le donne fossero maggiormente protette verso fattori dannosi per il sangue e le arterie, grazie al mensile ricambio di sangue favorito dal ciclo mestruale, e fossero meno predisposte a malattie quali ipertensione e colesterolo alto. I dati hanno però dimostrato tutt'altro, ovvero che gli effetti negativi del fumo, tornando a quanto scritto all'inizio del paragrafo, sul cuore delle donne, sono cinque volte maggiori rispetto a quelli causati negli uomini. In ogni caso, il consiglio di medici, professionisti ed esperti in salute, valido tanto per le donne quanto per gli uomini, è quello di smettere di fumare il prima possibile, perché

solo in questo modo potranno aumentare le possibilità di migliorare la propria qualità della vita e vivere una vecchiaia in salute.

2.5.2 I danni del fumo durante la gravidanza e i rischi a cui i bambini sono esposti

Vi sono alcune dipendenze da ritenersi molto pericolose, per le persone in generale, ed ancor di più per le donne in gravidanza che ospitano e offrono la possibilità ad un bambino di crescere e svilupparsi nel proprio grembo. Tali dipendenze, come ad esempio l'uso e l'abuso di fumo, alcol e droga, possono facilmente mettere a rischio sia la gravidanza stessa, sia la salute del bambino prima ancora del suo concepimento. Detto ciò, i rischi dovuti al fumo in gravidanza sono più gravi di quanto molte mamme possano immaginare o vogliano ammettere. Ancora oggi molte donne incinte sottovalutano gli effetti negativi del tabacco e ignorano il fatto che il fumo da sigaretta non solo danneggia la propria salute (ad esempio incrementando l'incidenza di tumore al polmone e all'utero, la possibilità di gravidanze extrauterine, l'aborto spontaneo e la diminuzione della fertilità), ma anche quella dapprima del feto e in seguito del neonato. È bene specificare i casi e le problematiche, dovute al fumo, che possono verificarsi quando il bambino si trova nel grembo materno o quando è appena nato:

- Nascita prematura;
- Neonato sottopeso e di piccole dimensioni;
- Ritardo della crescita e dello sviluppo mentale e polmonare del bambino;
- Circonferenza cranica di dimensioni ridotte rispetto al normale;
- Malformazioni e difetti congeniti come il talismo (iperflessione dorsale del piede che provoca l'appoggio dell'arto sul calcagno e non sulla pianta plantare) e la deformazione o mancanza completa degli arti;

- Schisi del labbro e del palato (comunemente chiamato labbro leporino);
- Difetti dell'apparato gastro-intestinale o gastroschisi (dove parte dello stomaco e dell'intestino escono dall'addome);
- Malfunzionamento renale a seguito di proteinuria (quantità anormale di proteine rilevate nelle urine);
- Infezioni respiratorie acute e asma;
- Morte prematura;
- Sindrome della morte improvvisa del neonato (SIDS);

Diverse sostanze tossiche, alcune delle quali anche cancerogene, sprigionate dalla combustione del tabacco e contenute nel fumo di sigaretta, tra cui la nicotina, finiscono nel sangue materno o attraversano la placenta, arrivando di conseguenza dritte al feto. Anche dopo il parto la neomamma ha il dovere di stare attenta al fumo di sigaretta, dal momento che la nicotina entra anche nel latte materno, e con una concentrazione quadruplicata rispetto a quella presente nel sangue. Le conseguenze della presenza di tale sostanza nell'organismo materno quindi non riguardano solo gli effetti diretti sul feto poiché la stessa sostanza può anche provocare l'inibizione della produzione di latte materno con cui il neonato dovrebbe essere nutrito nei primi mesi di vita. I problemi che potrebbero quindi presentarsi nel neonato sono gravi, e secondo alcune recenti indagini potrebbero addirittura insorgere nel bambino alterazioni del proprio DNA (www.universonline.it/benessere/salute/12_07_06_a.php). Stando ai risultati ottenuti da uno studio coordinato da Anderson (2012) è possibile che i papà fumatori trasmettano il loro codice genetico, "alterato" dai danni del fumo, ai figli. Per la prima volta i ricercatori sono riusciti a dimostrare che c'è una forte correlazione tra i danni del DNA trovato nello sperma degli uomini fumatori e i danni del DNA dei loro figli. Dall'analisi dei dati raccolti si è verificato che i padri che nel periodo del concepimento avevano mantenuto il vizio del tabagismo avevano buone possibilità di trasmettere ai propri figli un DNA "danneggiato". Tutto ciò non va sottovalutato dal momento che può comportare

grossi rischi per i figli, come la formazione di tumori. È allora evidente che anche lo stile di vita del padre ha una grande influenza sul corredo genetico che trasmetterà ai figli. Per quanto possa essere scontato renderlo esplicito, la soluzione migliore per tutta la famiglia sarebbe quella di smettere di fumare, concetto valido per ogni componente che vi fa parte, non solo, anche se specialmente, per le donne in gravidanza. Si è inoltre verificato che i bambini nati da gestanti fumatrici sono più esposti al rischio di infezioni batteriche e virali, allergie, danni alle vie respiratorie e asma. Gli effetti del fumo in gravidanza sono numerosi e sebbene quelli maggiori siano riconducibili al fumo diretto, come scritto poc'anzi, alcuni sono attribuibili anche al fumo passivo, motivo per cui sarebbe importante che anche il papà fumatore abbandonasse il vizio del tabagismo. A questo proposito, secondo studi riportati nel Rapporto 2017 sul fumo passivo, pubblicato dal Ministero della Salute, è emerso che il 50% dei bambini, in Italia, è esposto al fumo passivo di almeno uno dei due genitori e che la propria abitazione è la prima fonte di esposizione al fumo passivo per i bambini. Infatti molti genitori continuano a fumare in casa, o nel proprio abitacolo, nonostante la presenza dei propri bambini, ignorando e trascurando i possibili effetti nocivi che questo gesto può avere sulla loro salute. La maternità è un momento estremamente importante nella vita delle donne, così come è un momento importante per gli uomini che diventeranno i futuri papà, perciò è bene riuscire a viverla al meglio ed in tranquillità, per il benessere psicofisico proprio, e del proprio figlio. Questa potrebbe anche essere l'occasione giusta per smettere di fumare definitivamente; un vero e proprio gesto di altruismo e responsabilità, verso se stesse e verso la salvaguardia della salute del futuro nascituro.

www.universonline.it/gravidanza/alcol-fumo-gravidanza.php#fumo-gravidanza;

www.universonline.it/benessere/salute/06_02_11_a.php;

www.universonline.it/benessere/salute/11_07_13_a.php;

www.universonline.it/benessere/salute/17_01_25_a.php;

[www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2615_allegato.pdf.\)](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2615_allegato.pdf;)

2.5.3 Il fumo passivo e i danni che provoca

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) mette in primissimo piano la lotta al fumo passivo (attraverso molteplici provvedimenti legislativi di cui si tratterà in modo approfondito successivamente) e riconosce e tutela l'importanza della difesa dei non fumatori dalla nocività delle sostanze tossiche e cancerogene contenute nel fumo sprigionato dalla combustione del tabacco. Va detto che non esiste un vero e proprio livello di sicurezza nell'esposizione al fumo passivo, una distanza di sicurezza da mantenere e oltre la quale le sostanze nocive non possono raggiungere le persone. L'installazione di sistemi di aereazione e aree per fumatori non sono provvedimenti sufficientemente efficaci. L'unico vero strumento efficace per eliminare tutti i rischi associati al fumo è costituito da quelle azioni legislative finalizzate e volte a **promuovere la non abitudine al fumo, ovvero la cessazione della dipendenza da tabacco. Si cerca quindi di intervenire al fine di contrastare l'intero fenomeno del tabagismo, dapprima limitandolo e poi eliminandolo.** Purtroppo ancora molte persone fumano noncuranti degli effetti negativi del fumo, ignorandone la pericolosità per se stessi e per gli altri; perché i fumatori non mettono a rischio solo la propria salute, ma anche quella di 2 miliardi di non fumatori (www.ccm-network.it/pagina.jsp?id=node/2015;

www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2615_allegato.pdf).

Per "fumo passivo" si intende quello che viene inalato involontariamente dalle persone che si trovano a contatto con uno o più fumatori attivi ed è la principale forma di inquinamento degli ambienti chiusi. Il fumo passivo è indicato anche come fumo di seconda mano (*Second Hand Smoke*) o come fumo di tabacco "ambientale" (*Environmental Tobacco Smoke*). Per rendere ancor più chiaro da cosa è costituito il fumo passivo si può definire che è dato dalla somma di:

- Fumo emesso nell'aria tramite la combustione dei prodotti del tabacco contenuti in sigaretta, sigari o pipa;
- Fumo rilasciato nell'aria mediante l'espirazione del fumatore;

- Fumo di sigaretta lasciata bruciare nel portacenere o in mano tra un tiro e l'altro.

Va detto che il fumo passivo, essendo mescolato nell'aria dell'ambiente circostante, e non direttamente inalato, ha comunque un minor impatto di rischi sul non fumatore che vi è esposto o "costretto" (www.huffingtonpost.it/dottor-post/il-danno-del-fumo-fumo-passivo-a-23431454/). Tale problematica non è però sottovalutabile in quanto interessa e coinvolge gente di ogni cultura e paese, proprio come quella del fumo attivo. Si stima che nell'anno 2017 la percentuale degli europei sopra i 15 anni esposti al fumo passivo sia stata addirittura del 79%. L'entità del danno legato all'esposizione al fumo passivo è in special modo dipeso da alcune variabili:

- Il numero di sigarette fumate, la tipologia ed il livello di catrame contenuto;
- La grandezza dell'ambiente dove si fuma;
- La vicinanza del fumatore al non fumatore;
- La durata dell'esposizione;
- La ventilazione dell'ambiente.

L'esposizione avviene giorno per giorno quotidianamente, in luoghi e condizioni non evitabili perché vitali, quali: a casa, in pausa lavoro, all'esterno dei bar, in luoghi pubblici all'aperto come le fermate dei tram, dei bus o del treno, al parco giochi o nelle aree di sgambamento apposite per i cani, e ancora ad eventi come un concerto, una partita, una manifestazione e purtroppo in molte altre occasioni. In Italia, a partire dal 10 gennaio 2005, è definitivamente entrata in vigore la nuova disciplina in materia di divieto di fumo, detta comunemente legge anti-fumo Sirchia (dal nome del suo promotore Girolamo Sirchia), e intitolata "Tutela della salute dei non fumatori". Nello specifico tale provvedimento fa riferimento alla legge del 16 gennaio 2003 n. 3 art. 51, e prevede una serie di divieti piuttosto rigidi, tanto da rendere la normativa italiana una tra le più restrittive al mondo.

Questa legge ha stabilito che "è vietato fumare nei locali chiusi, ad eccezione di quelli privati non aperti ad utenti o al pubblico" (come la propria abitazione). È ritenuta una grande iniziativa di civiltà volta al reciproco rispetto, e ci si augura possa fungere da spunto e da modello anche per tutti i Paesi che ancora oggi non hanno preso un provvedimento analogo, a pro della tutela di tutti i non fumatori, e soprattutto di quella dei bambini. Secondo i dati della Sorveglianza **PASSI** (Progressi delle Aziende per la Salute in Italia) a quasi 15 anni dall'entrata in vigore della "legge Sirchia", il rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici e nei posti di lavoro non è ancora pienamente garantito. Ciò avviene anche a causa delle significative differenze fra Nord e Sud, a sfavore di quest'ultimo. Gran parte degli studi sul fumo passivo hanno dedicato la loro attenzione ai danni respiratori che insorgono nei bambini esposti al fumo passivo, o in questo caso è più corretto dire al "fumo involontario". E' evidente che i bambini risultano essere molto più indifesi a questo proposito dal momento che non sempre sono liberi di allontanarsi da una stanza inquinata o autosufficienti per farlo da soli. Negli ultimi anni è emersa anche la dicitura: "fumo di terza mano", un elemento di rischio ancora una volta dannoso soprattutto per i bambini che trascorrono lungo tempo in ambienti dove qualcuno ha fumato in precedenza (come casa, auto, ecc.). Il fumo di terza mano rappresenta un concetto relativamente nuovo riferito alla contaminazione da fumo di sigaretta che rimane nell'ambiente anche dopo che la sigaretta è stata spenta. In pratica si tratta di una serie di sostanze nocive che si depositano sulle superfici degli ambienti dove si è fumato o si fuma abitualmente. Una miscela invisibile e tuttavia fortemente tossica di gas e particelle che permangono anche dopo aver tenuto aperte le finestre per arieggiare la stanza (o la macchina). Avviene una vera e propria contaminazione delle superfici e, in particolare, le sostanze restano attaccate ai capelli e ai vestiti di chi fuma (o di chi gli sta particolarmente vicino) e allo stesso tempo si depositano su rivestimenti, tappeti, e su tessuti (in pratica su tutte le superfici porose). Queste particelle tossiche possono persistere, in una o più stanze, così come nell'interno auto, anche per diverse settimane (è il motivo per cui, in alcuni

casi, si continua a sentire odore di fumo anche se nessuno fuma più da tempo). Metodi di pulizia comuni, come passare l'aspirapolvere, pulire e ventilare, non si sono dimostrati efficaci nel ridurre la contaminazione. Tra i residui del fumo vi sono metalli pesanti, agenti cancerogeni e perfino sostanze radioattive che i bambini piccoli possono facilmente ritrovarsi sulle manine o altre parti del corpo, correndo il rischio di ingerirle inconsapevolmente, specialmente se nell'età del gattonamento o in cui si gioca soprattutto sul pavimento. Le persone quindi possono essere esposte al fumo di terza mano per inalazione, ingestione o contatto con la pelle e questo ne accentua la pericolosità anche per i fumatori. Sebbene i rischi siano inferiori rispetto a quelli causati dal fumo passivo, anche l'esposizione al fumo di terza mano può comportare l'insorgere di diverse malattie. Purtroppo molte persone non sono consapevoli di questo pericolo e pensano che basti aprire le finestre per eliminare il problema. Si spera che rendendo nota questa informazione si possa migliorare l'aria dell'ambiente domestico, il quale andrebbe sempre tutelato, soprattutto in presenza di soggetti più vulnerabili come bambini e neonati. Per la prima volta, l'Istituto Superiore di Sanità ricava, mediante l'indagine DOXA, il dato sul fumo passivo subito dagli **animali** domestici: nella fattispecie il 14% dei fumatori che ha un animale domestico fuma in loro presenza, esponendolo a molteplici rischi. Il 46% dei fumatori invece dichiara di non fumare mai in presenza del proprio animale domestico o negli ambienti da esso frequentati. Tra i non fumatori, infine, la percentuale di chi non espone al fumo passivo il proprio animale domestico sale all' 87,6% (ufficiostampa.iss.it/?p=890). Dal 1992 l'Agenzia Statunitense per la Protezione Ambientale (EPA) ha ufficialmente etichettato il fumo passivo come carcinogeno umano di "classe A". I carcinogeni (vengono così definite una serie di mutazioni cellulari) di Classe A sono considerati i più pericolosi e quelli per cui non esiste un livello minimo sicuro di esposizione. Il fumo passivo infatti, al pari di quello attivo, è un complesso di oltre 4 mila sostanze chimiche, tossiche e cancerogene, disperse nell'aria sotto forma di particelle e di gas. Sia il fumo attivo sia quello passivo contengono le medesime sostanze, espirate ed inalate

però in diversa proporzione. Anche le conseguenze negative ed i danni sono gli stessi di quelli provocati alle persone fumatrici, sebbene, il più delle volte, si manifestino in misure più lievi. I danni maggiori coinvolgono, ancora una volta, gli apparati cardiocircolatorio, le vie aeree e i polmoni e il tratto gastroesofageo. Si parla ad esempio dell'insorgenza di asma, bronchite cronica, respiro sibilante, sino ad arrivare a patologie decisamente più gravi e preoccupanti come gli enfisemi polmonari o i tumori. Nella speranza di riuscire a limitare tutto ciò in un futuro non troppo lontano, è bene studiare e realizzare *ad hoc* campagne sociali per far sì che le persone conoscano e prendano coscienza di quelle che sono le reali problematiche legate al tabagismo, affinché tali campagne possano agire da dissuasori e deterrenti all'abitudine e alla dipendenza dal fumo. Nondimeno, è indispensabile pensare a strategie educative, mirate soprattutto ai giovani, che includano informazioni ed insegnamenti a proposito dei metodi di prevenzione dell'iniziazione al fumo, in modo sistemico e complementare a programmi di salvaguardia della salute, promozione di attività fisica e di una corretta alimentazione.

2.6 Le normative italiane volte a tutelare i non fumatori e a disincentivare i fumatori dal loro vizio

Nel Rapporto 2018 della Prevenzione Controllo del Tabagismo, realizzato dal Ministero della Salute, si scrive: *“L'uso dei prodotti del tabacco è tuttora nel nostro Paese la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile. La prevenzione e la cura del tabagismo, pertanto, sono un obiettivo prioritario da perseguire attraverso misure efficaci (interventi normativi, attività di educazione e promozione della salute, sviluppo di metodologie e farmaci per favorire la cessazione) per ottenere una progressiva diminuzione dei consumi dei prodotti del tabacco, il calo della prevalenza dei fumatori e la conseguente riduzione delle gravissime patologie fumo correlate.”* Nello specifico la direttiva italiana si

sviluppa oggi in particolare su tre direttive: (www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2851)

1. Proteggere la salute dei non fumatori (dal fumo passivo), attraverso il sostegno, il monitoraggio e l'ampliamento della legislazione a proposito del controllo del tabagismo;
2. Ridurre la prevalenza dei nuovi fumatori, attraverso programmi di prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro e studiare nuove campagne di informazione più efficaci ed aggiornate sfruttando la comunicazione multimediale;
- Sostenere la cessazione degli attuali fumatori, attraverso l'istituzione di momenti di formazione rivolti a professionisti sanitari e non; l'organizzazione di programmi di comunità; il sostegno ai Centri Anti Fumo e l'attuazione delle norme comunitarie sulla la regolazione degli ingredienti, il confezionamento e l'etichettatura dei pacchetti.

Già nel 1972, su indicazione della CEE (Comunità Economica Europea, la quale era costituita da un'Organizzazione di Stati Europei ed ha rappresentato la prima fase della successiva Unione Europea), è stato introdotto in Italia il divieto di pubblicizzazione dei prodotti per fumatori, valido tutt'oggi. Ancor più all'avanguardia è stato il provvedimento preso qualche anno più tardi, nello specifico nel 1975, quando è entrata in vigore la legge n. 584 che vieta il fumo sui mezzi di trasporto pubblico (ad eccezione delle carrozze riservate ai fumatori) e in alcuni locali pubblici come ospedali, cinema, teatri, musei, scuole, università, biblioteche, le sale da ballo e quelle d'attesa delle stazioni. Nel 1986 poi, l'allora Ministro della Sanità Degan presentò e propose un disegno di legge che cercava di ampliare il divieto di fumo anche nei ristoranti e nei luoghi di lavoro. A quel tempo, tuttavia, Il progetto suscitò molte polemiche e venne così accantonato. A partire dal 1991 però, su ogni prodotto da fumo, compare, per la prima volta in Italia, la scritta a caratteri cubitali "*il fumo è nocivo*", allo

scopo di fungere da deterrente per l'acquisto di sigarette e per iniziare a diffondere, anche tra i consumatori di tabacco, una maggiore consapevolezza della pericolosità del fumo. La legge del 1975 è poi evoluta nel 2003, grazie alla legge del 16 gennaio n.3 art.51, che ha determinato la svolta estendendo il divieto di fumo in tutti i locali chiusi aperti al pubblico (e quindi non solo in alcuni, così come si era deciso quasi trent'anni prima) fatta eccezione per quelli privati non aperti al pubblico o in apposite sale fumatori (opportunamente segnalate ed indicate) nelle quali può anche essere servito cibo. La legge appena descritta ha rappresentato il trampolino di lancio per la legge antifumo attualmente in vigore, approvata e adottata dal 10 gennaio 2005, detta anche "Legge Sirchia". Tale legge 3/2003 (www.salute.gov.it/portale/p5_1_2.jsp?lingua=italiano&id=44) è intitolata: "tutela della salute dei non fumatori" e *"definisce le misure che servono ad eliminare l'esposizione al fumo passivo nei luoghi di lavoro e locali pubblici chiusi. La legge ha esteso il divieto di fumo a tutti i locali chiusi, pubblici e privati, quindi anche a studi professionali, uffici privati, luoghi di svago come palestre e centri sportivi, bar, ristoranti ed altri esercizi commerciali, stabilendo il principio che non fumare, nei locali chiusi, è la regola. Fumare, nei locali chiusi, è l'eccezione: oltre che nelle residenze private, si può fumare unicamente in locali riservati ai fumatori. Questi ultimi devono essere dotati di impianti, per la ventilazione ed il ricambio di aria, regolarmente funzionanti, aventi le caratteristiche tecniche fissate con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 dicembre 2003 [...] La legge non è contro i fumatori, ma contro il fumo che rappresenta il principale inquinamento dell'aria negli ambienti chiusi ed è cancerogeno per l'uomo"*.

Questa legge prescrive nel dettaglio le norme specifiche che devono essere adottate nelle sale fumatori: il sistema di ventilazione, i valori circa il tasso di ricambio dell'aria, la misurazione della pressione atmosferica, i sistemi di chiusura ecc. Tutto questo ha costi decisamente molto elevati, motivo per cui, ancora oggi, solo pochi locali pubblici ne possiedono una. Con il Decreto del

Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 dicembre 2003 sono inoltre state definite le misure di vigilanza e sanzionamento delle infrazioni (www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=466&area=stiliVita&menu=fumo). Attualmente in Italia è consentito fumare liberamente solo nei luoghi aperti (compresi parchi, stadi, spiagge, piazze) e o in quelli parzialmente aperti, come ad esempio i portici. È ovviamente nelle residenze private e nelle già citate sale fumatori. Da più parti vi sono pressioni per ampliare il divieto anche agli stadi ed esistono già movimenti di opinione che chiedono di proibire il fumo anche nei giardini pubblici. A questa legge è poi stata realizzata una modifica/integrazione nel 2013, voluta dal Ministro della Salute Lorenzin, soprattutto in favore della tutela e della salvaguardia della salute dei bambini e dei ragazzi. È infatti stato aggiunto il divieto di fumo anche alle aree all'aperto di pertinenza delle istituzioni scolastiche, quindi anche nei cortili durante l'intervallo, e nelle auto private se a bordo sono presenti minorenni. Dopo la legge n.3 art. 51 del gennaio 2003, la Direttiva Europea 2014/40/UE è il principale intervento normativo in materia di tabacco degli ultimi anni. L'obiettivo principale di tale decreto è anzitutto riuscire ad assicurare un buon livello di protezione della salute di tutti i cittadini. Ciò è possibile, indirettamente, anche mediante maggiori restrizioni e avvertenze, per cercare, allo stesso tempo, di dissuadere i consumatori (soprattutto quelli più giovani) dall'acquisto e dal consumo di prodotti contenenti sia tabacco, sia nicotina. Dal 2016 sono entrate in vigore in tutta Europa le norme stabilite in tale Direttiva ed in particolare, in Italia, dal 12 gennaio 2016 con il Decreto legislativo n.6. La direttiva Europea introduce importanti novità relative alla lavorazione, alla presentazione e alla vendita di prodotti del tabacco; alcune principali novità riportate sono le seguenti:

(www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=466&area=stiliVita&menu=fumo; www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2564)

- L'introduzione sulle confezioni di sigarette, tabacco da arrotolare e tabacco per pipa ad acqua delle "avvertenze combinate" relative alla salute: testo, fotografia a colori e numero del Telefono Verde contro il fumo (800.554.088). Le avvertenze devono occupare il 65% del fronte e del retro delle confezioni e dell'eventuale imballaggio esterno;
- Il divieto di additivi che rendono più "attraattivo" e "più nocivo" il prodotto del tabacco;
- L'abolizione dei pacchetti da 10 sigarette e delle confezioni di tabacco da arrotolare contenenti meno di 30 grammi di tabacco;
- Il divieto di utilizzare nell'etichettatura elementi promozionali e fuorvianti, come riferimenti a benefici per la salute o per lo stile di vita, ad un gusto o un odore, ecc.
- Il divieto di apporre sulle etichette informazioni relative al contenuto di catrame, nicotina o monossido di carbonio, ritenute ingannevoli per il consumatore che, nel confronto tra più prodotti, tende a preferire quello con minori quantità di tali sostanze, ritenendolo meno nocivo;
- Il divieto di "aromi caratterizzanti" nelle sigarette e nel tabacco da arrotolare. Per "aromi caratterizzanti" si intendono: odori o gusti chiaramente distinguibili, dovuti a un additivo o a una combinazione di additivi, come: frutta, spezie, erbe, ecc;

Oltre a queste misure valide in tutti i Paesi Europei, l'Italia ha inoltre voluto introdurre alcune disposizioni fortemente sostenute dal Ministero della Salute, in quanto coerenti con l'obiettivo di assicurare la maggior protezione possibile per i ragazzi minorenni. Queste misure, applicate già da gennaio 2016, prevedono:

- 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'istallazione e comunque periodicamente, al fine di controllare il corretto funzionamento dei sistemi automatici di rilevamento dell'età dell'acquirente.

Si tratta sicuramente di risultati molto rilevanti e coerenti con le finalità della Convenzione Quadro OMS per il Controllo del tabacco approvata nel 2005 e diventata legge in Italia nel 2008, ma va ricordato che la lotta al tabagismo necessita di un sempre maggiore impegno trasversale e multisettoriale, vista la grandissima quantità di interessi correlati ai prodotti del tabacco che contrastano con l'interesse primario della tutela della salute.

2.7 Rimedi, misure e modalità per smettere di fumare

È necessario partire dal presupposto che, dal momento che ogni individuo vive la dipendenza da tabacco a modo proprio, non esiste in assoluto un metodo migliore di un altro per abbandonare il vizio del fumo: determinate modalità potrebbero risultare molto efficaci per taluni e molto meno per altri. Mentre in passato si poteva contare esclusivamente sulla propria forza di volontà, oggi invece vi sono molti strumenti a disposizione che possono aiutare a vincere la propria dipendenza dalla nicotina. Nonostante la varietà di assistenza e sostegno messe a disposizione dei tabagisti, per questi ultimi l'obiettivo da raggiungere è tutt'altro che semplice. Prima di tutto ci deve essere grande consapevolezza e accettazione del faticoso percorso da intraprendere e delle difficoltà verso cui si andrà incontro, in modo tale da non essere colti alla sprovvista e rischiare di cedere ai

primi momenti di difficoltà/astinenza. Questo è possibile mantenendo un grande impegno e una grande tenacia, ma soprattutto mediante una grande forza di volontà nel voler abbandonare il vizio del fumo (si spera una volta per tutte). Per alcune persone ciò è sufficiente, per altri, invece, la sola forza di volontà non è sufficiente e vi è la necessità di abbinarvi altri strumenti quali: terapie farmacologiche, sigarette elettroniche, *counselling* e centri antifumo, infine trattamenti sostitutivi come cerotti e gomme (utili a tenere sotto controllo il disagio fisico causato dalla mancanza della nicotina). Sebbene non sia facile liberarsi dalla dipendenza da nicotina, non è un traguardo irraggiungibile e molte persone ogni giorno riescono a perseguire questo obiettivo, chiudendo una volta per tutte con il fumo. Ovviamente Prima si riesce a smettere di fumare minori saranno le conseguenze negative sulla salute del fumatore e delle persone che gli stanno accanto. Nello specifico le metodologie utilizzate per smettere di fumare sono le seguenti:

(www.universonline.it/benessere/salute/16_12_05_a.php#smettere-di-fumare)

- Smettere di fumare mediante la propria forza di volontà: per quanto possa essere scontato, per riuscire a chiudere definitivamente con la dipendenza dalla nicotina, bisogna prima di tutto volerlo, bisogna essere fermamente convinti di quello che si vuole ottenere e dell'obiettivo che si vuole raggiungere. Essere motivati è fondamentale per riuscire nell'intento e i libri inerenti o il *counselling* (termine inglese che indica un intervento di supporto nei confronti di individui con problematiche di varia natura, da parte di uno o più consulenti qualificati nel settore di riferimento, in momenti individuali o di gruppo) possono essere di grande aiuto. Alcune persone riescono a smettere di fumare in modo autonomo, da un giorno all'altro, decidono di non toccare più una sigaretta e solo con la forza di volontà raggiungono l'obiettivo. Poche persone hanno però questa forza di volontà, infatti, statisticamente, solo 3 persone su 100 riescono a chiudere definitivamente con il fumo in questo modo. Alcuni ricadono nel vizio

dopo qualche giorno, altri dopo qualche settimana, l'importante è non arrendersi, non perdere la speranza e continuare a provare.

- Smettere di fumare con l'aiuto del counselling e dei centri antifumo: Come detto, il più delle volte la sola forza di volontà non è sufficiente per riuscire a smettere di fumare e sono necessari incontri con personale preparato appositamente per sostenere e motivare i fumatori. Le strade sono diverse in base al singolo caso: ci possono essere incontri individuali con gli operatori o incontri in gruppi di supporto con persone scelte in base a caratteristiche specifiche. Per quanto riguarda l'Italia, sul territorio nazionale sono presenti quasi 400 Centri antifumo che aiutano a trovare la strada migliore per chiudere con la dipendenza dalla nicotina. Sebbene in alcuni casi il supporto sia gratuito, nella maggior parte delle situazioni bisognerà pagare un ticket per partecipare alla spesa sanitaria. Un'altra modalità per potersi interfacciare con personale attento e qualificato è chiamare il Telefono Verde contro il Fumo (TVF) al numero 800 554 088, un servizio nazionale anonimo e gratuito messo a disposizione dall'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità. I centri antifumo, in sintesi, mettono a disposizione diversi strumenti e percorsi terapeutici: terapia di gruppo, counselling individuale, prescrizione di trattamenti sostitutivi della nicotina (cerotti, gomme, ecc.) e prescrizione di farmaci per la disassuefazione;
- Sostituti nicotinici come gomme da masticare, cerotti, compresse ed inalatori: Qualora non si fosse in grado di abbandonare il vizio del fumo in modo autonomo, gli esperti consigliano di ridurre gradualmente l'introduzione di nicotina nell'organismo, non attraverso la diminuzione del fumo di sigarette o altro, bensì mediante prodotti sostitutivi noti tecnicamente come sostituti nicotinici. Per essere efficaci, tali sostituti vanno assunti con regolarità e puntualità per almeno 2-3 mesi e in un dosaggio che deve essere diminuito di circa un terzo ogni mese. Le forme di somministrazione sono diverse, ma tutte contribuiscono a ridurre il

disagio fisico provocato dalla mancanza di nicotina nell'organismo umano. La scelta di un prodotto, tra i cerotti alla nicotina, le gomme alla nicotina, le compresse a base di nicotina o gli inalatori alla nicotina, può aumentare le probabilità di successo (dal 50 al 70%) in chi vuole smettere di fumare. Alcuni di questi prodotti si possono acquistare in farmacia senza la presentazione di una ricetta medica, altri sono invece classificati come farmaci e serve la prescrizione del medico. Per quanto riguarda quelli privi di prescrizione si possono utilizzare senza problemi anche durante il periodo della gravidanza, l'importante è seguire i tempi e le dosi indicate nella confezione;

- Farmaci per smettere di fumare: In alcuni casi il medico specialista può ritenere opportuno affiancare dei farmaci antidepressivi al sostegno psicologico e all'aiuto comportamentale del fumatore. In Italia, in particolare, ci sono due farmaci che spesso vengono prescritti per aiutare i tabagisti: il bupropione e la vareniclina. Per risultare davvero efficaci, entrambi i farmaci vanno assunti da una a due settimane prima dell'ultima sigaretta fino a circa due mesi dopo aver smesso. Sia il bupropione che la vareniclina possono avere controindicazioni e dare effetti collaterali, per questo motivo possono essere venduti solo con prescrizione medica. Il bupropione è un antidepressivo che riduce i sintomi dell'astinenza da nicotina, mentre la vareniclina attenua il piacere della sostanza e riduce di conseguenza il desiderio di sigaretta. Sia i sostituti della nicotina sia i farmaci che aiutano a smettere di fumare non sono dispensati gratuitamente dal Sistema Sanitario Nazionale, al contrario il loro acquisto è a carico del paziente ed è tutt'altro che economico. Dal 2015, in Italia, è acquistabile anche un altro farmaco utile per smettere di fumare, la citisina. Si tratta di una capsula che ha un meccanismo d'azione simile a quello della vareniclina (attenua cioè il piacere della nicotina e riduce il desiderio di fumare). Così come gli altri medicinali, anche quest'ultimo richiede la presentazione della ricetta medica. Un ciclo completo di

trattamento è però più economico rispetto a quello effettuato con bupropione o vareniclina;

- Sigaretta elettronica per smettere di fumare: Con il passare del tempo l'uso della sigaretta elettronica ha preso sempre più piede, soprattutto tra i giovani fumatori. Questo nuovo strumento è utilizzato come metodo alternativo e sostituto per riuscire ad abbandonare il fumo di sigaretta. Ad oggi, nonostante i numerosi studi, non è possibile dare un giudizio definitivo su questo dispositivo. Attualmente non si può escludere che possa provocare danni per la salute sia in chi utilizza la sigaretta elettronica sia in chi sta vicino a chi la adopera. In via precauzionale, le autorità sanitarie hanno deciso di regolamentarne il commercio, è ad esempio vietata la vendita ai minori di 16 anni. Secondo alcuni esperti, la sigaretta elettronica può essere utile ad abbandonare il vizio del fumo, tuttavia, non si può escludere che possa diventare pericolosa in caso di uso generalizzato.

2.8 Chi è riuscito a smettere di fumare ed i benefici di cui può tornare a godere

Secondo un'indagine della DOXA effettuata per l'anno corrente, ovvero il 2019, e commissionata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), si stima che, in Italia, gli ex fumatori (cioè le persone che hanno provato a smettere e ci sono riuscite) sono 6,3 milioni (il 12,1%, lievemente in calo rispetto a coloro che sono riusciti a smettere di fumare nel 2018, ovvero il 12,9%). Di questi 6,3 milioni, 3,8 milioni (il 15,2%) sono uomini e 2,5 milioni (il 9,3%) sono donne. Nel grafico 1.11 vengono mostrate le percentuali dei fumatori (che includono sia gli uomini, sia le donne) divise in quattro fasce d'età: 15-24 anni; 25-44 anni; 45-64 anni; e maggiore di 65 anni. Oltre a ciò vengono riportati gli stessi dati ricavati nell'anno precedente nel quale ogni percentuale era appena più alta rispetto a quelle del

2019. Non a caso la percentuale di coloro che nel 2018 sono riusciti a smettere di fumare è maggiore (12,9%) rispetto al 2019 (12,1%). È inoltre interessante verificare come le persone con più di 65 anni d'età siano quelle con una percentuale di successo maggiore (21%) nel riuscire a smettere di fumare. Man mano che si invecchia, quindi, come è evidente nel grafico, incrementa progressivamente il numero delle persone che provano e sono capaci di smettere di fumare. In base a questa logica i giovani tra i 15 e i 24 anni sono, tra tutti, quelli che più difficilmente riescono a smettere di fumare in modo definitivo.

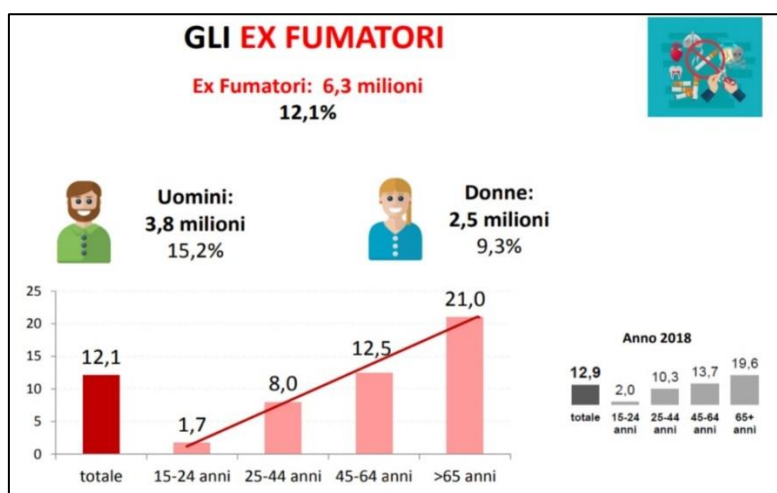


Fig. 1.11

Nel grafico sono riportate le percentuali dei fumatori (che includono sia gli uomini, sia le donne) divise in quattro fasce d'età. Vengono anche riportati gli stessi dati relativi all'anno precedente.

Fonte: Indagine ISS-DOXA contenuta nel Rapporto Nazionale sul fumo 2019.

La stessa indagine svolta dalla DOXA e contenuta nel Rapporto Nazionale sul fumo 2019, ha anche indagato la percentuale di coloro che sono riusciti a raggiungere l'obiettivo di abbandonare il vizio del tabagismo in base alla distribuzione per area geografica. La Penisola italiana è stata rispettivamente suddivisa in tre macroaree: Nord, Centro, Sud e Isole. Come mostrato nella figura 1.12, è nelle regioni del Nord che vi è la percentuale più alta di persone che provano e riescono a smettere di fumare (il 13,8%). Queste sono poi seguite da quelle del Sud e le Isole (al secondo posto con l'11,5%) e infine è nelle regioni centrali che la percentuale dei tentativi che culminano con un successo è minore (il 9,2%). <https://iss-ofad.azurewebsites.net/wp-content/uploads/2019/06/PACIFICI-31-maggio-2019.pdf>.

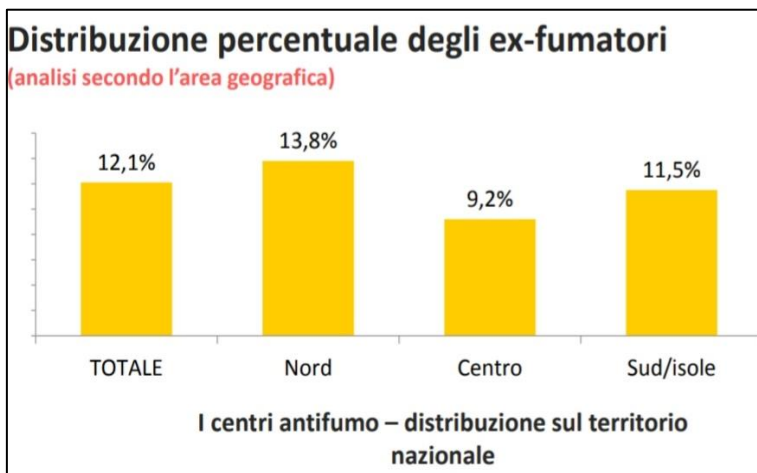


Fig. 1.12

Istogramma che mostra la percentuale degli ex fumatori in base alla distribuzione e divisione tripartita (Nord, Centro, Sud e Isole) della Penisola.

Fonte: Indagine ISS-DOXA contenuta nel Rapporto Nazionale sul fumo 2019.

È chiaro il fatto che quando si smette di fumare si hanno, sin da subito, notevoli benefici, nonostante i primi giorni di astinenza costituiscano un grande scoglio da oltrepassare e siano i più difficili da superare. Si riscontrano quindi alcuni benefici immediati per la salute: già dopo 20 minuti la pressione sanguigna torna normale, dopo 8 ore la concentrazione di monossido di carbonio cala significativamente e aumenta quella di ossigeno, dopo 24 ore il corpo e l'alito non odorano più di fumo, e molti altri. Già se si riesce ad arrivare al secondo giorno la dipendenza fisiologica dalla nicotina è quasi passata, il terzo giorno poi scompare completamente (pur rimanendo l'insidiosa dipendenza psicologica che provoca gli effetti collaterali descritti nei sottoparagrafi 2.1 e 2.3.1 e un grande senso di sopraffazione dal desiderio di fumare). Già al terzo giorno olfatto e gusto migliorano, la capacità polmonare aumenta e respirare diventa più facile perché trachea e bronchi si liberano dal fumo e si rilassano. Quindi, nonostante il grande sforzo necessario e l'impegno e la costanza che bisogna mantenere al fine di riuscire a smettere definitivamente di fumare, i suoi benefici sono numerosi, nello specifico, cessare il consumo di tabacco comporta: (www.my-personaltrainer.it/salute-benessere/benefici-smettere-di-fumare.html)

- ✓ Un miglioramento delle capacità respiratorie: Tale benefico è frutto di un processo di guarigione del tessuto polmonare che comincia dopo un mese

dall'ultima sigaretta fumata e può durare, nei casi più gravi, anche 9 mesi. Durante tale processo, la capacità polmonare aumenta e il sistema di ciglia vibratili ritorna alla normalità. conseguentemente il problema della tosse persistente si risolve in modo progressivo. Gli ex-fumatori avvertono soprattutto il miglioramento delle proprie capacità polmonari quando svolgono attività fisica o sotto sforzo: in tali occasioni, il loro respiro non risulterà corto e affaticato come quando fumavano, ma sarà molto più ampio e profondo;

- ✓ Un miglioramento della funzione cardiaca: Come accennato pocanzi, già dopo 20 minuti dall'ultima sigaretta, l'effetto vasocostrittivo caratteristico della nicotina si riduce e in questo modo la pressione sanguigna e il battito cardiaco cominciano ad assumere valori più vicini alla normalità. Trascorse poi 12 ore, i livelli di ossigeno nel sangue risultano quasi uguali a quelli di una persona che non ha mai fumato. Quindi, con il trascorrere dei giorni, le prestazioni fisiche migliorano a vista d'occhio: ogni attività della vita quotidiana diventa meno faticosa: camminare a passo spedito, correre e fare altri sforzi fisici, risulta sempre più facile;
- ✓ Una riduzione della predisposizione a neoplasie di vario genere, malattie infettive e patologie polmonari: Studi scientifici hanno dimostrato che dopo 5-10 anni dall'ultima sigaretta, gli ex-fumatori hanno il 50% di probabilità in meno, rispetto a quando fumavano, di sviluppare tumori nelle seguenti sedi anatomiche: bocca, gola, vescica, esofago e polmoni. Per quanto riguarda le malattie infettive, c'è una riduzione della tendenza a contrarre il batterio *Helicobacter pylori*, un agente patogeno che favorisce lo sviluppo di ulcere peptiche (ulcera circoscritta che colpisce la mucosa/il rivestimento dello stomaco, la prima porzione dell'intestino o la parte inferiore dell'esofago). Infine, la progressiva guarigione del tessuto polmonare e la riformazione delle ciglia riducono il rischio di polmonite, enfisema polmonare, bronchite acuta, asma e bronchite cronica ostruttiva;

- ✓ Una riduzione della probabilità di soffrire di attacco di cuore e/o ictus: Il miglioramento della circolazione sanguigna implica anche una maggiore fluidità del sangue e una minore tendenza alla formazione di placche arteriosclerotiche. Tutto ciò si traduce in un minor rischio di occlusione delle arterie coronarie e delle arterie che ossigenano il cervello. Secondo diverse ricerche scientifiche, occorrono tra i 5 e 15 anni perché la predisposizione di un ex-fumatore a soffrire di malattie cardiache e ictus sia equiparabile a quella di una persona, che non ha mai fumato;
- ✓ Un ringiovanimento della pelle: Con il miglioramento della circolazione sanguigna, incrementa anche l'ossigenazione dei tessuti del corpo. A giovare è ovviamente anche la pelle che risulta meno secca, migliora sotto il profilo delle rughe e perde quel colore giallastro tipico dei fumatori;
- ✓ Un miglioramento gengivale, dell'aspetto dei denti e della qualità dell'alito: Mentre l'odore dell'alito migliora in breve tempo, affinché i denti tornino ad assumere un colorito quasi normale è necessario più tempo;
- ✓ Un miglioramento del senso del gusto e dell'odorato: Con l'eliminazione progressiva dei "veleni" inalati dal fumo e presenti nell'organismo umano, si cominciano a sentire meglio gli odori e ad apprezzare maggiormente i cibi. Questa problematica coinvolge soprattutto i grandi fumatori che hanno un senso del gusto quasi del tutto assopito. Il recupero dell'odorato e il recupero del gusto sono tra i benefici a comparsa più precoce: un ex-fumatore può avvertire il miglioramento già dopo 48 ore;
- ✓ Un miglioramento della vita sessuale: L'uomo migliora le sue capacità erettili, grazie a una più efficace circolazione sanguigna nei vasi che giungono al pene, mentre la donna recupera la normale capacità di raggiungere l'orgasmo. Da tutto ciò ne deriva una maggiore soddisfazione della vita di coppia;

- ✓ Un incremento della fertilità: Si tratta di un beneficio che interessa entrambi i partner della coppia e nella donna si concretizza con una migliore fertilità, ossia una maggiore probabilità di rimanere incinta e portare a termine la gravidanza con successo, mentre per l'uomo vi è un incremento della produzione di spermatozoi;
- ✓ La mancata costrizione all'esposizione di bambini, famigliari, amici, conoscenti e animali domestici al fumo passivo: Quest'ultimo ha un impatto devastante sulla salute dell'organismo e costituisce un rischio e può essere letale tanto quanto il fumo attivo. Perciò smettere di fumare, in questo senso, oltre a rappresentare un beneficio per se stessi, lo è sicuramente anche per gli altri.

Dopo quanto visto in questo secondo capitolo potrà risultare più comprensibile quanto dannoso e pericoloso sia il vizio del fumo, soprattutto per i fumatori stessi, ma anche per le persone (soprattutto se si tratta di bambini) che vi stanno accanto. È chiaro che abbandonare l'abitudine del tabagismo non è cosa facile, ma tutto sommato neanche impossibile, grazie alla propria forza di volontà e all'aiuto e al sostegno messo a disposizione dal Telefono Verde e/o dai centri antifumo dislocati in tutto il territorio italiano (ed oltre a queste modalità anche tutte le altre descritte nel paragrafo 2.7). Il governo italiano, e nello specifico il Ministero della Salute, così come, in linea di massima, tutti gli altri Stati dell'Unione Europea, sta impegnandosi attivamente per contrastare il fenomeno del tabagismo, cercando di limitare e diminuire il numero dei fumatori e allo stesso tempo sostenere la tutela dei non fumatori, soprattutto grazie alla Legge del 16 gennaio 2003 n.3 e alla Direttiva Europea 2014/40/UE. In conclusione è possibile affermare che il tabagismo rappresenta una grandissima problematica sociale estesa a tutti i gli Stati dal momento che coinvolge 1 miliardo di persone nel mondo e ne provoca la morte, ogni anno, di 6 milioni, con un notevole peggioramento della qualità e della lunghezza della vita.

CAPITOLO TERZO

Studio e analisi del ruolo delle immagini shock apposte sui pacchetti di sigarette

3.1 L'introduzione delle immagini shock sui pacchetti di sigarette

È grazie alla Direttiva Europea 2014/40/UE, recepita in Italia con Decreto lgs. n. 6 il 12 gennaio 2016, estesa e adottata da tutti i Paesi appartenenti all'Unione Europea, che si sono concretizzate e sono entrate in vigore nuove regole e disposizioni in materia di regolamentazione dell'acquisto e del consumo di prodotti a base di tabacco e nicotina. In particolare, è interessante soffermarsi sulla seguente novità, ovvero, l'introduzione, sulle confezioni di sigarette, tabacco da arrotolare e tabacco per pipa ad acqua, di avvertenze combinate (relative alla salute e agli effetti negativi del fumo) rappresentate da testo (messaggi che descrivono i rischi a cui il fumo espone), fotografie a colori (immagini shock dei reali danni causati dal fumo) e dal numero del Telefono Verde contro il fumo (800.554.088). Tali avvertenze occupano, di fatto, una parte estesa della superficie del pacchetto, ovvero il 65% sia del fronte che del retro delle confezioni e dell'eventuale imballaggio esterno, limitando così quella a disposizione per l'esposizione del marchio (*brand*). Nella figura 1.13 è possibile vedere un esempio reale e concreto di quanto voluto e realizzato dalla Direttiva Europea in termini di presentazione della confezione (o del pacchetto) contenente sigarette o tabacco.



Fig. 1.13

Esempio di pacchetto di sigarette conforme alla Direttiva Europea 2014/40/EU, con immagini e scritte shock.

Fonte: Archivio fotografico de "La Repubblica" quotidiano online.

3.2 Le caratteristiche e le finalità delle immagini shock presenti sui pacchetti di sigarette

Se ci si pensa, è quasi paradossale che una campagna di sensibilizzazione contro il fumo e i danni che provoca sia stata pensata e realizzata esattamente per le confezioni dei prodotti contenenti tabacco. Eppure la motivazione è la più semplice: quella di riuscire a colpire esattamente e direttamente il proprio target di interesse, ovvero tutti i fumatori, indipendentemente dal genere, dall'età, dalla classe sociale appartenenza, dal grado di istruzione raggiunto, dal luogo geografico in cui si vive, ecc. Tutti i fumatori sono accomunati dalla stessa dipendenza, anche se ad intensità differenti, e ognuno di loro ha probabilità di venire colpito da una o più malattie causate dal fumo. Il tono o linguaggio utilizzato per le informazioni testuali, ed ancor di più per quelle visive, è decisamente crudo, tanto da risultare, in alcuni casi, disgustoso. Nello specifico, nella figura 1.15, si vedono tutte le immagini shock riportate sulle confezioni di sigarette, in Italia, dal 2016 ad oggi.





Il fumo è dannoso per i tuoi denti e le tue gengive



Il fumo può uccidere il bimbo nel grembo materno



Il fumo causa il 90 % dei casi di cancro ai polmoni



Il fumo causa il cancro alla bocca e alla gola



Il fumo danneggia i tuoi polmoni



Il fumo causa attacchi cardiaci



Il fumo causa ictus e disabilità



Il fumo ostruisce le tue arterie



Il fumo riduce la fertilità



Il fumo aumenta il rischio di impotenza



Il fumo causa il 90 % dei casi di cancro ai polmoni



Il fumo causa il cancro alla bocca e alla gola



Il fumo danneggia i tuoi polmoni



Il tuo fumo può nuocere ai tuoi figli, alla tua famiglia e ai tuoi amici



I figli dei fumatori hanno più probabilità di cominciare a fumare



Il fumo riduce la fertilità



Smetti di fumare – Vivi per i tuoi cari



Il fumo aumenta il rischio di impotenza



Il fumo causa il 90 % dei casi di cancro ai polmoni



Il fumo causa il cancro alla bocca e alla gola



Fig. 1.15

Le 36 immagini riportate sui pacchetti di sigarette dal 2016 ad oggi.

Fonte: Archivio immagini del “La Repubblica” quotidiano online.

Ognuna delle immagini appena riportate mostra, senza tante censure e limitazioni di decenza, alcune problematiche che potrebbero insorgere a causa del fumo, accompagnate da frasi esplicative altrettanto incisive. Posso essere più correttamente definite: “avvertenze con informazioni testuali abbinata ad immagini emotivamente evocative ed avversive”. Il loro scopo, e più in generale la finalità di tale provvedimento, secondo quanto riportato nella Direttiva, dovrebbe essere quello di:

- Diffondere la conoscenza delle problematiche, i rischi e i danni legati al fumo. In altre parole, far conoscere i rischi, principalmente ai fumatori che ne fanno uso, provocati dalle sostanze tossiche e cancerogene contenute nel tabacco e sprigionate dalla sua combustione per poi essere inalate, che essi stessi corrono e a cui anche tutte le persone a loro vicine sono esposte. Si tratta di una modalità di esposizione studiata appositamente per far prendere coscienza di ciò che può accadere, per rendere i fumatori più consapevoli delle tante conseguenze negative a cui conduce l’uso del tabacco in tutte le sue forme;
- Agire come deterrente per l’acquisto e l’uso di prodotti del tabacco, incentivando l’abbandono del vizio fumo, facendo in modo che le persone, rendendosi conto dei rischi che corrono, grazie alle immagini riportate sulle confezioni e verso le quali ogni fumatore si “scontra” ogni volta che

ha il desiderio di fumare ed estrarre una sigaretta dal pacchetto, smettano di acquistare sigarette o simili e quindi abbandonino il vizio del fumo;

- Scoraggiare e inibire l'iniziazione al fumo da parte di non fumatori vulnerabili;
- L'obiettivo specifico che si spera di raggiungere è quindi quello di diminuire, in modo consistente, il numero complessivo dei fumatori.

Tuttavia, attualmente, non vi sono ancora prove concrete a proposito della reale efficacia di tale provvedimento già in vigore da tre anni, né a livello europeo, né in riferimento al territorio nazionale italiano. Anzi, volendo proporre una comparazione delle percentuali totali dei fumatori in Italia a partire dal 2016 sino al 2019, grazie alle indagini svolte dalla DOXA per l'Istituto Superiore di Sanità e contenute nei Rapporti Nazionali sul fumo annuali, è chiaro come, nell'arco di quattro anni, il numero complessivo dei fumatori non sia diminuito in una quantità significativa. Ciò è facilmente verificabile grazie alle figure esplicative 1.16, 1.17, 1.18 e 1.19. Addirittura dal 2016 al 2018 si assiste ad un'impennata del numero totale dei fumatori in territorio italiano, tanto da superare i 12 milioni (il 23,3%), per poi diminuire nell'anno corrente, fortunatamente, a 11,5 milioni (poco più del 22%)

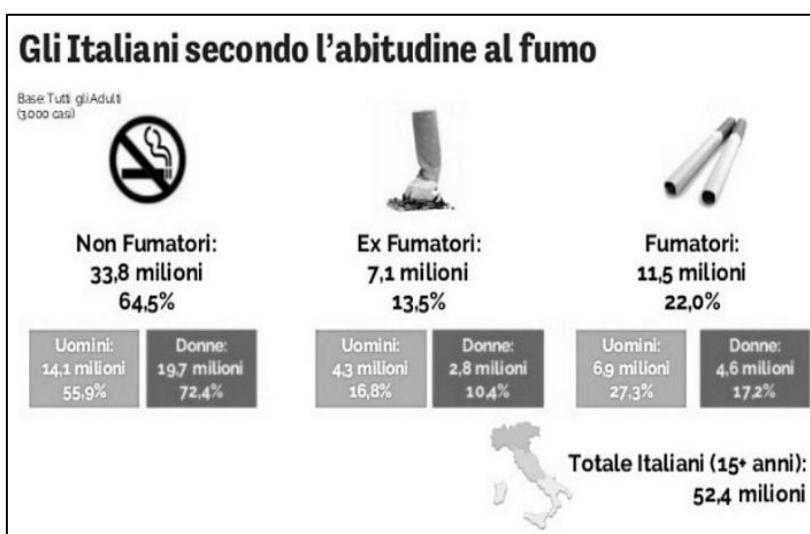


Fig. 1.16

Immagine che mostra, rispettivamente, il numero di non fumatori, ex fumatori e fumatori nel panorama italiano, per l'anno 2016.

Fonte: Indagine ISS-DOXA contenuta nel Rapporto Nazionale sul fumo 2016.

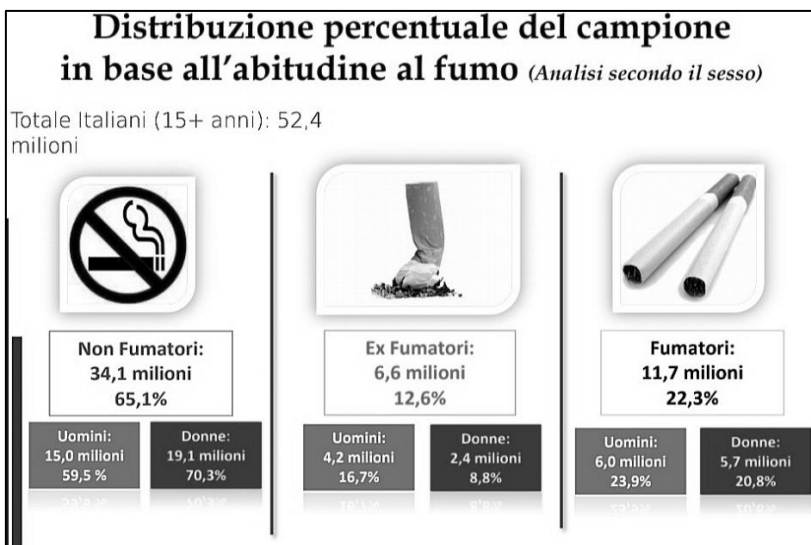


Fig. 1.17

Immagine che mostra, rispettivamente, il numero di non fumatori, ex fumatori e fumatori nel panorama italiano, per l'anno 2017.

Fonte: Indagine ISS-DOXA contenuta nel Rapporto Nazionale sul fumo 2017.

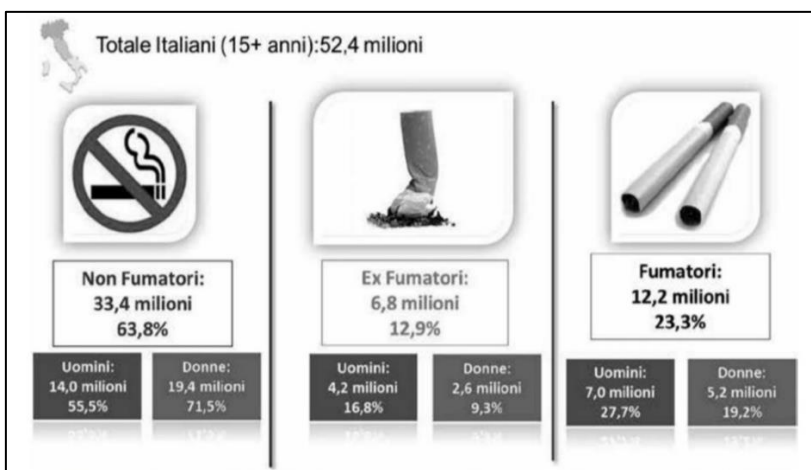


Fig. 1.18

Immagine che mostra, rispettivamente, il numero di non fumatori, ex fumatori e fumatori nel panorama italiano, per l'anno 2018.

Fonte: Indagine ISS-DOXA contenuta nel Rapporto Nazionale sul fumo 2018.



Fig. 1.19

Immagine che mostra, rispettivamente, il numero di non fumatori, ex fumatori e fumatori nel panorama italiano, per l'anno 2019.

Fonte: Indagine ISS-DOXA contenuta nel Rapporto Nazionale sul fumo 2019.

Si potrebbe ipotizzare che la novità introdotta dalla Direttiva Europea 2016/40/Eu in materia di avvertenze informative combinate (testuali e visive), emotivamente evocative ed avversive, che cioè mostrano immagini ad alto valore emotivo negativo a causa della “crudità” con cui vengono proposte e del conseguente disgusto che possono provocare, non sia poi così efficace nei suoi intenti e nelle finalità sopracitate. Se così fosse stato, si sarebbe già dovuta verificare una progressiva diminuzione del totale dei fumatori in Italia, e viceversa, un aumento significativo degli ex fumatori e dei non fumatori. Questa ipotesi risulterà più verificabile e veritiera quando gli anni da poter comparare saranno maggiori dei soli quattro attuali.

3.3 Analisi delle immagini shock in relazione ad alcune teorie della persuasione e relative ipotesi di modifica

Nonostante la decisione presa dalla Direttiva Europea 2014/40/EU vi sono alcune teorie, già spiegate e approfondite nel primo capitolo, che sembrano non assecondarla e avvalorarla del tutto, ed anzi, paiono smentire l'efficacia persuasiva (cioè la capacità di generare una conversione, un reale cambiamento di atteggiamento, da parte delle persone fumatrici, in favore dell'abbandono del vizio del fumo) delle immagini negative, ad alto impatto emotivo, raffiguranti i danni causati dal fumo. Di seguito verranno specificate le motivazioni di queste affermazioni.

Come appreso grazie agli studi sull'effetto *framing*, il modo in cui vengono incorniciate le informazioni è determinante nell'elaborazione dei processi di comprensione, di giudizio e decisionali attuati dalle persone. Ogni messaggio, ancor più se ha uno scopo dichiaratamente persuasivo e di modifica di un qualche atteggiamento, come, ad esempio, le campagne pubblicitarie, è studiato ed inserito in una ben precisa cornice comunicativa, in modo tale da riuscire a

mettere in risalto particolari caratteristiche di un problema e da rendere salienti determinati aspetti della realtà percepita. Più semplicemente, un messaggio può essere proposto, come già detto, evidenziando gli aspetti positivi (i benefici e i vantaggi) o quelli negativi (le perdite e gli svantaggi) della questione (Tversky e Kahneman 1981). Uno degli ambiti in cui l'effetto *framing* è stato più studiato ed utilizzato è proprio quello della salute. Si può notare che, facendo ora strettamente riferimento alle avvertenze informativo-evocative testuali e visive apposte sui pacchetti di sigarette, sono state inquadrare e proposte in una cornice estremamente negativa, dal momento che si è scelto di evidenziare gli svantaggi, ovvero i rischi e i danni, derivanti dal comportamento di dipendenza dal fumo. Le immagini a colori, infatti, ritraggono interventi chirurgici, disfunzioni, cambiamenti e limitazioni fisiche legate alla problematica del tabagismo e del fumo in seguito alle sostanze tossiche e cancerogene che entrano nell'organismo umano mediate inalazione. Le immagini sono poi rafforzate da messaggi testuali che sostengono, confermano e avvalorano ancor di più gli svantaggi legati al fenomeno. L'obiettivo di questa strategia è quello di riuscire ad ottenere un risultato desiderabile (ovvero l'abbandono del vizio del fumo e conseguentemente la diminuzione del numero totale dei fumatori) o evitarne uno indesiderabile (cioè dissuadere dal mantenimento del vizio del fumo così da poter limitare/eliminare i danni a cui può condurre). In ambito sanitario sono stati realizzati diversi studi a proposito dell'efficacia di messaggi proposti in termini di perdita o guadagno, al fine di riuscire ad ottenere il risultato auspicato (Meyerowitz e Chaiken, 1987). È emerso che, per quanto riguarda la promozione dei test di mammografia, HIV e amniocentesi, il modo più efficace affinché le persone attuassero comportamenti di prevenzione, è stato proporli mediante comunicazioni espresse in termini di perdita, diversamente è avvenuto invece per l'uso dei contraccettivi (per eliminare il rischio di gravidanze indesiderate e le malattie sessualmente trasmissibili) e per quello delle creme solari (per prevenire tumori alla pelle), più efficaci se proposti in una cornice di guadagno. Rothman e Salovey (1997) ritengono che i due tipi di *frame* abbiano un'efficacia differente

in relazione alla tipologia di pratica salutistica e di prevenzione promossa. In seguito a queste considerazioni e al fatto che, come visto, mediante l'uso di immagini con un valore emotivo negativo, il numero totale dei fumatori in Italia non è di molto diminuito, ritengo che sarebbe interessante, nella realizzazione di successive campagne contro il fumo, provare a proporre messaggi visivi e testuali racchiusi in una cornice di guadagno, dove cioè ad essere evidenziati non sono i rischi dovuti al fumo, ma i vantaggi di non fumare. Con ciò si vuole intendere che potrebbero essere illustrati, e supportati tramite avvertenze testuali correlate, i benefici di condurre una vita lontana dalle limitazioni e dai danni fisici causati dal fumo. In questo modo i fumatori non sarebbero "costretti" ad un'immagine che, concretamente, nella maggior parte dei casi (soprattutto per quanto riguarda i grandi fumatori), rifiutano e non desiderano vedere, abituandosi semplicemente ad ignorarle. In questi casi si attivano infatti meccanismi difensivi che non conducono ad una maggiore motivazione personale nello smettere di fumare. A questo proposito Janis e Freshbach (1953) sostengono che quando un individuo dà attenzione a messaggi contenenti elementi ritenuti minacciosi per se stessi, sicuramente prova sentimenti spiacevoli, di nervosismo e tensione, che conducono ad intraprendere azioni in grado di ridurre tali sensazioni negative. Per evitare di sentirsi amareggiati e spaventati le persone possono adottare il comportamento promosso nella comunicazione o, al contrario, attuare altre risposte adattive di tipo difensivo (non prestare di proposito attenzione al messaggio e sminuirne il contenuto, così come sminuire la gravità della situazione e le conseguenze a cui conduce).

Avendo invece sott'occhio fotografie belle dal punto di vista grafico e positive, ritraenti uno stato d'animo lontano dalla dipendenza e dal continuo bisogno di qualcosa, o uno stato fisico migliore, dal punto di vista estetico (capelli più belli, lucenti e meno secchi, denti più bianchi, pelle più brillante e con meno rughe, ecc.) e della prestanza fisica (più fiato a disposizione, più forza, più resistenza, migliori capacità atletiche e agonistiche, ecc.), il fumatore potrebbe non essere

infastidito dalle immagini riportate e queste ultime potrebbero addirittura condurre ad una maggiore riflessione e motivazione all'azione, nel notare a cosa debbono rinunciare, o stanno già rinunciando, a causa della continua necessità del fumo. Un'altra soluzione che con il presente lavoro si intende proporre consiste nel creare piccoli collage fotografici illustrativi attraverso i quali si paragonano, in modo inerente e correlato, la vita di un fumatore (con i rischi che comporta) e quella di un non fumatore (con i benefici che trae dall'assenza di tale dipendenza). Alla luce di quanto riportato, e confermato anche da Updegraff, Sherman e Lusyteremerge (2017), le caratteristiche individuali, caratteriali e attitudinali della persona sono altamente rilevanti nell'attivazione di meccanismi difensivi di allontanamento da un qualcosa che procura negatività, insoddisfazione e fastidio, e assumono grande importanza nella stimolazione della motivazione all'azione e quindi nel processo decisionale e di discernimento nel cambiamento di atteggiamento.

Molte comunicazioni inerenti alla salute, come ormai reso chiaro, per cercare di essere il più possibile persuasive, rimandano a strategie in grado di suscitare forti emozioni, positive o negative che siano, in modo tale da generare un maggior interesse, coinvolgimento e senso di identificazione, da parte del pubblico di riferimento, nei riguardi delle argomentazioni considerate. La strategia dell'appello alla paura è sicuramente una di queste, utilizzata soprattutto nell'ambito della prevenzione e della promozione alla salute. Witte (1992) sostiene che tale strategia sia utilizzata al fine di provocare spavento mediante la descrizione (scritta) o la presentazione (visiva) di situazioni spiacevoli che potrebbero verificarsi continuando a mantenere una determinata condotta di vita non corretta e salutare, ignorando le raccomandazioni proposte all'interno di comunicazioni sanitarie persuasive. La campagna contro il fumo, rappresentata da avvertenze testuali e visive applicate sui pacchetti di sigarette, è certamente un chiaro esempio dell'impiego della strategia persuasiva di *fear appeal* applicata alle comunicazioni di promozione della salute. Tale campagna, come sostenuto

da Kok, Peters, Kessels, Ten Hoor e Ruiter (2018) rientra nella tipologia di campagna che utilizza un appello alla paura dal momento che è costituita, nello specifico, da due parti:

- Nella prima viene descritta la minaccia in questione. Viene presentata una fotografia a colori che mostra uno dei possibili effetti negativi che ha il fumo sull'organismo umano e dall'avvertenza testuale ad essa correlata che esplicita verbalmente quanto raffigurato. Il testo è reso ancor più impattante grazie all'uso del colore rosso (non scelto a caso), utilizzato per i concetti che si preme sottolineare e che rimanda direttamente all'immaginario comune legato al sangue ed al pericolo;
- Nella seconda viene suggerita la raccomandazione. Tali raccomandazioni invitano a non fumare, ad abbandonare tale vizio e a telefonare, in caso di bisogno di sostegno ed assistenza, al numero del Telefono Verde (800.554.088). Va notato che da una parte non sono facilmente leggibili, perché sono poste nella parte laterale del pacchetto e, dall'altra, di fatto, non viene suggerita alcuna reale modalità per riuscire, nel concreto, a smettere di fumare. Si raccomanda semplicemente di smettere di fumare perché il fumo fa male, nuoce alla salute e perché può condurre alla morte. Ci si può allora chiedere se, in questa tipologia di campagna contro il fumo, sia stata attribuita la giusta importanza alla raccomandazione, oppure se, così come viene proposta, non sia insufficiente al fine di ottenere la maggior efficacia/auto-efficacia.

Si ricorda che i concetti di paura e minaccia sono distinti: la prima è associata alla percezione consapevole dello stato fisiologico e all'esperienza soggettiva emozionale, la seconda all'interpretazione cognitiva della situazione; tuttavia si assume siano in relazione tra loro dato che maggiore è la percezione della minaccia, tanto più forte sarà la paura provata (Witte, 1992; Witte e Allen, 2000). In riferimento all'aspetto della minaccia vanno considerati, nel realizzare una comunicazione basata sull'appello alla paura, come ad esempio quella proposta

sui pacchetti di sigarette, la percezione della minaccia, soggettiva, attuata involontariamente dai soggetti (in questo specifico caso si traduce in: quanto ritengo possa essere per me una minaccia il fumo?), la gravità percepita del pericolo che può verificarsi (quanto gravi reputo le conseguenze del mio comportamento di dipendenza dal fumo?) e infine la vulnerabilità percepita nel grado di coinvolgimento individuale (Quanto mi sento esposto ai rischi che provoca il fumo?). Allo stesso modo di minaccia e paura, anche la raccomandazione è sottoposta ad una valutazione soggettiva del comportamento consigliato. Si tratta della percezione di efficacia della risposta, la quale si riferisce alla convinzione che la raccomandazione del comportamento proposto per contrastare la minaccia sia realmente efficace. Come detto poc'anzi, in relazione alla campagna contro il fumo apposta sui pacchetti di sigarette e diretta ad ogni fumatore, purtroppo, il requisito dell'efficacia (fondamentale ai fini di quella opportunamente percepita) è piuttosto debole dal momento che non è suggerito un vero e proprio comportamento da adottare, se non quello di abbandonare il vizio del fumo, eventualmente con il sostegno del Telefono Verde messo a disposizione dal servizio nazionale dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga come servizio fornito dall'Istituto Superiore di Sanità. La valutazione soggettiva e personale della raccomandazione è anche data dalla propria percezione di auto-efficacia, ovvero la possibilità di adempiere il comportamento consigliato grazie alle proprie abilità, possibilità e determinazione (e ciò si traduce in: quanto mi sento in grado e motivato a smettere di fumare? Ho la volontà e le capacità per farlo?).

In riferimento a ciò, l'argomento centrale a proposito delle comunicazioni persuasive e la strategia del *fear appeal* sostenuto da Kok, Peters, Kessels, Ten Hoor e Ruiter (2018) è che se le informazioni vengono fornite e trasmesse senza un'elevata efficacia, probabilmente anche l'auto-efficacia percepita sarà insufficiente ad attuare conversioni dei comportamenti nella direzione di quelli raccomandati; addirittura una comunicazione costruita in questi termini e con tali criticità non solo si può rivelare inefficace, ma creare effetti controproducenti e

di ritorsione. Un esempio pratico di comportamento sicuramente scorretto attuato con la finalità di “proteggersi”, purtroppo non dalle reali (e ben più temibili) minacce causate dal fumo, ma dalle sensazioni negative e di disgusto provocate dalla visione delle immagini sulle confezioni, è quella di acquistare un involucri nel quale inserire le singole sigarette od il pacchetto intero, utilizzato come contenitore di abbellimento. È una soluzione impiegata specialmente dai giovani fumatori proprio per evitare di essere turbati dall’attuale campagna contro il fumo. Secondo altri studiosi (Tannenbaum et al., 2015) quando il target/pubblico di riferimento a cui sono indirizzate le avvertenze non crede e non è convinto di poter modificare il proprio comportamento in favore di una condotta di vita più salutare ed adeguata, le comunicazioni che si appellano alla minaccia e alla paura non possono che riscuotere effetti deboli, o nulli. La motivazione/intenzione a modificare alcuni propri comportamenti ritenuti scorretti è un fattore da ritenersi complesso ed è determinato da molteplici variabili psicologiche che le persone possiedono o acquisiscono attraverso l’esposizione all’informazione e all’educazione ricevuta, incluse le abitudini, le credenze, i valori condivisi ecc. (Peters e Crutzen, 2017). In accordo con i colleghi, Borland (2018) afferma che: *“i messaggi motivazionali saranno più efficaci quando le persone crederanno di avere le capacità di agire. Questo è un risultato previsto dalla maggior parte delle teorie sulla salute, comprese quelle che supportano l’uso delle comunicazioni di minaccia [...]”*; e Malouff (2018) aggiunge: *“[...] maggiore è l’autoefficacia (ovvero la percezione di poter riuscire a compiere il cambiamento, di esserne in grado, anche quando si tratta di un comportamento legato alla salute anche in riferimento alla soggettiva percezione del rischio) che gli individui hanno per cambiare un comportamento legato alla salute, più è probabile che facciano il cambiamento”*. A questo proposito si può affermare che i messaggi di richiamo alla paura potrebbero essere realmente efficaci (ovvero in grado di cambiare i comportamenti e gli atteggiamenti) solo quando le persone stesse percepiscono di avere le capacità ed i mezzi per poter cambiare (Peters, Ruiters, & Kok, 2012);

In base al primo esperimento, in riferimento alla strategia persuasiva di appello alla paura attuato da Janis e Freshbach (1953) già descritto nel sottoparagrafo 1.4.4, i due studiosi hanno potuto appurare che quando i livelli di intensità di paura stimolati sono bassi, non c'è alcuna significativa attivazione che riesca ad innescare negli individui un vero processo persuasivo, viceversa se il richiamo alla paura è troppo elevato, può indurre una tensione emotiva negativa tale da produrre risposte di tipo difensivo che compromettono, limitano o annullano il corretto processo persuasivo. Per questo gli autori affermano che il livello di paura ottimale per ottenere il risultato sperato è quello moderato. È chiaro però che, anche se dal punto di vista teorico ciò risulta ragionevole, da quello operativo è tutt'altro che semplice stabilire esattamente dove si trova il confine, emotivamente parlando, tra il troppo ed il troppo poco, dal momento che a entrare in gioco è la personale percezione e sensibilità di ogni individuo. Molte delle immagini riportate sui pacchetti di sigarette suscitano alti livelli di disgusto e paura e forse, a causa di tali caratteristiche negative, possono facilmente turbare i fumatori, al punto da condurli ad ignorarle, abituarci o, come scritto poc'anzi, ad attuare provvedimenti errati, in favore della propria "difesa emotiva" (coprire i pacchetti di sigarette o le confezioni del tabacco). Il modello teorico appena accennato, a causa della mancanza delle evidenze empiriche necessarie, non può definirsi del tutto efficace (Sutton, 1982; Das 2001), ma potrebbe spiegare il motivo per cui, da quattro anni ad oggi, non si è registrato una diminuzione significativa del numero di fumatori della Penisola.

Anche il modello esteso dei processi paralleli teorizzato da Witte (1992) assume che quando il destinatario del messaggio compie una valutazione dell'efficacia della risposta scoraggiante (poiché ritenuta inefficace la raccomandazione proposta ai fini di contrastare la minaccia), o una valutazione dell'auto-efficacia negativa (perché ci si percepisce incapaci di attuare il comportamento orientato alla tutela della salute), l'individuo sarà più motivato a "difendersi" tramite azioni di controllo e eliminazione del sentimento angosciante della paura (azione definita: risposta di controllo della paura). In conclusione, uno stato d'animo

impaurito e teso potrebbe far affiorare sensazioni spiacevoli tali da assecondare l'adozione di comportamenti difensivi che agiscono ostacolando sia i processi persuasivi della comunicazione, sia il cambiamento di atteggiamento non più nella direzione di una buona condotta (interferendo allo stesso tempo con la motivazione e la volontà di adottare le suggerite raccomandazioni). È dunque possibile affermare che le emozioni/sensazioni esperite (la dimensione affettiva – *affect*), possono essere ritenute, per se stessi, delle vere e proprie informazioni, al pari di quelle cognitive, da saper cogliere ed ascoltare per ben interpretare i contenuti e le opzioni di scelta, dal momento che il più delle volte rappresentano la spinta cruciale nell'intraprendere il comportamento consigliato, a tutela della propria salute. Si è già accennato che, così come l'aspetto della paura, in un messaggio di *fear appeal*, altrettanto importanti sono le raccomandazioni/avvertenze proposte, le quali devono essere sempre presenti e sostenute da forti argomentazioni, plausibili e fattibili, in modo tale da risultare il più efficaci possibile. Witte (1992) sostiene infatti che l'appello alla paura vada considerato in due parti fondamentali ai fini dell'efficacia dell'intera comunicazione: la presentazione del minaccia per la salute e la descrizione del comportamento preventivo, il quale, come sostengono Ruiters, Abraham e Kok (2001), può essere proposto valorizzando i vantaggi legati alla sua attuazione o viceversa. Come già detto, nell'odierna campagna di comunicazione contro il fumo, le raccomandazioni sembrano apparire piuttosto scarse, piatte e poco convincenti, non abbastanza stimolanti da indurre all'azione in seguito ad un'adeguata percezione di efficacia della raccomandazione ed auto-efficacia nel riprodurre il comportamento. Diversamente accade per le immagini shock negative che risultano ben chiare (forse fin troppo) e proiettate nel futuro (non si sa se imminente o ancora lontano, dunque il rischio che insorgano danni è strettamente legato alla dimensione della probabilità e dell'incertezza) verso le spaventose conseguenze a cui può condurre la dipendenza dal fumo, vizio che, in ogni caso, porta ad un importante peggioramento della qualità della vita.

L'ultimo aspetto che illustro, di cui si dovrebbe tenere conto al fine di progettare campagne contro il fumo maggiormente efficaci, fa riferimento al fenomeno del *present bias*, conosciuto anche come teoria della svalutazione degli effetti differiti nel tempo, o dell'orizzonte temporale ristretto, che opera sulla percezione dei cosiddetti tempi di utilità. O'Donoghue e Rabin (1999) hanno dimostrato che le persone sono più propense ad intraprendere scelte che riguardano il tempo presente piuttosto che optare per comportamenti orientati verso il tempo futuro, nonostante i benefici proposti con l'attesa possano essere maggiori. In altre parole, si assume una propensione del comportamento in favore di uno sbilanciamento verso il presente, e viceversa una svalutazione di quelli che potrebbero essere gli effetti futuri di un comportamento o una condotta di vita, anche perché più legati all'aspetto dell'incertezza di ciò che potrà accadere. Nell'esperimento originale si chiedeva alle persone se preferissero ricevere 50\$ subito oppure 60\$ dopo un anno e i risultati hanno dimostrato che una ricompensa immediata piccola è preferita a una ricompensa maggiore nel futuro. Insomma, nella maggior parte dei casi le persone optano per la certezza de "il qui ed ora", riscuotendo e potendo utilizzare il prima possibile la vincita (aspetto legato all'utilità del presente), piuttosto che attendere l'incremento della somma futura, nonostante lo sforzo dell'attesa rappresenti un maggior beneficio economico. Nel momento in cui si applica il *present bias*, come affermato da O'Donoghue e Rabin (2015), deve essere infatti ben esplicitata l'utilità dell'articolo/prodotto o servizio acquistato, se rapportato all'economia, oppure ai benefici del comportamento da intraprendere, se ci si riferisce all'ambito della psicologia della salute, in modo tale da riuscire a percepirne la reale utilità se sperimentato nel presente o viceversa nel futuro. Il fenomeno del *present bias* è stato indagato sia dal punto di vista teorico sia dal punto di vista sperimentale dagli psicologi, che hanno messo in luce come la stragrande maggioranza delle azioni, rispetto ad un comportamento di scelta che segue una coerenza temporale, sia distorto verso lo stato attuale, ovvero il presente. Questo è spiegabile, come accennato poc'anzi, facendo riferimento ai concetti di probabilità e incertezza

sicuramente più legati alle situazioni future rispetto alle certezze legate al presente, ma soprattutto per il diverso valore psicologico che viene attribuito agli eventi (e alle conseguenze di tali eventi) che si verificano in un lasso di tempo ristretto rispetto a quelli che si verificheranno in un tempo lontano. Se, come riportato, le persone hanno una maggior propensione a prediligere gli aspetti ed i comportamenti orientati verso il presente, l'attuale campagna potrebbe non funzionare a dovere e non riuscire a persuadere all'abbandono dell'acquisto e dell'utilizzo dei prodotti del tabacco perché le immagini shock riportate sulle confezioni mostrano situazioni estreme di malattie/patologie causate dal fumo, danni ed effetti negativi ormai quasi irreparabili, ma troppo lontani nel tempo. Le persone, rispetto ad essi, possono facilmente commettere l'errore di percepirsi come estranee o molto lontane dal dover vivere rischi simili, troppo lontani dalla propria quotidianità e dal proprio stato di salute attuale. Allo stesso modo, anche le raccomandazioni testuali possono risultare troppo generiche e proiettate in un arco temporale esageratamente distante dal presente. Riportano frasi come, ad esempio: "Il fumo conduce alla morte", "il fumo uccide", in riferimento a stati negativi al confine del lasso temporale che l'uomo ha a disposizione. Alla luce del fenomeno del present bias, e in accordo con le proposte già formulate, ritengo che per limitare e diminuire il numero dei fumatori, e dissuadere, soprattutto i giovani, dall'iniziazione al fumo, sarebbe più efficace illustrare, mediante codici visivi e codici verbali, i benefici legati al presente di una vita condotta in modo estraneo all'abitudine/dipendenza dal fumo. Ciò può rappresentare un'ipotetica soluzione al problema della percezione dell'incertezza legata agli svantaggi e ai seri problemi di salute, futuri, che potrebbero presentarsi a causa della continua e prolungata inalazione del fumo.

In quest'ultimo capitolo, attraverso un'analisi delle maggiori teorie persuasive utilizzate nell'ambito delle comunicazioni relative alla salute, si è cercato di individuare i limiti e le criticità della campagna contro il fumo adottata al giorno d'oggi, in riferimento soprattutto alle caratteristiche delle immagini shock e delle

avvertenze proposte direttamente sui pacchetti di sigarette o sulle confezioni contenenti tabacco. In seguito a quanto emerso, sono state formulate delle proposte per cercare di ovviare alle problematiche emerse dall'analisi dei messaggi di testo e delle immagini utilizzate nella suddetta campagna. Tali proposte costituiscono ipotesi di lavoro che dovrebbero essere sviluppate al fine di verificare empiricamente la loro efficacia.

Conclusione

Lo scopo del presente elaborato è stato quello di illustrare, in modo approfondito, le principali caratteristiche del fenomeno del tabagismo e, più in generale, la problematica legata alla dipendenza dal fumo, comprendente i rischi e le minacce da esso derivanti, sia per i fumatori sia per i non fumatori. Si tratta di un tema considerato una vera e propria piaga sociale, dal momento che riguarda moltissime persone in tutte le società: non solo coloro che fanno uso di tabacco, ma anche gli individui che per motivi diversi vi si trovano esposti. Tuttavia, è ormai chiaro che non è sufficiente incrementare la conoscenza e la consapevolezza dei fumatori circa i rischi a cui sono esposti per persuaderli a modificare il loro comportamento. Sulla base di questa consapevolezza, nasce l'importanza di progettare campagne persuasive in grado di incidere sia a livello di atteggiamento sia a livello comportamentale.

Dopo aver riportato le più importanti strategie di comunicazione persuasiva utilizzate in ambito di promozione, prevenzione e tutela della salute, sono stati trattati gli aspetti che quotidianamente coinvolgono migliaia di persone a causa dell'esposizione al fumo, non solo per diretta inalazione, ma anche quello passivo. È un argomento a proposito del quale, da diversi anni, si scrivono molteplici libri e trattazioni, tuttavia non sembra riscuotere particolare successo tra il pubblico di riferimento, come invece accade, ad esempio, per romanzi d'autore, o altri generi. Eppure è della nostra salute che si sta parlando. Il vero problema è che molte persone non solo credono di essere a conoscenza di tutte quelle che sono le problematiche legate al fumo ed i rischi a cui espone ma, soprattutto, si percepiscono immuni rispetto ad esse, proiettandole in un futuro lontano da sé. Anche le occasioni in cui se ne parla, sono molto rare; sarebbe probabilmente opportuno inserire degli interventi a questo riguardo, anche nei programmi didattici a partire dalle scuole secondarie di primo grado.

Infine, dai dati riportati in questo elaborato è evidente che, nonostante la Direttiva Europea 2014/40/UE avesse lo scopo principale di limitare il numero di

fumatori ed inibire l'iniziazione al fumo, non sia stato raggiunto il grado di efficacia auspicato, dal momento che, in Italia, il numero totale di fumatori è rimasto pressoché invariato, a più di 11 milioni.

Mediante un confronto tra le avvertenze combinate (immagini e testo) utilizzate sui pacchetti di sigarette e le teorie persuasive proposte nell'ambito della salute e descritte nel primo capitolo, si sono così voluti evidenziare i limiti della campagna di comunicazione mettendola in relazione con le teorie illustrate. L'attenzione si è focalizzata sull'analisi delle caratteristiche delle immagini shock apposte sui pacchetti di sigarette e sulle avvertenze testuali ad esse correlate a proposito dei danni causati dal fumo. Da ciò sono emerse diverse ipotesi e diversi spunti di riflessione, che sono stati riportati nell'ultimo capitolo, al fine di offrire nuove idee sulla modalità di presentazione di campagne contro il fumo, pur mantenendo lo stesso mezzo di trasmissione e le stesse caratteristiche. Si fa infatti riferimento soprattutto ad una modifica dei contenuti visivi e testuali (attualmente negativi, in relazione ai danni che il fumo provoca), in favore di una proposta in grado di mettere in luce, nell'attualità del presente, aspetti ed emozioni positive legate a migliori condizioni psico-fisiche, alla migliore qualità della vita, così come alle migliori condizioni di salute dei non fumatori. In conclusione sarebbe interessante capire se effettivamente le ipotesi proposte, da un punto di vista pratico-operativo e non solo teorico, potrebbero essere maggiormente efficaci rispetto alle modalità di presentazione attuale.

Concludo con un consiglio offerto da una grande fumatrice di mia conoscenza: al fine di prevenire questa brutta abitudine, che facilmente muta in dipendenza, la soluzione migliore è quella di non cominciare mai; l'unico modo per non dover smettere di fumare, è non cominciare.

Ringraziamenti

Al termine di questo elaborato, a cui ho lavorato con grande interesse, curiosità e spirito critico, dedicando molta attenzione ad ogni particolare, con l'obiettivo di non essere mai superficiale, ritengo di dover ringraziare anzitutto la mia relatrice, la professoressa Lorella Lotto, per il sostegno che mi ha offerto e per avermi dato la possibilità di intraprendere un percorso di scrittura per me molto significativo, assecondando il mio interesse per gli argomenti trattati.

Ringrazio inoltre mia Mamma, Mirna (che nonostante il mio impegno e la fatica nel cercare di proporle e spiegarle quanto scritto all'interno di questo elaborato, continua a fumare almeno un pacchetto di sigarette al giorno, esponendomi ad una grande quantità di fumo passivo e fumo di terza mano), per avermi ascoltata e per avermi offerto le sue considerazioni, emozioni, sensazioni a proposito della campagna di comunicazione contro il fumo applicata ai pacchetti di sigarette di cui quotidianamente fa uso. Ha avuto occasione di offrirmi punti di vista propri di una persona fumatrice, che io ho pazientemente ascoltato e cercato di comprendere, e che non avrei potuto conoscere o esperire dal momento che non sono dipendente da questo vizio.

Ultimo, ma non ultimo, ringrazio il mio ragazzo, Andrea, che è un non fumatore, il quale lavorando da diversi anni come infermiere, ha saputo offrirmi spunti per una migliore scrittura a proposito degli argomenti comprendenti l'ambito della salute e i danni/rischi a cui può condurre il vizio del fumo.

Bibliografia

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.

Beauvois, J. L., Joule, R. V., & Monteil, J. M. (1987). *Perspectives cognitives et conduites sociales*. DelVal.

Beck, K. H., & Frankel, A. (1981). A conceptualization of threat communications and protective health behavior. *Social Psychology Quarterly*, 204-217.

Block, L. G., & Keller, P. A. (1995). When to accentuate the negative: The effects of perceived efficacy and message framing on intentions to perform a health-related behavior. *Journal of marketing research*, 32(2), 192-203.

Chaiken, S. (1979). Communicator physical attractiveness and persuasion. *Journal of Personality and social Psychology*, 37(8), 1387.

Chaiken, S. (1980). Heuristic versus systematic information processing and the use of source versus message cues in persuasion. *Journal of personality and social psychology*, 39(5), 752.

Cialdini, R. B., Cacioppo, J. T., Bassett, R., & Miller, J. A. (1978). Low-ball procedure for producing compliance: commitment then cost. *Journal of personality and Social Psychology*, 36(5), 463.

Das, T. K., & Teng, B. S. (2001). Trust, control, and risk in strategic alliances: An integrated framework. *Organization studies*, 22(2), 251-283.

Eagly, A. H., Wood, W., & Chaiken, S. (1978). Causal inferences about communicators and their effect on opinion change. *Journal of Personality and social Psychology*, 36(4), 424.

Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1984). Cognitive theories of persuasion. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 17, pp. 267-359). Academic Press.

Entman, R. M. (1993). Framing: Toward clarification of a fractured paradigm. *Journal of communication*, 43(4), 51-58.

Entman, R. M., & Rojecki, A. (1993). Freezing out the public: Elite and media framing of the US anti-nuclear movement.

Festinger, L. (1962). *A theory of cognitive dissonance* (Vol. 2). Stanford university press.

Floyd, D. L., Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. W. (2000). A meta-analysis of research on protection motivation theory. *Journal of applied social psychology, 30*(2), 407-429.

Forgas, J.P. (1997). Affect and strategic communication: the effects of mood on the production and interpretation of verbal requests. *Polish Psychological Bulletin, 28*, 145-173.

Freedman, J. L., & Fraser, S. C. (1966). Compliance without pressure: the foot-in-the-door technique. *Journal of personality and social psychology, 4*(2), 195.

Gigerenzer, G. (2003). *Reckoning with risk: learning to live with uncertainty*. Penguin UK.

Gueguen, N., Marchand, M., Pascual, A., & Lourel, M. (2008). Foot-in-the-door technique using a courtship request: A field experiment. *Psychological reports, 103*(2), 529-534.

Halkjelsvik Torleif (2014). *Do disgusting and fearful anti-smoking ads increase or decrease support for tobacco control policies?*. International Journal of Drug Policy.

Hevey, D., Pertl, M., Thomas, K., Maher, L., Craig, A., & Ni Chuinneagain, S. (2010). Body consciousness moderates the effect of message framing on intentions to use sunscreen. *Journal of health psychology, 15*(4), 553-559.

Hovland, C. I. (1959). Reconciling conflicting results derived from experimental and survey studies of attitude change. *American psychologist, 14*(1), 8.

Hovland, C. I. (1949). Lumsdaine, AA & Sheffield, ED (1949). Experiments on Mass Communication. *Princeton New York*.

Hovland, C. I., & Janis, I. L. (1959). Personality and persuasibility.

Hovland, C. I., & Weiss, W. (1951). The influence of source credibility on communication effectiveness. *Public opinion quarterly, 15*(4), 635-650.

Hornik, J. (1992). Tactile stimulation and consumer response. *Journal of Consumer Research, 19*(3), 449-458.

Janis, I. L., & Feshbach, S. (1953). Effects of fear-arousing communications. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 48*(1), 78.

Joule, R. V., & Beauvois, J. L. (1987). Internalité, comportement et explication du comportement. *Perspective cognitives et conduites sociales, 2*.

Keisler, H. J. (1971). Model theory for infinitary logic.

Keisler, H. J., & Silver, J. (1971, December). End extensions of models of set theory. In *Proceedings of symposia in pure mathematics* (Vol. 13, No. part I, pp. 177-187).

Kirsch, I. S. (1993). *Adult literacy in America: A first look at the results of the National Adult Literacy Survey*. US Government Printing Office, Superintendent of Documents, Washington, DC 20402 (Stock No. 065-000-00588-3)..

Kahneman, D. (1979). Tversky A.(1979). *Prospect theory: an analysis of decision under risk*, 263-292.

Kruglanski, A. W., Thompson, E. P., & Spiegel, S. (1999). Separate or equal? Bimodal notions of persuasion and a single-process" unimodel".

Latimer, A. E., Salovey, P., & Rothman, A. J. (2007). The effectiveness of gain-framed messages for encouraging disease prevention behavior: Is all hope lost?. *Journal of health communication*, 12(7), 645-649.

Lichtenstein, S., & Slovic, P. (Eds.). (2006). *The construction of preference*. Cambridge University Press.

Lotto L., Rumiati R. (2013) *Introduzione alla psicologia della comunicazione*, Bologna, Il Mulino.

Lotto, L., (2017). *La comunicazione*. In R. Nicoletti, R. Rumiati, L. Lotto, "Psicologia. Processi cognitivi, teoria e applicazioni". Bologna, Il Mulino.

Maddux, J. E., & Rogers, R. W. (1983). Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of experimental social psychology*, 19(5), 469-479.

Maheswaran, D., & Meyers-Levy, J. (1990). The influence of message framing and issue involvement. *Journal of Marketing research*, 27(3), 361-367.

Malouf, J. (2018). *What constitutes evidence that fear appeals have positive effects on health behaviour? Commentary on Kok, Peters, Kessels, ten Hoor, and Ruiter (2018)*. *Health Psychology Review*, 12:2, 133-135.

Mazzocco, K., Cherubini, P., & Rumiati, R. (2005). Effetto framing: implicazioni in ambito medico. *Annali Italiani di Medicina Interna*, 20(1), 1-9.

McGuire, W. (1964). : Inducing resistance to persuasion, in L. Berkowitz (ed.): *Advances in Experimental Social Psychology*.

McMath, B. F., & Prentice-Dunn, S. (2005). Protection motivation theory and skin cancer risk: The role of individual differences in responses to persuasive appeals. *Journal of Applied Social Psychology, 35*(3), 621-643.

Meyerowitz, B. E., & Chaiken, S. (1987). The effect of message framing on breast self-examination attitudes, intentions, and behavior. *Journal of personality and social psychology, 52*(3), 500.

O'Donoghue, T., & Rabin, M. (1999). Doing it now or later. *American Economic Review, 89*(1), 103-124.

O'Donoghue T., Rabin M. (2019). *Present Bias: Lessons Learned and To Be Learned*. The American Economic Review, Vol. 105, No. 5, papers and proceedings of the one hundred twenty-seventh annual meeting of the American economic association (MAY 2015), pp. 273-279. American Economic Association.

Peters, G. J. Y., & Crutzen, R. (2017). Pragmatic nihilism: how a Theory of Nothing can help health psychology progress. *Health Psychology Review, 11*(2), 103-121.

Perloff, R. (2010). The dynamics of persuasion: communication and attitudes.

Peters, E., Slovic, P., & Hibbard, J. (2004). Evaluability manipulations influence the construction of choices among health plans (Report No. 04-02). *Eugene, OR: Decision Research*.

Peters, E., Lipkus, I., & Diefenbach, M. A. (2006). The functions of affect in health communications and in the construction of health preferences. *Journal of communication, 56*, S140-S162.

Peters, G. J. Y., Ruiters, R. A., Ten Hoor, G. A., Kessels, L. T., & Kok, G. (2018). Towards consensus on fear appeals: a rejoinder to the commentaries on Kok, Peters, Kessels, ten Hoor, and Ruiters (2018). *Health psychology review, 12*(2), 151-156.

Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1981). Social psychological procedures for cognitive response assessment: The thought-listing technique. *Cognitive assessment, 309-342*.

Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1986). The elaboration likelihood model of persuasion. In *Communication and persuasion* (pp. 1-24). Springer, New York, NY.

Rodriguez, M. (2013). *ConSenso: la comunicazione politica tra strumenti e significati*. Guerini e associati.

Rhodes, N., & Wood, W. (1992). Self-esteem and intelligence affect influenceability: The mediating role of message reception. *Psychological bulletin*, 111(1), 156.

Rothman, A. J., Bartels, R. D., Wlaschin, J., & Salovey, P. (2006). The strategic use of gain-and loss-framed messages to promote healthy behavior: How theory can inform practice. *Journal of communication*, 56(suppl_1), S202-S220.

Rothman, A. J., Salovey, P., Antone, C., Keough, K., & Martin, C. D. (1993). The influence of message framing on intentions to perform health behaviors. *Journal of experimental social psychology*, 29(5), 408-433.

Rothman, A. J., & Salovey, P. (1997). Shaping perceptions to motivate healthy behavior: the role of message framing. *Psychological bulletin*, 121(1), 3.

Romani, G. (2012). *Fear Appeal e Message Framing: Strategie persuasive in interazione per la promozione della salute* (Vol. 29). Firenze University Press.

Rothman, A. J., Bartels, R. D., Wlaschin, J., & Salovey, P. (2006). The strategic use of gain-and loss-framed messages to promote healthy behavior: How theory can inform practice. *Journal of communication*, 56(suppl_1), S202-S220.

Ruiter, R. A., Abraham, C., & Kok, G. (2001). Scary warnings and rational precautions: A review of the psychology of fear appeals. *Psychology and health*, 16(6), 613-630.

Ruiter, R. A., Kok, G., Verplanken, B., & Eersel, G. V. (2003). Strengthening the persuasive impact of fear appeals: The role of action framing. *The Journal of Social Psychology*, 143(3), 397-400.

Salovey, P., & Rothman, A. J. (Eds.). (2003). *Social psychology of health: Key readings*. Psychology press.

Slovic, P., & Weber, E. U. (2002). Perception of risk posed by extreme events. *Regulation of Toxic Substances and Hazardous Waste (2nd edition)*(Applegate, Gabba, Laitos, and Sachs, Editors), Foundation Press, Forthcoming.

Slovic, P., Finucane, M., Peters, E., & MacGregor, D. G. (2002). Rational actors or rational fools: Implications of the affect heuristic for behavioral economics. *The Journal of Socio-Economics*, 31(4), 329-342.

Tannenbaum, C., van den Heuvel, E., Fritel, X., Southall, K., Jutai, J., Rajabali, S., & Wagg, A. (2015). Contingence Across Continents To Upend Stigma and

Dependency (CACTUS-D): study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 16(1), 565.

Thompson, E. P., Kruglanski, A. W., & Spiegel, S. (2000). Attitudes as knowledge structures and persuasion as a specific case of subjective knowledge acquisition. *Why we evaluate: Functions of attitudes*, 466.

Tversky, A., & Kahneman, D. (1981). The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*, 211(4481), 453-458.

Updegraff, J. A., Sherman, D. K., Luyster, F. S., & Mann, T. L. (2007). The effects of message quality and congruency on perceptions of tailored health communications. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43(2), 249-257.

Witte, K. (1992). Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process model. *Communications Monographs*, 59(4), 329-349.

Witte, K., & Allen, M. (2000). A meta-analysis of fear appeals: Implications for effective public health campaigns. *Health education & behavior*, 27(5), 591-615.

Zani, B., & Cicognani, E. (2000). *Psicologia della salute*. Il mulino.

Documenti consultati su Internet e Sitografia

<https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/it/12-modi/tabacco/684-quali-sono-le-sostanze-cancerogene-contenute-nel-tabacco>; Codice Europeo contro il cancro, sostanze cancerogene contenute nel tabacco; ultimo accesso il 03/10/19

<http://www.farmacia-consulenza-fumatori.ch/it/pagina-iniziale/dati-sul-fumo/composizione-e-additivi/composizione-e-additivi-nel-tabacco-per-sigarette.html>; Composizioni e additivi nel tabacco da sigarette; ultimo accesso il 03/10/19

<https://www.istitutobeck.com/terapia-cognitivo-comportamentale/la-dipendenza-da-sostanze-caratteristiche-cause-e-trattamento>; Definizione di dipendenza da sostanze, caratteristiche, cause e trattamento; ultimo accesso 19/09/19

<https://ofad.iss.it/>; Osservatorio Fumo, Alcool e Droga; ultimo accesso il 15/10/2019

<https://iss-ofad.azurewebsites.net/wp-content/uploads/2019/06/PACIFICI-31-maggio-2019.pdf>; Rapporto Nazionale sul Fumo 2019; ultimo accesso il 16/10/19

<http://old.iss.it/>; Istituto Superiore di Sanità; ultimo accesso 15/10/19

http://old.iss.it/binary/fumo/cont/DOXA_2011_PACIFICI.pdf; Documento DOXA 2011; ultimo accesso il 02/10/19

<https://ufficiostampa.iss.it/?p=890>; Fumo, non diminuiscono i consumatori. Focus sui giovani: uno su dieci è consumatore abituale di tabacco e più della metà di questi fuma anche cannabis; ultimo accesso il 08/10/19

<http://www.ccm-network.it/pagina.jsp?id=node/2015>; OMS fumo passivo; ultimo accesso il 06/10/19

<https://www.focus.it/scienza/salute/le-10-sostanze-chimiche-pericolose-nelle-sigarette>; Le 10 sostanze chimiche pericolose nelle sigarette, ultimo accesso il 03/10/19

<https://www.focus.it/tecnologia/perche-la-gente-continua-a-fumare/>; Perché la gente continua a fumare; ultimo accesso il 02/10/19

https://www.huffingtonpost.it/dottor-post/il-danno-del-fumo-fumo-passivo_a_23431454/; I danni del fumo passivo; il 06/10/19

<https://www.my-personaltrainer.it/benessere/astinenza-da-nicotina.html>; Astinenza da nicotina; ultimo accesso il 02/10/19

<https://www.my-personaltrainer.it/salute-benessere/benefici-smettere-di-fumare.html>; I benefici nello smettere di fumare; ultimo accesso il 09/10/2019

<https://www.my-personaltrainer.it/salute/danni-fumo.html>; I danni del fumo; ultimo accesso il 03/10/19

<https://www.my-personaltrainer.it/salute/fumo-passivo.html>; Il fumo passivo; ultimo accesso il 06/10/19

<https://www.my-personaltrainer.it/salute/tabagismo.html>; Definizione e caratteristiche del tabagismo; ultimo accesso il 19/09/19

<http://www.notiziariochimicofarmaceutico.it/2017/12/07/tabagismo-e-dipendenza-da-fumo/>; Definizione di tabagismo o dipendenza da fumo; ultimo accesso il 19/09/19

https://www.repubblica.it/salute/prevenzione/2015/10/12/foto/tabacchi_nuove_re_gole_immagini_shock_sigarette_pacchetto-124935563/1/#9; Immagini shock presenti sui pacchetti di sigarette dal 2016 ad oggi in Italia; ultimo accesso il 10/10/19

<http://www.rexpo.it/i-motivi-psico-fisici-che-ci-spingono-a-fumare/>; I motivi psico-fisici che ci spingono a fumare; ultimo accesso il 02/10/19

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_463_listaFile_itemName_0_file.pdf; Danni derivati dall'uso del tabacco; ultimo accesso il 04/10/19

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2615_allegato.pdf; La tutela dal fumo passivo negli spazi confinati o aperti non regolamentati dalla Legge 3/2003 art.51 (Legge Sirchia) e successive modificazioni; ultimo accesso il 08/10/19

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2851_allegato.pdf; Prevenzione e controllo del tabagismo, ultimo accesso il 08/10/19

http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2564; Direttiva Europea 2014/40; ultimo accesso il 10/10/19

http://www.salute.gov.it/portale/p5_1_2.jsp?lingua=italiano&id=44; Decreto legge Sirchia 2013 per la tutela della salute dei non fumatori, ultimo accesso il 10/10/19

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=466&area=stiliVita&menu=fumo; Raccolta normativa legata al fumo, ultimo accesso il 10/10/19

<http://www.torrossa.com/en/catalog/preview/2941538>; Fear appeal e message framing: strategie persuasive in interazione per la promozione alla salute; ultimo accesso 06/09/2019

https://www.universonline.it/benessere/salute/06_02_11_a.php; Fumo e allergie nei bambini; ultimo accesso il 04/10/19

https://www.universonline.it/benessere/salute/11_07_13_a.php; Fumare in gravidanza causa malformazioni congenite; ultimo accesso il 04/10/19

https://www.universonline.it/benessere/salute/11_08_31_a.php; Danni del fumo: nelle donne sono maggiori; ultimo accesso il 04/10/19

https://www.universonline.it/benessere/salute/12_07_06_a.php; Gravidanza: i rischi di fumare prima del concepimento; ultimo accesso il 04/10/19

https://www.universonline.it/benessere/salute/16_06_27_a.php; Il fumo di terza mano, ultimo accesso il 06/10/19

https://www.universonline.it/benessere/salute/16_12_05_a.php#smettere-di-fumare; Metodi per smettere di fumare; ultimo accesso il 10/10/19

https://www.universonline.it/benessere/salute/17_01_25_a.php; Fumare in gravidanza mette a rischio i reni del bambino; ultimo accesso il 04/10/19

https://www.universonline.it/benessere/salute/17_04_12_a.php; Ricerca sul fumo, i danni del fumo causano una morte su dieci; ultimo accesso il 03/10/19

<https://www.universonline.it/gravidanza/alcol-fumo-gravidanza.php#fumo-gravidanza>; I danni di alcool e fumo in gravidanza; ultimo accesso il 04/10/19