



REPORT DI RICERCA DEL PROGETTO COMPART

LA COMUNICAZIONE SANITARIA DURANTE LA
CAMPAGNA VACCINALE PER COVID-19: UNO STUDIO
QUALITATIVO SUI VACCINATORI IN TOSCANA



Report elaborato nell'ambito del progetto
***"Comunicare e partecipare in situazioni di emergenza sanitaria:
Strategie e pratiche di prevenzione nella pandemia"***

Il presente progetto di ricerca è stato realizzato grazie al contributo
della Regione Toscana

Coordinamento scientifico

Dott. Vieri Lastrucci
Dott.ssa Maria José Caldés Pinilla

Gruppo di Lavoro

Vieri Lastrucci 1,2
Maria José Caldés Pinilla 1,2
Giorgia Alderotti 2
Marco Iazzetta 1,2
Martina Felicia Corvo 1,2

1 Centro di Salute Globale, Regione Toscana
2 Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer IRCCS

SOMMARIO

PREMESSA	4
RIASSUNTO	7
INTRODUZIONE	10
OBIETTIVI DELL'ANALISI E METODOLOGIA	13
Obiettivo	14
Materiali e metodi	14
Disegno dello studio e popolazione	14
Raccolta, elaborazione e analisi dei dati	15
RISULTATI	17
Tema 1 - Tipologie di attitudine dell'utenza nei confronti della vaccinazione	18
Tema 2 - Fattori che influenzano la fiducia e l'esitazione alla vaccinazione	22
<i>Sottotema 2.2 - Modifica dei determinanti di esitazione vaccinale nel tempo</i>	28
Tema 3 - Informazione e comunicazione sanitaria	31
<i>Sottotema 3.1 – Conoscenza del vaccino COVID-19 e comportamenti di ricerca di informazioni</i>	31
<i>Sottotema 3.2 - L'impatto della comunicazione istituzionale e mediatica sulla percezione del vaccino da parte degli utenti e le relative conseguenze sui vaccinatori</i>	32
Tema 4 - Principi e strategie per affrontare l'esitazione e il rifiuto del vaccino	34
DISCUSSIONI DEI RISULTATI E CONCLUSIONI	39
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	44

Premessa

Il presente documento è uno degli output previsti dal progetto “Comunicare e partecipare in situazioni di emergenza sanitaria: Strategie e pratiche di prevenzione nella pandemia” (**ComPart**). È un progetto di ricerca condotto dalla Facoltà di Scienze Politiche e Sociologia della Scuola Normale Superiore di Firenze con la collaborazione dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer IRCCS, finanziato dalla Regione Toscana (Bando Ricerca Covid-19 Toscana).

Il progetto presenta un approccio di ricerca multidisciplinare in quanto unisce le competenze in sociologia della comunicazione e in democrazia partecipativa della Facoltà di Scienze Politiche e Sociali della Scuola Normale Superiore, da un lato, e in epidemiologia e promozione della salute pubblica dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer, dall’altro. Si propone di analizzare la comunicazione e le opportunità offerte dalle pratiche partecipative nel contesto delle emergenze sanitarie, migliorando la capacità di prevenzione di altre potenziali emergenze sanitarie in Toscana.

Gli obiettivi generali del progetto sono:

1. L’individuazione delle sfide insite nella comunicazione e nella partecipazione durante le emergenze sanitarie;
2. lo sviluppo di conoscenze sulla comunicazione e sulla partecipazione legate all’emergenza sanitaria in Toscana durante la pandemia;
3. l’individuazione degli attori coinvolti e dei contenuti comunicativi sulla base di multiple metodologie di ricerca empirica (analisi dei frame e dei claim, interviste in profondità e focus groups);
4. l’utilizzo di metodi sperimentali di tipo qualitativo (“*democratic camps*”) dedicati alla partecipazione democratica durante le fasi di crisi sanitaria;
5. la valutazione delle potenziali buone pratiche di comunicazione e di partecipazione per la prevenzione e la gestione delle emergenze sanitarie.

La ricerca portata avanti dal team dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer prende in considerazione l’ambito specifico della comunicazione sanitaria durante la pandemia. Lo studio si propone di analizzare dall’interno le dinamiche della comunicazione sanitaria nel rapporto medico paziente nelle varie fasi della pandemia da Covid-19, facendo emergere le sfide e le strategie utilizzate dagli operatori sanitari per comunicare tempestivamente ed efficacemente con l’utenza, tenendo in considerazione gli elementi di particolare complessità e criticità generati dalla coesistenza di molteplici canali informativi e comunicativi.

In particolare, la ricerca condotta dal team dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer affronta le seguenti macro-tematiche:

1. **Comunicazione del rischio sanitario:** comprendere come gli operatori sanitari hanno comunicato l’emergenza e nell’emergenza, affrontando gli elementi di complessità dati dalla compresenza di numerose fonti di informazioni e dalla pluralità di attori coinvolti (istituzionali, scientifici, di cittadinanza), dall’incertezza della conoscenza scientifica, dal proliferare di saperi esperti controversi che hanno generato sfiducia nel sistema sanitario e nelle istituzioni.
2. **Analisi del carattere performativo e non meramente comunicativo della comunicazione sanitaria durante una crisi sanitaria:** in un sistema di incertezza e di forte emotività, gli operatori sanitari sono chiamati a rispondere con tempestività ed efficacia ai bisogni informativi dei pazienti sapendo che messaggi specifici producono direttamente ed inevitabilmente effetti sui comportamenti sociali.
3. **Analisi del ruolo e dell’influenza della infodemia e delle fake news sul rapporto medico-paziente**

L’ambito di analisi è rivolto agli operatori di prima linea della sanità territoriale - in particolare medici vaccinatori, medici di medicina generale e membri USCA, e della sanità ospedaliera, considerando la loro prossimità al paziente elemento capace di restituire, almeno in parte, la complessità e le sfumature della gestione della comunicazione sanitaria durante la pandemia di COVID-19.

Il presente report intende presentare i risultati della ricerca inerenti la comunicazione sanitaria nell’ambito della vaccinazione anti COVID-19 e l’esitazione vaccinale nell’utenza nel corso delle varie fasi pandemiche. In particolare, l’obiettivo della ricerca è quello di caratterizzare gli atteggiamenti del pubblico verso la vaccinazione COVID-19 affrontati dai vaccinatori, i fattori che hanno influenzato la fiducia nel vaccino e le strategie comunicative utilizzate per affrontare l’esitazione vaccinale e il rifiuto vaccinale.

Riassunto

La situazione epidemica altamente evolutiva, il rapido sviluppo dei vaccini COVID-19, e l'infodemia hanno messo a dura prova la comunicazione sanitaria sul vaccino COVID-19. Lo scopo della ricerca è caratterizzare, attraverso l'esperienza dei vaccinatori, le sfide emerse durante il colloquio vaccinale e le strategie comunicative adottate.

Questo studio qualitativo è stato condotto su un campione di 30 medici coinvolti nella campagna vaccinale COVID-19 in Toscana. Per lo studio, sono stati selezionati medici coinvolti in maniera continuativa nel corso della pandemia (più di 12 mesi) dai seguenti servizi di vaccinazione: HUB vaccinali, medici di famiglia, ospedale, e servizio USCA. Sono state condotte interviste semi-strutturate; le interviste sono state trascritte ed esaminate mediante analisi tematica con appositi software per l'analisi dei testi (IRAMUTEQ) e la dimensione del campione è stata determinata dalla saturazione dei temi.

Dall'analisi tematica sono emersi 4 temi. Nel primo tema sono stati caratterizzati differenti profili di atteggiamenti verso la vaccinazione COVID-19 da parte dell'utenza: desiderosi di vaccinarsi, aderenti alla normativa, in cerca di informazioni/rassicurazioni, *wait-and-seers*, ideologicamente contrari al vaccino (ICV). Nel secondo tema sono emersi i fattori che hanno avuto un ruolo di barriera e di promozione della vaccinazione. Tali fattori sono stati successivamente ricondotti alle categorie del modello sull'esitazione vaccinale sviluppato dal *WHO-SAGE working group*. Le principali barriere alla vaccinazione erano legate al vaccino – come la rapidità del suo sviluppo e la novità della tecnologia basata sul m-RNA - all'eccessiva esposizione alle informazioni dei mass-media e alla mancanza di indicazioni chiare e puntuali da parte delle Istituzioni preposte alla comunicazione sanitaria. Nel terzo tema sono emersi i comportamenti di ricerca delle informazioni inerenti la vaccinazione per COVID-19, dai quali si evince un quasi esclusivo ricorso ai mass-media e social-media e l'utilizzo di metodi di ricerca delle informazioni volti a confermare le proprie convinzioni ("*cherry picking*"), soprattutto negli utenti ideologicamente contrari alla vaccinazione. Infine, nel quarto e ultimo tema sono stati evidenziati i principi e le strategie comunicative efficaci per affrontare l'esitazione vaccinale. Nello specifico l'empatia, l'evidenziare il rapporto rischi-benefici specifici per l'utente e la trasparenza sono emersi come punti fondamentali durante il colloquio con l'utenza. Inoltre, un approccio centrato sull'utente basato sul fare emergere le preoccupazioni senza giudizio e sull'individuare le convinzioni e attitudini nei confronti della vaccinazione e della salute in generale è emerso come fattore chiave per adattare lo stile comunicativo e aumentare la fiducia vaccinale nell'utenza. Nonostante numerosi principi e strategie comunicative sono stati individuati come efficaci nel colloquio con l'utenza esitante al vaccino, nei confronti degli utenti ICV è emersa una sostanziale

impossibilità di condividere informazioni e nessuna strategia comunicativa è stata riportata essere efficace ad arrivare ad una decisione informata nei confronti della vaccinazione.

In conclusione, i risultati dello studio permettono di caratterizzare meglio i diversi atteggiamenti nei confronti della vaccinazione COVID-19 da parte dell'utenza ed inoltre permettono di identificare i principi e le strategie comunicative chiave per creare fiducia e accompagnare

1. Introduzione

La vaccinazione è il principale strumento di prevenzione primaria per le malattie infettive e una delle misure di salute pubblica più efficace e costo-efficace [1]; la copertura vaccinale della popolazione non solo riduce la diffusione delle malattie e previene le conseguenze gravi delle malattie, ma riduce anche notevolmente la spesa pubblica per la salute [2]. Sebbene i vaccini siano una delle conquiste più significative della sanità pubblica e i loro benefici superino i rischi per la maggior parte della popolazione, sempre più frequentemente è segnalata una crescente esitazione e un rifiuto della vaccinazione in tutto il mondo [3]. Nel 2019, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha inserito l'esitazione vaccinale tra le dieci minacce più influenti per la salute globale [3]. Durante la pandemia di COVID-19, molti operatori sanitari si sono trovati impreparati ad affrontare lo scetticismo e il rifiuto degli utenti nei confronti del vaccino. Nonostante l'elevato tasso di mortalità, il sovraccarico di pazienti ricoverati negli ospedali e gli sforzi compiuti dalle autorità sanitarie pubbliche, spesso è stata riscontrata l'esitazione nei confronti del vaccino anti-COVID-19 [4,5].

Numerosi fattori hanno influenzato il livello di fiducia e adesione della popolazione alla campagna vaccinale e ad altre misure di mitigazione per il COVID-19; in particolare, la novità della malattia, lo sviluppo insolitamente rapido del vaccino, l'uso di nuove tecnologie vaccinali e la diffusione rapida e incontrollata di informazioni e disinformazione - la così detta "infodemia" - sono stati segnalati tra i principali fattori [6]. Inoltre, lo scenario altamente evolutivo della pandemia e l'evoluzione rapida delle evidenze scientifiche hanno richiesto ricorrenti cambiamenti di direzione nelle direttive e nei messaggi di sanità pubblica da parte delle Istituzioni preposte costringendo gli operatori sanitari ad adattamenti quotidiani; tutto questo ha generato nella popolazione un senso di impotenza e di sfiducia nei confronti della scienza, delle Istituzioni e dei Governi [7].

Durante la campagna di vaccinazione COVID-19, gli operatori sanitari, che rappresentavano il principale punto di contatto per la popolazione, hanno affrontato pertanto una triplice sfida: adattarsi alle direttive governative e istituzionali, giustificare l'incertezza agli utenti e confrontarsi con una popolazione più esitante verso i vaccini [8]. Le evidenze mostrano che gli operatori sanitari di prima linea sono tra le fonti di informazione sulla vaccinazione più fidati nella popolazione e quindi uno dei principali fattori nel successo/fallimento di un programma di vaccinazione. Diversi studi hanno dimostrato che ricevere informazioni pertinenti dagli operatori sanitari aiuta gli utenti esitanti a sviluppare la consapevolezza vaccinale e aumenta l'accettazione dei vaccini [9-10].

La comunicazione attentamente pianificata e proattiva è uno degli strumenti principali a disposizione degli operatori sanitari per migliorare l'accettazione dei vaccini durante il colloquio vaccinale [12,13] e una comunicazione efficace aiuta a contrastare la disinformazione [14]. La pandemia di COVID-19 ha indicato che questo strumento è, più che mai, essenziale per rafforzare la domanda di servizi preventivi. Prima della pandemia, la ricerca sulla comunicazione sanitaria si concentrava principalmente sulla vaccinazione infantile o sulla comunicazione sanitaria in generale [15-18]; solo alcuni analizzavano le campagne vaccinali condotte sulla popolazione adulta [19,20], e il caso della comunicazione sanitaria riguardante il vaccino COVID-19 è piuttosto unico da varie prospettive, come sopra menzionato.

Per affrontare l'esitazione e il rifiuto della vaccinazione, è di fondamentale importanza, sia per le istituzioni che per gli operatori sanitari, sviluppare strategie di comunicazione basate sulle esperienze di coloro che hanno lavorato in prima linea durante la campagna di vaccinazione. Infatti, i vaccinatori rappresentano un punto di vista privilegiato che può consentire di catturare le diverse sfumature delle attitudini dei pazienti nei confronti dei vaccini durante la campagna di vaccinazione e identificare i determinanti associati ad esse. Inoltre, attraverso la loro esperienza, è possibile comprendere le esigenze di comunicazione delle diverse categorie di utenti e definire quali strategie sono state più efficaci durante l'evoluzione del contesto epidemico.

2. Obiettivi dell'analisi e metodologia

Obiettivo

Il presente studio ha l'obiettivo di caratterizzare l'attitudine del pubblico verso la vaccinazione COVID-19 affrontati dai vaccinatori nelle differenti fasi pandemiche e di individuare i fattori che influenzano la fiducia nel vaccino. Inoltre, attraverso l'esperienza dei vaccinatori lo studio intende identificare i principi e le strategie di comunicazione per affrontare l'esitazione vaccinale e il rifiuto vaccinale e arrivare ad una scelta vaccinale consapevole.

Materiali e metodi

Lo studio è stato condotto secondo i principi descritti nella Dichiarazione di Helsinki.

Disegno dello studio e popolazione

Questo studio qualitativo è stato condotto su un campione di medici coinvolti nella campagna di vaccinazione COVID-19 nella Regione Toscana (Provincia di Firenze, Provincia di Pisa, Provincia di Grosseto, Provincia di Pistoia); in particolare, sono stati reclutati medici che hanno preso parte alla campagna vaccinale per COVID-19 provenienti da diversi servizi: campagna di vaccinazione di massa (HUB), medicina generale (nella prima fase della campagna di vaccinazione i medici di medicina generale (M.M.G.) hanno vaccinato i fragili e gli anziani, e successivamente anche altri utenti), servizio di vaccinazione ospedaliera (incaricato di vaccinare gli operatori sanitari e i pazienti fragili ricoverati), e il servizio USCA (*Unità Speciali di Continuità Assistenziale*, servizio incaricato della vaccinazione delle persone fragili a domicilio e in casa di riposo, e delle popolazioni rifugiate e migranti). È stato utilizzato un campionamento mirato (*maximum variation purposive sampling*) per selezionare i partecipanti dei diversi servizi in base alle seguenti aree di livello di urbanizzazione: aree urbane, aree suburbane o aree rurali. Sono stati inclusi i vaccinatori che avevano effettuato almeno 750 consultazioni vaccinali e i medici di base che avevano almeno 1.200 pazienti registrati nel loro studio. Inoltre, al fine di coprire le distinte fasi della campagna di vaccinazione e dell'epidemia COVID-19, sono stati esclusi i vaccinatori che non hanno partecipato in modo continuativo (almeno 12 mesi) alla campagna di vaccinazione. Il reclutamento dei partecipanti è stato interrotto quando è stata raggiunta la saturazione tematica.

Raccolta, elaborazione e analisi dei dati

Tutti i partecipanti sono stati informati sullo scopo dello studio e hanno dato il consenso informato prima di partecipare allo studio. I dati sono stati raccolti attraverso interviste di profondità (*in depth interview*) faccia a faccia condotte congiuntamente da due ricercatori (G.A.; M.F.C.). Il team di ricerca ha sviluppato una traccia d'intervista semi-strutturata per esplorare i seguenti aspetti: comportamento degli utenti nella ricerca di informazioni di salute e sulla vaccinazione; percezione della vaccinazione COVID-19 nell'utenza; strategie di comunicazione attuate durante la consultazione. Le interviste hanno avuto una durata media di circa un'ora e mezzo.

La traccia dell'intervista era costituita da quattro sezioni:

1. Una prima parte che raccoglie i dati anagrafici dell'intervistato, comprensiva di informazioni specifiche, tra le quali il tipo di mansione svolta durante il periodo di pandemia, il luogo e il periodo di impiego, il numero di anamnesi vaccinali effettuate.
2. Una seconda parte di natura sociologica che si propone di registrare il giudizio dell'intervistato riguardo la gestione della crisi pandemica da parte della sanità pubblica e delle istituzioni nazionali.
3. Una terza sezione che ha lo scopo di approfondire le percezioni e le esperienze del vaccinatore in merito alla qualità ed alla quantità di informazioni ricevute dai pazienti durante la pandemia, nonché gli atteggiamenti rispetto alla vaccinazione COVID-19.
4. Un'ultima parte in cui in cui sono approfondite le strategie attuate per gestire i dubbi e le preoccupazioni dell'utente e il rifiuto vaccinale.

Tutte le interviste sono state audio registrate e trascritte testualmente. I partecipanti sono stati informati che i dati delle interviste sarebbero stati raccolti in forma anonima. Per esaminare il contenuto del corpus è stata condotta un'analisi tematica induttiva e deduttiva. La prima fase ha previsto letture ripetute delle interviste per familiarizzare con i dati. Successivamente, è stato sviluppato un quadro di codifica (codebook) per organizzare il processo di codifica dei dati. Dopo l'esame dei codici, la fase successiva ha riguardato l'identificazione dei temi emersi dai dati. I codici e i temi sono stati identificati dai dati da parte di tre ricercatori in modo indipendente e rivisti congiuntamente. I disaccordi sulla codifica e sui temi sono stati risolti coinvolgendo un quarto ricercatore, ove necessario. I nomi dei temi da includere nel report sono stati approvati da tutti i ricercatori. Per facilitare la gestione e la codifica dei dati, le trascrizioni sono state caricate e analizzate con il software Iramuteq (GNU General Public License versione 2, GPLv2).

Durante l'analisi inoltre sono stati identificati i determinanti dell'accettazione/esitazione al vaccino COVID-19 emersi dalle interviste; tali determinanti sono stati ricondotti al modello

concettuale sviluppato dal Gruppo SAGE (Strategic Advisory Group of Experts) dell'OMS [16]. In particolare, questo modello identifica tre macro-gruppi di fattori che influenzano il processo decisionale sul vaccino: influenze individuali e di gruppo, fattori contestuali e questioni specifiche del vaccino. La definizione di determinanti dell'esitazione vaccinale applicata è stata quella di "*concetti relativi a barriere e fattori abilitanti per l'adozione, motivi di rifiuto della vaccinazione, credenze e atteggiamenti verso la vaccinazione e fattori mediati dal sistema*" [21].

3. Risultati

Le interviste sono state sottoposte a un totale di 30 medici (46,7% donne) di età compresa tra 25 e 71 anni. Le caratteristiche dei vaccinatori sono riassunte nella Tabella 1 e la versione estesa della tabella 1 con le caratteristiche individuali dei singoli vaccinatori sono riportate nella tabella in allegato 1.

Tabella 1. Caratteristiche del campione

Campione totale N		30
Età mediana (range interquartile)		37 (31-44)
Sesso-femmina N (%)		14 (46,7)
Numero di vaccinazioni effettuate N (%)		
	1.000 – 2.000	17 (56,7)
	2.000 – 5.000	6 (20)
	5.000 – 10.000	4 (13,3)
	> 10.000	3 (10)
Numero di pazienti assistiti* (media ± deviazione standard)		1.405 ± 253
Precedente esperienza con altre campagne vaccinazioni N (%)		19 (63,3)
Livello di urbanizzazione N (%)		
	Urbano	10 (33,3)
	Suburbano/rurale	20 (66,7)
Tipo di vaccinatore ** N (%)		
	HUB vaccinale	12 (40)
	Ospedale	3 (10)
	Unità Speciali di Continuità Assistenziale	6 (20)
	Medico di medicina generale	12 (40)

* Solo per i medici di medicina generale

**La somma è maggiore di 100% in quanto alcuni vaccinatori hanno lavorato in più di un servizio vaccinale

Dall'analisi tematica induttiva delle interviste sono emersi quattro temi principali, riassunti di seguito.

Tema 1 - Tipologie di attitudine dell'utenza nei confronti della vaccinazione

Attraverso le esperienze riportate dagli intervistati è stato possibile caratterizzare le diverse attitudini che l'utenza aveva nei confronti della vaccinazione. Attraverso l'analisi delle attitudini riportate sono emersi 6 distinti "profili" di utenti, ciascuno accomunato da atteggiamenti specifici nei confronti della vaccinazione anti COVID-19, che sono disposti in un continuum dall'accettazione del vaccino senza dubbi al suo rifiuto, sempre senza dubbi (vedi figura 1).

Nello specifico i profili identificati sono:

- Desiderosi di vaccinarsi,

- Aderenti alle raccomandazioni
- Esitanti in cerca di informazioni e rassicurazioni,
- Esitanti *“wait and seers”*
- Vaccinati per obbligo
- Ideologicamente contrari al vaccino

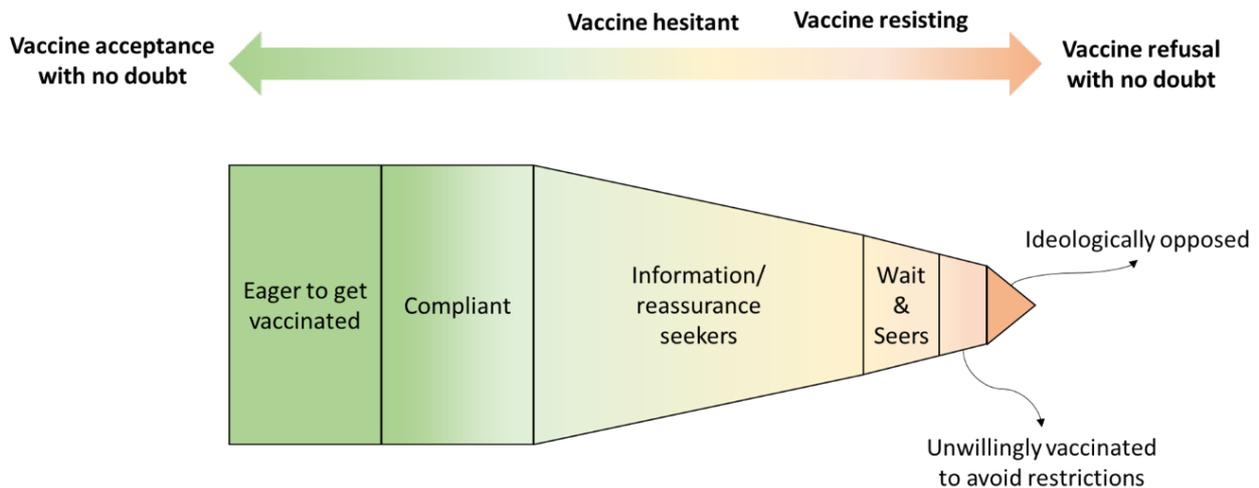


Figura 1. Il continuum delle attitudini nei confronti della vaccinazione anti COVID-19

Nonostante quello che veniva riferito sui mass-media, gli intervistati hanno riferito che la preponderanza della popolazione era desiderosa di vaccinarsi; questo atteggiamento era associato a un generale alto livello di fiducia nel sistema sanitario, nella scienza e nell'efficacia del vaccino. Questa attitudine è stata osservata in particolare negli anziani e nei giovani adulti per distinte ragioni di fondo, per i primi legate alla percezione della suscettibilità alla COVID-19 mentre per i secondi legate al recupero della vita sociale. Inoltre, gli anziani, in quanto considerati appartenenti alla categoria dei "fragili", hanno ricevuto la vaccinazione a seguito alla chiamata attiva dal proprio medico di medicina generale, questo ha permesso loro una maggior facilità logistica e organizzativa nel raggiungere la sede vaccinale consentendogli di ricevere spiegazioni e chiarimenti esaustivi dal proprio medico.

Il profilo denominato "aderenti alle raccomandazioni" sono stati descritti come utenti che si presentavano in hub vaccinale o dal medico di medicina generale senza riportare alcun dubbio o preoccupazione e che si sottoponevano alla vaccinazione senza necessità di ulteriori informazioni. L'impressione dei medici è stata che in questa categoria di persone ci fosse una forte volontà di ottemperare ai propri doveri di cittadino seguendo le direttive istituzionali/governative, senza metterle in discussione e con un generale buon livello di fiducia nella scienza.

Altri utenti hanno ritardato la vaccinazione per paura del vaccino; sono state riportate due categorie distinte di utenti esitanti: quelli che cercavano rassicurazioni e gli *wait-and-seers*. Il primo gruppo condivideva apertamente e in maniera sincera i propri timori durante la consultazione e solitamente, a seguito di una comunicazione adeguata da parte del medico, decidevano di sottoporsi alla vaccinazione; il secondo profilo - gli *wait-and-seers* - invece erano quelli - osservati soprattutto nelle prime fasi della campagna vaccinale - che aspettavano di vedere gli effetti del vaccino su chi lo riceveva; alla base di questo atteggiamento c'era una sostanziale sfiducia nella scienza e nelle istituzioni. Questi utenti sono stati descritti come meno aperti al dialogo e meno interessati a ricevere ulteriori informazioni o chiarimenti sulla vaccinazione.

Infine, è stato descritto il profilo degli utenti ideologicamente contrari al vaccino caratterizzati da un alto livello di sfiducia nel sistema sanitario e nelle istituzioni e dal essere più propensi a credere a teorie del complotto. Questi utenti spesso non si fidavano della comunità scientifica già prima della pandemia; l'infodemia e la confusione creata dal rapido succedersi di evidenze scientifiche e di direttive per la gestione della pandemia - talvolta contraddittorie o poco chiare - hanno esacerbato questo atteggiamento. Solo alcuni di questi utenti alla fine si sono vaccinati per evitare restrizioni lavorative e sociali¹, mentre altri hanno mantenuto saldamente le loro convinzioni e non si sono mai vaccinati. In generale, questi utenti erano di mezza età, con un livello di istruzione medio-buono e appartenenti alla classe socio-economica media.

Le citazioni più rilevanti per questo tema sono riassunte nella Tabella 2.

Tabella 2. Citazioni illustrative per il tema 1 “*Tipologie di atteggiamenti dell’utenza nei confronti della vaccinazione*”

Tema 1. Tipologie di atteggiamenti dell’utenza nei confronti della vaccinazione	
-	Ci sono diverse categorie: gli entusiasti, cioè quelli che si farebbero vaccinare a tutte le ore e se c’è una dose in più prendono anche quella; poi ci sono gli accettanti, quelli che gli hanno detto che la regola è questa e va fatto così, quindi lo fanno senza esprimere particolari giudizi; è una cosa che va fatta e si fa, fine; poi ci sono i timorosi, quelli che hanno paura che [il vaccino] gli faccia male, ma alla fine lo fanno; ci sono gli oppositivi, contrari sempre, quelli che non l’hanno voluto fare per ragioni etiche o politiche. (Vaccinatore n. 18, M.M.G.)
-	[...] la maggioranza delle persone si fidava dei medici, del sistema sanitario e della sicurezza del vaccino. (Vaccinatore n. 3, HUB)

¹ Il green pass nasce su proposta della Commissione europea per agevolare la libera circolazione in sicurezza dei cittadini nell’Unione europea durante la pandemia di COVID-19 (Reg. UE 1 luglio 2021, in Italia anticipato al 17 giugno 2021).

- In generale l'utente medio si è abbastanza affidato, la maggioranza delle persone si sono avvicinate fidandosi del medico, fidandosi della sanità e della sicurezza del vaccino. (Vaccinatore n. 11, HUB)
- [Le persone] sono venute fiduciose e contente di avere questa possibilità [di vaccinarsi] per riprendersi in mano la vita quotidiana sociale in condizioni più normali possibili. Nella maggioranza dell'utente medio l'obiettivo era questa la spinta [tornare alla vita normale]; comunque [gli utenti] si sono presentati fiduciosi. (Vaccinatore n. 11, HUB)
- Ho trovato molto aperti e molto vogliosi di farlo tanti giovanissimi, tipo ventenni; gli adolescenti sono quelli che secondo me hanno fatto un ragionamento molto chiaro: "voglio riprendere a fare la mia vita e il vaccino serve a questo, quindi lo faccio". (Vaccinatore n. 18, M.M.G.)
- L'esitante è quel tipo di persona che comunque ha bisogno di avere delle risposte e se gli dedichi il giusto tempo poi si vaccina. Non è l'esitante che ha il preconcetto di non volerlo fare perché ha letto i siti Internet. L'esitante classico è la persona che semplicemente ha bisogno di risposte e se gli si dedica il giusto tempo e lo si ascolta alla fine diventa un utente convinto di quello che sta facendo, ci vuole tempo però non è uno che non lo vuole fare a prescindere...ha solo bisogno di questo passaggio comunicativo intermedio. (Vaccinatore n. 10, HUB)
- L'altro atteggiamento osservato era quello di paura, non sfiducia nel sistema sanitario, non sfiducia nell'operatore sanitario, ma tanta paura e tanti dubbi generati dalla comunicazione. (Vaccinatore n. 11, HUB)
- Qualcuno ha aspettato perché aveva paura, diceva "adesso vediamo se lo fanno in più di uno e vediamo se queste persone hanno problemi". (Vaccinatore n. 23, M.M.G.)
- I vaccini sono stati fatti in un periodo molto breve e quindi alt, prima di andare ci penso, è un discorso molto egoista nel senso che [il ragionamento alla base era:] "tanto gli altri vaccini li hanno fatti anche le altre persone e va bene, mentre questo vaccino non l'hanno fatto altre persone; quindi, perché devo essere io la cavia?" (Vaccinatore n. 15, HUB)
- Ci sono quelli che venivano a fare la vaccinazione e mi dicevano: "io mi vaccino soltanto perché sono obbligato se non posso andare a lavorare [...]. Questi pazienti sono stati molto più difficili. (Vaccinatore n. 14, USCA)
- A questa categoria [ideologicamente contrari al vaccino] dire che la vaccinazione fa bene e riesce a salvarli [non è efficace perché] non gliene può importare di meno; l'unico appiglio è concordare con loro che ci sono delle leggi che lo impongono, fargli capire ci sono le leggi che vanno rispettate, loro si vaccinano soltanto per quello. Quindi [una strategia è] cercare di dirgli che a volte ci sono delle regole che dobbiamo rispettare. (Vaccinatore n. 6, HUB)
- Questa piccola percentuale [di soggetti ideologicamente contrari al vaccino] è fermamente convinta, difficilmente riuscirai a smuoverla dalle sue idee, probabilmente sono quelli che ancora oggi non sono vaccinati. (Vaccinatore n. 1, HUB)
- [Gli utenti ideologicamente contrari al vaccino] non accettavano nemmeno il dialogo, si mettevano a gridare, ti mandavano a quel paese; secondo me sui no-vax le attività da poter fare sono veramente poche. (Vaccinatore n. 3, HUB)
- Sono spesso persone con un livello di istruzione medio, cioè non zero zero, ma nemmeno laureati sono persone non poverissime, ma non grandemente benestanti, quindi la fascia media/medio-bassa della popolazione. (Vaccinatore n. 18, M.M.G.)

- I “no-vax” erano persone che avevano un livello culturale elevato (non del campo medico) e che credevano di avere già la risposta senza dover consultare l’opinione del medico, perché ritenevano di avere già le risposte. (Vaccinatore n. 18, M.M.G.)

Tema 2 - Fattori che influenzano la fiducia e l’esitazione alla vaccinazione

Sottotema 2.1 - Determinanti dell’esitazione alla vaccinazione: fattori individuali e influenze contestuali

Tutti i determinanti dell'esitazione e della fiducia nei confronti del vaccino emersi dalle interviste sono stati classificati secondo i tre macro-raggruppamenti riportati dal modello del *SAGE Working Group*: fattori individuali, fattori legati al contesto e questioni vaccino/vaccinazione specifiche. I fattori identificati come barriere o promotori della fiducia nel vaccino sono mostrati nella tabella 3.

Le principali barriere che hanno abbassato la fiducia nei vaccini erano legate al rapido sviluppo di un nuovo vaccino e alla convinzione generale che non ci fossero abbastanza studi clinici per garantire la sicurezza del vaccino. Più specificatamente, le preoccupazioni degli utenti erano legate al fatto che i primi vaccini anti-COVID-19 hanno beneficiato di due nuove tecnologie (m-RNA e vettori) mai utilizzate fino ad allora al di fuori del contesto degli studi clinici, l’utenza era intimorita sia dal rapido sviluppo del vaccino che dalla mancanza di una precedente vaccinazione con la stessa tecnologia, ciò ha determinato una maggiore diffidenza da parte dell’utenza per questo vaccino rispetto alle vaccinazioni che vengono somministrate da anni; il timore esplicitato da parte degli utenti era infatti la convinzione che non vi fossero sufficienti sperimentazioni per garantire la sicurezza del vaccino.

È stata osservata una tendenza diffusa tra gli utenti ad attuare un calcolo euristico dei rischi e dei benefici, piuttosto che una valutazione basata sull'evidenza scientifica.

Oltre all’esitazione determinata da preoccupazioni riguardo alla sicurezza del vaccino, anche la sua efficacia è stata fonte di dubbio. Una comunicazione sanitaria ambigua sul tema che il vaccino era in grado di impedire le complicazioni della malattia, ma non di contrarre l’infezione ha indotto, soprattutto nelle fasce di popolazione con un minore livello di alfabetizzazione sanitaria, la percezione che il vaccino fosse inutile o non efficace. Questo si è verificato soprattutto con l’arrivo della variante Omicron che ha aumentato il tasso di infezioni anche nella popolazione vaccinata.

Inoltre, dalle interviste è emerso quanto il contesto possa influire sulle scelte vaccinali della popolazione, in particolare, l'eccessiva esposizione alle informazioni dei mass - media unita alla mancanza di indicazioni chiare da parte delle istituzioni hanno favorito le preoccupazioni degli utenti. I dubbi e le preoccupazioni degli utenti non sono stati alimentati solo dai mass - media, ma anche dalla comunicazione, talvolta contraddittoria, proveniente da istituzioni e governi.

L'instabilità della comunicazione istituzionale e l'eccesso di informazioni proveniente dai media hanno messo a dura prova la credibilità del medico vaccinatore agli occhi dell'utente e conseguentemente hanno alimentato i dubbi degli esitanti. I medici vaccinatori, soprattutto nelle prime fasi della pandemia, si sono trovati a dover spiegare agli utenti il motivo delle contraddizioni che potevano essere presenti nelle direttive istituzionali, che inizialmente si basavano su evidenze scientifiche ancora preliminari (vedi tema 3).

I principali fattori che sono stati identificati come promotori della vaccinazione sono stati: le restrizioni normative/istituzionali, la gravità percepita della malattia, la modalità di somministrazione e l'accessibilità dei servizi di prevenzione COVID-19.

Infine, i fattori socio-economici, religiosi e culturali, così come il sesso, non sono emersi come determinanti significativi. Le citazioni più significative per questo sottotema sono riassunte nella tabella 4.

Tabella 3. Fattori identificati nelle interviste come barriere [B] o promotori [P] della vaccinazione COVID-19 mappati sul modello del SAGE Working Group dei determinanti dell'esitazione vaccinale.

		B	P	BARRIERE	PROMOTORI	
		N. vaccinatori				
DETERMINANTI CONTESTUALI	GRUPPO SOCIO ECONOMICO	Età	22	21	- 45 - 60 anni	- Sopra 70 anni - Sotto 30 anni
		Razza/etnia	3	-	- Residenti e migranti dall'Europa dell'Est	
		Luogo di nascita	3	-	- Popolazioni migranti difficili da raggiungere	
		Reddito/ SES	1	5	- Classe medio-bassa	- Condizioni di lavoro precarie - Migrante economico
		Stato civile/composizione familiare	-	-		
		Educazione	8	1	- Livello di istruzione medio-buono (esclusa l'istruzione nei settori delle scienze della salute)	- Basso livello di istruzione
		Occupazione	-	2		- Operatore sanitario
		Conoscenza della lingua	-	-		
		Decisione di famiglia	4	2	- Avere un familiare ideologicamente contrario alla vaccinazione (nel caso di vaccinazione di anziani e adolescenti)	- Avere un familiare che si fida del vaccino (nel caso di vaccinazione di anziani e adolescenti)
		Accesso alle cure	-	-		
		Stato di salute	9	2	- Gravidanza - Allergie e assunzione di farmaci per altre malattie - Comorbilità (malattie cardiologiche, rare e autoimmuni) - Utenti fragili	- Utenti fragili - Persone che vivono in casa di riposo
	Dimensione famiglia	-	-			
	RELIGIONE/ CULTURA /GENERE	Appartenenza religiosa	-	-		
		Cultura	2	-	- Ragioni etiche	
	Genere	-	-			
POLITICA / POLITICHE	Politica	3	-	- Sfiducia nel governo - Sostegno a partiti politici contrari a politiche di vaccinazione e contenimento		
	Politiche	8	14	- Direttive contrastanti - Restrizioni lavorative e sociali previste per i non vaccinati	- Previste restrizioni lavorative e sociali per i non vaccinati	
LEADER E INDIVIDUI INFLUENTI	Leader e individui influenti	1	-	- Leader religiosi influenti seguiti da alcune comunità di migranti		
	Accesso alle informazioni	-	5		- Facile accesso alle informazioni da parte dei mass-media - Campagne di comunicazione istituzionale	

	COMUNICAZIONE E CONTESTO DEI MEDIA	Mass Media (uso e influenza)	19	-	- Infodemia - Fake news - Disinformazione/disinformazione da social/mass-media - Giornalismo sensazionalistico - Campagne di comunicazione istituzionale	
	INDUSTRIA FARMACEUTICA	Industria farmaceutica	11	-	- Teorie cospirative	
	INFLUENZA STORICA	Influenza storica	-	-		
	BARRIERA GEOGRAFICA	Luogo di residenza	-	-		
QUESTIONI SPECIFICHE RELATIVE AD UN VACCINO O ALLA VACCINAZIONE	RISCHIO/BENEFICIO (BASE SCIENTIFICA)	Uso di evidenze	-	4		- Cercare prove mediche da fonti ufficiali
		Fiducia nelle evidenze	2	1	- Sfiducia nel processo scientifico	- Fiducia nella scienza
	PROGRAMMA DI VACCINAZIONE	Programma	2	-	- Non è chiaro il programma per coloro che avevano già sperimentato la COVID-19 (fasi iniziali della campagna). - Non era chiaro se fossero necessarie ulteriori dosi di richiamo in futuro.	
	MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE	Modalità di somministrazione	2	-	- Agofobia	
	MODALITÀ DI CONSEGNA	Campagna	2	3	- Regole rigide per la programmazione degli appuntamenti nelle prime fasi della campagna di vaccinazione - La possibilità di prenotare l'appuntamento per la vaccinazione solo online nelle prime fasi della campagna di vaccinazione	- Facile riprogrammazione dell'appuntamento per la vaccinazione - Accesso libero e apertura serale degli HUB di vaccinazione - Cooperazione tra i servizi di assistenza primaria per la vaccinazione delle popolazioni difficili da raggiungere
	INTRODUZIONE DI UN NUOVO VACCINO O DI UNA NUOVA FORMULAZIONE	Introduzione di un nuovo vaccino o di una nuova formulazione	17	-	- Nuova tecnologia del vaccino - Rapido sviluppo del vaccino - Assenza di dati reali sugli effetti collaterali del vaccino	
	AFFIDABILITÀ DELLA FORNITURA DI VACCINI	Fornitura	-	-		
	RUOLO DEGLI OPERATORI SANITARI	Comunicazione con il paziente	-	16		- Coinvolgere altri professionisti sanitari di fiducia nel processo decisionale. - Comunicazione trasparente e onesta delle prove - Empatia e ascolto attivo e non giudicante - Condivisione della propria esperienza e di storie reali sulla vaccinazione
		Aspettative di vaccinazione	10	-	- L'aspettativa non soddisfatta che il vaccino prevenisse l'infezione da SARS-CoV-2	
		Cultura organizzativa	-	-		
Luogo di lavoro		-	-			
COSTI	Finanziario	-	-			
	Tempo	-	-			
	Amministrativo	-	-			

DETERMINANTI INDIVIDUALI E DI GRUPPO		Accesso	-	-		
	ADATTARE I VACCINI E LE VACCINAZIONI ALLE ESIGENZE	Opzioni	11	-	- Preoccupazione per la possibilità di utilizzare diversi tipi di vaccini	
	ESPERIENZA CON PRECEDENTI VACCINAZIONI	Comportamento vaccinale	2	1	- Rifiuto di altre vaccinazioni per adulti	- Avendo ricevuto il vaccino antinfluenzale
	RISCHIO/BENEFICIO (PERCEPITO / EURISTICO)	Suscettibilità alla malattia	3	4	- Non credono di essere a rischio di contrarre l'infezione	- Paura dell'infezione - Esperienze personali di COVID-19 (o nelle persone più vicine)
		Gravità della malattia	3	11	- Non credere di essere a rischio di gravi COVID-19 - Paura del vaccino maggiore della paura della malattia	- Elevata percezione del rischio della malattia - Ricordi drammatici di decessi per COVID-19 osservati nel 2020 - Gravi esperienze personali di COVID-19 (o nelle persone più vicine) - Percezione della gravità della malattia negli anziani e in altri sottogruppi di popolazione a rischio
		Sicurezza del vaccino	25	4	- Esperienze negative con dosi precedenti - Paura di reazioni a lungo termine (ad es. modifiche del genoma, cancro, fertilità, ecc.) - Timore di effetti collaterali - Preoccupazione per la composizione del vaccino (mRNA) - Sicurezza in gravidanza e allattamento	- Atteggiamento di fiducia nei confronti del vaccino
		Efficacia del vaccino	4	9	- Mancanza di protezione contro l'infezione	- Consapevolezza dell'efficacia del vaccino nella prevenzione delle forme gravi di COVID-19
	L'ESPERIENZA PERSONALE E LA FIDUCIA NEL SISTEMA SANITARIO E NEI MEDICI	Diffidenza/paura del vaccino a causa di:	7	-	- Sfiducia nel sistema sanitario - Sfiducia nella capacità dei M.M.G. di identificare una cospirazione	
		Soddisfazione per il sistema sanitario pubblico	-	4		- Fiducia e fiducia nelle raccomandazioni del medico - Fiducia nel sistema sanitario
	CONOSCENZA / CONSAPEVOLEZZA DEL PERCHÉ / DOVE / COSA / QUANDO I VACCINI SONO NECESSARI	Conoscenza - Vaccinazioni	2	2	- Mancanza di consapevolezza sulle fasi e sui requisiti necessari per avere un vaccino approvato commercialmente - Mancanza di competenze in materia di vaccini	- Genitori ben informati sulle vaccinazioni dei propri figli - Essere consapevoli dei benefici del vaccino
		Conoscenza - Stato generale di salute	2	-	- Basso livello di alfabetizzazione sanitaria	
	CREDENZE, ATTEGGIAMENTI E MOTIVAZIONI SULLA SALUTE E SULLA PREVENZIONE	Attitudine	4	2	- Inclinazione al rischio - Ideologicamente contrari alla medicina convenzionale	- Fiducia nella scienza e nel metodo scientifico
		Credenza	4	-	- Credenza nelle terapie complementari e alternative - Convinzione che i farmaci e la medicina convenzionale siano dannosi	
		Motivazione / Pratiche	1	-	- Uso di terapie alternative per prevenire/trattare la COVID-19	
	L'IMMUNIZZAZIONE È UNA NORMA SOCIALE VS.	Necessità di un vaccino	2	2	- Considerare il vaccino non necessario	- Essere consapevoli che il vaccino protegge la propria cerchia ristretta.

	<p>L'IMMUNIZZAZIONE NON È NECESSARIA/NOCIVA</p>					<ul style="list-style-type: none"> - Consapevolezza del meccanismo di immunità comunitaria e del motivo per cui è necessario porre fine alla crisi pandemica. - Attitudine a rispettare le raccomandazioni delle istituzioni
--	---	--	--	--	--	--

Sottotema 2.2 - Modifica dei determinanti di esitazione vaccinale nel tempo

I medici intervistati hanno riportato un cambiamento della percezione della vaccinazione durante l'evolversi delle diverse fasi pandemiche da parte dell'utenza.

Nelle fasi iniziali della pandemia, le evidenze scientifiche erano scarse, la malattia era poco conosciuta e, spesso, si presentava in forma grave. Dunque, la percezione del rischio di malattia era elevato e l'arrivo di un vaccino o di una cura efficace contro la malattia erano un forte desiderio da parte della popolazione. Questo spiega l'attitudine positiva osservata dai medici vaccinatori durante le prime fasi della campagna vaccinale.

Inoltre, l'entusiasmo iniziale mostrato dalla maggior parte della popolazione è stato ulteriormente alimentato dal fatto che, di pari passo con l'aumentare delle dosi somministrate, cresceva la copertura vaccinale della popolazione, e l'utenza iniziava ad osservare concretamente gli effetti benefici del vaccino e a constatarne la sicurezza, attraverso le esperienze di coloro che si stavano vaccinando. Questo evidenzia come nelle prime fasi della campagna vaccinale ci fosse stato da parte di una fascia di popolazione un atteggiamento egoistico di "attesa" per vedere gli effetti su chi, nel frattempo, si sottoponeva alla vaccinazione.

Nelle fasi successive, l'aumento della fiducia nel vaccino è stato ostacolato e probabilmente invertito a causa di varie ragioni.

La prima era legata alla segnalazione di alcuni casi di gravi effetti collaterali del vaccino amplificati e presentati in modo sensazionalistico dai mass media. La seconda è stata la presenza di diversi tipi di vaccini, con alcuni ritenuti più sicuri o più efficaci; questo ha generato una diffusa volontà di optare per quello preferito, anche se non era possibile scegliere tra i vaccini. Il terzo è legato alla minore percezione della gravità della malattia COVID-19 quando si è raggiunto un alto livello di copertura vaccinale nella popolazione. Il quarto è legato ai messaggi fuorvianti - sia da parte dei mass media che delle istituzioni - sul fatto che il vaccino potesse proteggere dal contrarre l'infezione, questi hanno portato a un aumento dell'esitazione vaccinale quando sono aumentate le infezioni nelle persone vaccinate. Infine, la stanchezza pandemica (*Pandemic fatigue*²) determinato dalla prolungata crisi di sanità pubblica ha condotto a una crescente demotivazione delle persone nel mettere in atto i comportamenti protettivi raccomandati per la tutela della salute dei singoli e delle comunità.

² Demotivazione a seguire i comportamenti preventivi raccomandati, che emerge gradualmente nel tempo e influenza da una serie di emozioni, esperienze e percezioni (16).

Nelle fasi più recenti della campagna di vaccinazione, con la quasi completa rimozione delle misure di contenimento e il ritorno alla vita sociale pre-COVID-19, la vaccinazione è stata percepita come sicura come le altre vaccinazioni di routine. Le citazioni più rilevanti per questo sotto-tema sono riassunte nella tabella 4.

Tabella 4. Citazioni illustrative per il tema 2 *“Fattori che influenzano la fiducia e l’esitazione alla vaccinazione”*

Tema 2. Fattori che influenzano la fiducia e l'esitazione alla vaccinazione	
2.1 - Determinanti dell'esitazione alla vaccinazione: fattori influenzanti individuali; influenze contestuali	
-	[Le principali paure] a lungo termine erano dovute al fatto che, dato che era un vaccino nuovo, era in sperimentazione, dicevano: "io sono ancora fertile, chissà se mi vaccino che figli farò", "le modificazioni del mio DNA", "chissà che cosa succederà tra trent'anni quando i miei figli saranno grandi". (Vaccinatore n. 14, USCA)
-	Si trattava di un vaccino nuovo, quindi le persone erano molto preoccupate (Vaccinatore n. 10, HUB)
-	Ricordo persone che mi hanno detto “eh ma ancora è sperimentale” (Vaccinatore n. 11, HUB)
-	Alcune persone si chiedevano “A che serve vaccinarsi tanto lo prendo uguale” (Vaccinatore n. 9, Hospital and HUB)
-	A mio parere, c'è stato un eccesso di informazioni che ha creato confusione nelle persone. Dal punto di vista istituzionale e normativo, non sono stati capaci di dare le poche regole chiare necessarie... anche dal punto di vista mediatico, i virologi nelle trasmissioni televisive che hanno detto di tutto e di più... per esempio, fino al giorno prima si diceva che la mascherina chirurgica era efficace e poi, il giorno dopo, non era più protettiva, molte persone hanno pensato "come è possibile che il 23 luglio la mascherina chirurgica va bene e il 24 non è più protettiva? ci deve essere qualcosa che non va"; e questo meccanismo suscita sospetti, soprattutto nelle persone con un livello di fiducia più basso. (Vaccinatore n. 17, M.M.G.)
-	Sono state lanciate continuamente novità addosso alle persone senza che potessero digerire una comunicazione di questo tipo. Forse un po' troppe voci volevano prendere parte a questa discussione e questo ha portato a dibattiti che hanno alimentato l'insicurezza nella testa delle persone, questo soprattutto si è visto sulla tematica vaccini. (Vaccinatore n. 1, HUB)
-	Poi ci sono quelli che magari venivano a fare la vaccinazione e mi dicevano “io però mi vaccino soltanto perché sono obbligato sennò non posso andare a lavorare”. (Vaccinatore n. 15, HUB)
-	All'inizio abbiamo avuto una grande aderenza [alla campagna vaccinale] e i primi utenti che abbiamo vaccinato volevano vaccinarsi, non avevano remore, percepivano molto il rischio del COVID-19 e quindi non avevano esitazione a vaccinarsi. (Vaccinatore n. 4, HUB)
-	La campagna vaccinale è stata ben organizzata: il tentativo di raggiungere il maggior numero possibile di persone aprendo gli Hub anche la sera, andando in giro, lasciando libertà di presentarsi senza prenotazione tutto questo ha permesso che funzionasse bene. (Vaccinatore n. 11, HUB)
2.2 - Modifica dei determinati di esitazione vaccinale nel tempo	

- [La fiducia] è cambiata nel tempo perché è cambiata in relazione alla percezione del rischio [di malattia]. Quando la percezione del rischio era alta la vaccinazione era vista come l'unica via di salvezza e quindi tutti facevano a gara per averla per primi, poi col passare del tempo e con l'abbassarsi nella percezione del rischio, il vaccino è quasi diventato una scocciatura. (Vaccinatore n. 2, HUB)
- Sicuramente la fiducia nel vaccino è cambiata nel tempo, dal momento in cui il vaccino viene somministrato a tante persone, a sempre più persone, ci si rende conto che questo vaccino non porta effetti collaterali e la cosa positiva è che impedisce che ci si ammali o ci si ammali in forme grave. (Vaccinatore n. 3, HUB)
- Le notizie sono state un po' amplificate dalla stampa, ad esempio, per quanto riguarda l'AstraZeneca e i suoi effetti collaterali, ogni caso negativo veniva subito riportato e questo giustamente creava un po' di preoccupazione. (Vaccinatore n. 8, HUB)
- Un signore che aveva fatto due Pfizer, quando per la terza dose avevamo solo il Moderna si era fissato che voleva fare il Pfizer perché aveva paura che con il Moderna gli succedesse chissà che cosa. (Vaccinatore n. 5, HUB)
- Alcuni degli esitanti erano dubbiosi e si chiedevano "A che serve vaccinarsi se tanto lo prendo uguale [il COVID-19]?". Le persone non sono state ben informate sulla differenza (di prevenzione di contagio della malattia e di prevenzione degli effetti gravi) e del perché ci si vaccina. Durante l'ondata omicron si è visto che (il vaccino) non impedisce il contagio del virus da persona a persona, però riduce di molto la malattia grave; questo è il principale motivo per vaccinarsi. (Vaccinatore n. 9, Hospital and HUB)

Tema 3 - Informazione e comunicazione sanitaria

Sottotema 3.1 – Conoscenza del vaccino COVID-19 e comportamenti di ricerca di informazioni

Le interviste hanno evidenziato che gli utenti hanno generalmente utilizzato canali di comunicazione orizzontali (cioè mass-media, social media, amici e parenti) e pochissimi hanno utilizzato canali di comunicazione verticali e ufficiali (cioè le istituzioni responsabili) per documentarsi sulla vaccinazione. In questo contesto, la principale fonte di informazione per gli anziani sono stati i mass-media, i medici di base e i parenti, mentre Internet e i social media sono stati utilizzati principalmente dai gruppi di popolazione giovani e di mezza età. Una percezione comune da parte dei medici intervistati è stata che l'utilizzo dei social media abbia contribuito alla diffusione delle fake-news e che le vittime principali di queste notizie siano in misura maggiore le persone di mezza età (45-60 anni); secondo alcuni dei medici intervistati questa categoria ha fatto più difficoltà, rispetto ai più giovani, nella distinzione delle informazioni vere da quelle false. Interessante notare come i canali ufficiali - istituzionali e sanitari - non sono emersi tra le fonti prioritarie scelte da parte degli utenti, anzi, solo raramente il medico vaccinatore ha percepito che l'utente cercasse le informazioni attraverso questi canali.

Alcuni medici hanno osservato che l'utente per informarsi riguardo ai vaccini spesso selezionava le fonti cercando quelle che confermassero le proprie idee e convinzioni di base ed evitando quelle che le avrebbero potute confutare. Questa modalità di documentarsi - in letteratura spesso denominata "*cherry picking*" - spesso attuata inconsciamente, secondo i medici vaccinatori ha causato un importante bias (definito in psicologia bias di conferma o *confirmation bias*³) nel selezionare le informazioni corrette, dal momento che le persone che la attuano, selezionano le fonti che confermano le proprie idee e convinzioni anche se errate e evitano quelle che potrebbero confutare o sminuire la loro convinzione. Alcuni dei medici intervistati hanno notato che sebbene questo fenomeno accomunasse gran parte dell'utenza, era più forte e frequente in chi mostrava idee contrarie o distorte riguardo la vaccinazione. Infine, i vaccinatori del servizio HUB hanno evidenziato che l'adesione alla campagna di vaccinazione avrebbe potuto beneficiare di un contributo più proattivo in termini di advocacy vaccinale da parte dei medici di base, soprattutto nelle persone di età inferiore ai 60 anni. In particolare, è stato riferito che la campagna di vaccinazione di massa avrebbe tratto vantaggio - sia in termini di fiducia degli utenti nei confronti del vaccino che di tempo dedicato alla consultazione - se questi utenti fossero stati precedentemente informati dalla

³ Processo mentale che consiste nel selezionare le informazioni possedute in modo da porre maggiore attenzione, e quindi maggiore credibilità, su quelle che confermano le proprie convinzioni e, viceversa, ignorare o sminuire quelle che le contraddicono.

fonte di informazione sanitaria più vicina e fidata, cioè il medico di base. Le citazioni più rilevanti per questo sottotema sono riassunte nella tabella 5.

Sottotema 3.2 - L'impatto della comunicazione istituzionale e mediatica sulla percezione del vaccino da parte degli utenti e le relative conseguenze sui vaccinatori

Una percezione comune emersa tra i medici intervistati era che gli utenti fossero stati esposti ad un'enorme quantità di informazioni sul vaccino COVID-19 e che l'argomento vaccino fosse diventato di dominio pubblico; dalle interviste emerge infatti come tale argomento non fosse più di competenza solo del personale medico/sanitario. Molti utenti ritenevano di "dover avere una propria idea" legata al vaccino, senza curarsi poi se questa avesse effettivamente basi scientifiche. Gran parte dell'utenza è stata fortemente influenzata da questa quantità non filtrata di informazioni e disinformazione proveniente dai social- e mass-media; questo ha alimentato l'incertezza, il senso generale di impotenza e, di conseguenza, ha generato un terreno fertile per l'esitazione nei confronti del vaccino e le teorie cospirative.

Inoltre, i vaccinatori hanno segnalato una mancanza di indicazioni chiare da parte delle istituzioni; gli utenti sono stati confusi dall'incoerenza e dalla rapida evoluzione delle direttive istituzionali sulla pandemia e sulla campagna vaccinale. Questo, insieme all'infodemia, ha aumentato la diffidenza, l'esitazione vaccinale e minato la credibilità, non solo delle istituzioni, ma anche dei vaccinatori stessi, che si sono sentiti abbandonati nel compito di informare gli utenti.

I vaccinatori hanno notato che una comunicazione più coerente, trasparente e coordinata da parte delle istituzioni pubbliche coinvolte sarebbe stata fondamentale per rafforzare la fiducia della popolazione e ridurre le possibilità di diffusione di *fake news* e disinformazione, e che questo in definitiva avrebbe facilitato notevolmente il loro lavoro.

Per quanto riguarda le campagne di comunicazione istituzionali relative alla promozione della vaccinazione, nessuno dei medici ha ritenuto che queste abbiano avuto una grande influenza sugli utenti, né in senso negativo né positivo. Secondo molti di loro sono state scelte modalità non efficaci per comunicare con la popolazione, in particolare, tra i principali limiti delle campagne di comunicazione istituzionali è stato individuato la loro genericità e aspecificità essendo indistintamente rivolte a tutta la popolazione; un'unica strategia comunicativa rivolta a tutta la popolazione è stata giudicata inefficace nel riuscire a stabilire un coinvolgimento della popolazione, anzi sembra aver lasciato negli utenti un senso di vaghezza. Le citazioni più rilevanti per questo sottotema sono riassunte nelle tabelle 5.

Tabella 5. Citazioni illustrative per il tema 3 *“Informazione e comunicazione sanitaria”*

Tema 3. Informazione e comunicazione sanitaria	
3.1 - Conoscenza del vaccino COVID-19 e comportamenti di ricerca di informazioni	
-	[Le principali fonti di informazione erano:] social e televisione. (Vaccinatore n. 8, HUB)
-	La televisione è il mezzo che, secondo me, arriva di più perché ovviamente se ne parla tutti i giorni, in qualsiasi orario e arriva a tutti anche a chi non ha Internet. [Dopo la televisione] A seguire: Internet, giornali, radio e in fondo il contatto diretto col medico di famiglia. (Vaccinatore n. 2, HUB)
-	Sicuramente si informano da fonti non ufficiali. (Vaccinatore n. 1, HUB)
-	Qualcuno [si è informato] su Internet qualcuno alla televisione, persone anziane (che sono molte) e gli stranieri penso trovino informazioni attraverso gli amici. (Vaccinatore n. 5, HUB)
-	[Le persone si informano attraverso] drammaticamente solo Google e qualche anziano la televisione. Il giovane, ma anche il meno giovane, non può fare a meno di andare a cercare su Google qualsiasi cosa, con Google intendo Internet in generale, anche i social media. Governo e istituzioni dovrebbero spingere sempre di più sull'instaurare un rapporto attraverso i social-media. (Vaccinatore n. 12, USCA)
-	[Le persone] sono informate però la maggior parte sono informate male e molto superficialmente perché alla fine le persone vanno a cercare quello che gli interessa e vanno a cercare le risposte che si vogliono sentir dire proprio. (Vaccinatore n. 15, HUB)
-	I “no-vax” prendono le informazioni su Internet andando a cercare le cose che gli piace leggere, perché a ognuno di noi piace leggere le cose che pensa. (Vaccinatore n. 6, HUB)
-	I “no-vax” sono iper-informati da fonti che sono selezionate da loro (e lo sanno benissimo che non sono affidabili); [gli utenti ideologicamente contrari al vaccino] parlano la loro lingua, suonano le loro campane e a loro piace quel suono lì, non vogliono sentirne un altro. (Vaccinatore n. 12, USCA)
-	L'elemento più debole è stato quello di un'integrazione inefficiente con la medicina dei medici di famiglia e i servizi territoriali [...]. Il medico di famiglia dovrebbe rappresentare la capillarità del sistema sanitario per raggiungere le singole persone con una faccia amica. Nella comunicazione è importante che la persona percepisca il valore di chi ha di fronte e questo non può essere fatto da una pubblicità. (Vaccinatore n. 1, HUB)
3.2 - L'impatto della comunicazione istituzionale e mediatica sulla percezione del vaccino da parte degli utenti e le relative conseguenze sui vaccinatori	
-	C'erano diversi gruppi sia di Telegram che Facebook dove diffondevano notizie non veritiere. La fascia di età più a rischio è quella sui cinquant'anni, non capiscono quando una fonte è attendibile oppure no e prendono per buono tutte le informazioni che trovavano. Questi sono coloro che credono nella teoria del complotto. (Vaccinatore n. 9, Hospital and HUB)
-	Abbiamo assistito a una quantità enormemente più ampia di informazioni, si parla di infodemia. Le persone si sono ubriacate di informazioni e spesso non corrette o non correttamente recepite. Quindi ne hanno ricevute molte di più e ne hanno drasticamente ridotto la qualità. (Vaccinatori n. 1, HUB)
-	Me lo dicono proprio i pazienti "non si sa più a cosa credere", c'è un'eccessiva informazione, sia buona che cattiva, ovviamente quella cattiva è più problematica, ma anche quella buona è eccessiva; tante persone mi hanno detto: "Basta, non ascolto più la televisione perché mi fa solo venire ansia e

non si capisce cosa bisogna fare", sicuramente questo tipo di comunicazione ha messo in crisi tante persone. (Vaccinatore n. 19, M.M.G.)

- Nel cuore della campagna vaccinale si parlava esclusivamente del vaccino, tutti dovevano avere un'opinione e dovevano parlare di questo [...] tutti più o meno avevano un'idea, poi se questa idea fosse basata su informazioni corrette o meno è un altro discorso." (Vaccinatore n. 10, HUB)
- La comunicazione istituzionale altalenante ovviamente genera confusione nell'utente, oltre che in chi si deve rapportare e deve spiegare le ragioni del cambiamento delle indicazioni ogni 24 ore. L'utente pensa "allora siete matti" (Vaccinatore n. 11, HUB).
- Il problema era proprio la comunicazione che veniva dall'alto, tornando su AstraZeneca, se prima mi dici che si può fare e poi mi dici che non si può fare, la gente non capisce il processo scientifico [alla base di questi cambi di direttive]. Non ha fatto capire alla gente perché era necessario fare retromarcia su alcune decisioni prese. (Vaccinatore n. 2, HUB)
- Quando la sensibilizzazione è fatta non su target specifico, ma su tutta la popolazione è difficile riuscire a entrare nei modi di comunicare di tutte le fasce di età. (Vaccinatore n. 1, HUB)

Tema 4 - Principi e strategie per affrontare l'esitazione e il rifiuto del vaccino

Tutti i vaccinatori hanno riferito di essersi sentiti un punto di riferimento per l'utenza e di essere stati influenti nel processo decisionale. Dalle interviste è emerso come il medico vaccinatore sia stato percepito spesso come figura vicina all'utenza in cui poter riporre fiducia e trovare orientamento nel mezzo dell'infodemia che ha fomentato un clima di incertezza e sfiducia nei confronti del mondo scientifico e delle istituzioni. Dalle interviste è possibile identificare diversi principi chiave e strategie di comunicazione che sono stati reputati efficaci per affrontare l'esitanza vaccinale e arrivare ad una decisione vaccinale informata e consapevole. Questi possono essere ricondotti alle seguenti aree:

- **Empatia:** dalle interviste è emersa l'importanza di un ascolto attivo e non giudicante, di far sentire l'utente compreso e di chiedere agli utenti un feedback sulle informazioni fornite durante il corso della consultazione. Inoltre, mettersi sullo stesso livello dell'utente è stata considerata una strategia utile da diversi vaccinatori, alcuni dei quali hanno affermato che condividere la propria esperienza e le preoccupazioni iniziali sul vaccino ha rassicurato gli utenti esitanti. Questo infatti ha permesso di far vedere all'utenza che anche i medici hanno avuto le loro stesse preoccupazioni ma che si sono fidati della vaccinazione sin dalle prime fasi della campagna vaccinale. Infine, un'altra strategia segnalata per rassicurare gli utenti esitanti è stata quella di coinvolgere i loro medici di fiducia, in modo da farli sentire veramente ascoltati e compresi.
- **Trasparenza:** la trasparenza e l'onestà sulle evidenze scientifiche sono state ritenute essenziali per stabilire un rapporto di fiducia con gli utenti. Sempre in questo ambito è stata sottolineata l'importanza di ammettere chiaramente l'incertezza delle prove quando queste

non erano sufficientemente solide. Questa situazione si è verificata, ad esempio, nel caso della vaccinazione delle donne in gravidanza all'inizio della campagna di vaccinazione.

- Evidenziare l'equilibrio tra rischi e benefici: i vaccinatori hanno trovato utile sottolineare l'alto livello di efficacia e sicurezza del vaccino da un lato, mentre dall'altro hanno evidenziato il rischio di contrarre la COVID-19. L'uso di esempi di vita quotidiana, come sottolineare che il vaccino COVID-19 presenta rischi simili o inferiori a quelli di altri farmaci comunemente usati, è stato utile per superare la paura e l'esitazione. Poiché uno dei timori più comuni era l'incognita degli effetti a lungo termine del vaccino, si è rivelato utile sottolineare che anche la COVID-19 può avere effetti a lungo termine, e come alcuni di questi – come il long COVID - sono già rischi reali e concreti. Infine, evidenziare aspetti specifici in termini di rischi clinici personali o familiari ha contribuito a far capire agli utenti che la vaccinazione è particolarmente utile per il loro caso specifico.

- Adottare un approccio personalizzato: un approccio centrato sull'utente è stato spesso menzionato nel trattare l'esitazione vaccinale, questo ha richiesto di esplorare le ragioni dell'esitazione senza essere giudicanti e di comprendere le convinzioni e l'atteggiamento dell'utente nei confronti della salute e dei vaccini così da adattare lo stile di comunicazione durante il colloquio. In particolare, nei casi in cui l'utenza mostrava convinzioni e valori in linea con le raccomandazioni sui vaccini, la comunicazione di dati ed evidenze scientifiche è risultata efficace e persuasiva; mentre non lo era in caso di convinzioni contrastanti con il pensiero scientifico. In tali casi un approccio più narrativo, basato su storie e esperienze con contenuto emotivo sono risultate più efficaci.

In generale, i medici hanno osservato che far leva sulla sensibilità degli utenti relativamente alla responsabilità collettiva non risultava efficace; la maggior parte dell'utenza, infatti, è stata percepita avere un atteggiamento nella scelta vaccinale centrato su di sé. Per tale ragione la maggioranza degli intervistati ha sottolineato come sia stato più vantaggioso incentrare la conversazione sui benefici relativi al singolo, piuttosto che sui vantaggi che la vaccinazione si prefissa di raggiungere a livello collettivo. Solo pochi medici intervistati hanno ritenuto utile spiegare agli utenti che sottoporsi alla vaccinazione non si limitava ad essere una scelta individuale, ma piuttosto si trattava di una responsabilità collettiva per il raggiungimento dell'immunità di gregge, obiettivo necessario per limitare la diffusione del virus e proteggere anche coloro che non potevano sottoporsi alla vaccinazione.

Durante la consultazione vaccinale, non è stato reputato necessario l'ausilio di materiale informativo a supporto; la maggior parte dei medici ha affermato che l'utenza ricercava l'opinione e il parere personale del medico, per sciogliere i propri dubbi e le preoccupazioni. Solo una piccola percentuale dell'utenza richiedeva ulteriori informazioni o materiale di approfondimento. Per tale ragione, nessuno dei medici intervistati ha attuato una strategia che prevedesse la condivisione attiva di materiale informativo a supporto della comunicazione durante il colloquio vaccinale; solo a seguito di una richiesta da parte

degli utenti è stato fornito materiale informativo aggiuntivo. Molti si sono espressi dicendo che tale materiale ha un ruolo solo marginale e solo pochi hanno ritenuto utili anche vie comunicative alternative al dialogo o a supporto del dialogo: disegni grafici, siti web, la consegna all'utente delle note presenti nel sito dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), la lettura insieme all'utente della scheda tecnica del vaccino.

Se con l'utenza esitante alla vaccinazione le strategie comunicative precedentemente descritte si sono rivelate efficaci nella maggior parte dei casi, lo stesso non è avvenuto con le persone ideologicamente contrarie al vaccino. Dalle esperienze riportate dai medici vaccinatori durante le interviste, infatti, le maggiori difficoltà comunicative sono state riscontrate durante i colloqui con questa categoria di persone.

Attraverso le diverse esperienze dei medici intervistati (medici vaccinatori in Hub e medici di medicina generale) è possibile distinguere due diverse occasioni in cui è avvenuta la consultazione con gli utenti ideologicamente contrari alla vaccinazione: il caso in cui sono stati chiamati attivamente dal medico a ricevere la vaccinazione e il caso in cui si sono presentati spontaneamente all'HUB vaccinale (di solito solo per protestare). In entrambi i casi tale utenza non era aperta alla discussione e non si discostava quasi mai dalle proprie convinzioni. Il colloquio con questi utenti è stato spesso descritto come carico di tensione, talvolta con franchi atteggiamenti di provocazione o di protesta nei confronti dei vaccinatori. Dalle interviste non è emersa nessuna strategia comunicativa efficace per gestire questo tipo di utenza e arrivare ad una decisione vaccinale consapevole. Dati gli alti livelli di tensione coinvolti nelle conversazioni con questa tipologia di utenti, le uniche raccomandazioni emerse sono state quelle di fornire raccomandazioni chiare e concise e di evitare ogni forma di dibattito o di messa in discussione delle loro convinzioni - per quanto assurde potessero sembrare, cercando di lasciare la porta aperta per future occasioni di colloquio. Questo è stato ritenuto essenziale come primo approccio per costruire la fiducia con questa tipologia di utenza e in alcuni casi ha aiutato a creare ulteriori opportunità per discutere la vaccinazione in modo più aperto.

Infine, è interessante notare come, nel caso dei medici generici, le opinioni divergenti e i contrasti sul tema della vaccinazione con gli utenti ideologicamente opposti, non abbiano ostacolato il rapporto di fiducia medico-paziente in altri ambiti sanitari. Spesso l'utenza riteneva che il medico fosse in buona fede a proporre il vaccino e che fosse anche lui vittima di una ampia cospirazione da parte delle istituzioni/delle aziende farmaceutiche.

Le citazioni più rilevanti per questo tema sono riassunte nella tabella 6.

Tabella 6. Citazioni illustrative per il tema 4 *“Principi e strategie per affrontare l’esitazione e il rifiuto del vaccino”*

Tema 4 - Principi e strategie per affrontare l'esitazione e il rifiuto del vaccino	
-	[Ho gestito l'esitazione dell'utente] sempre con lo stesso metodo, cioè col con il dialogo e cercando di instaurare nel più breve tempo possibile un rapporto di fiducia che potesse fare sentire le persone al sicuro. (Vaccinatore n. 2, HUB)
-	Ho cercato di entrare in empatia con la loro paura, comunicando che io stesso avevo avuto paura e avevo riscontrato resistenze, per far capire loro che la paura è una reazione umana, non è da criticare, ma da accettare e da lasciarsi attraversare dalla paura. Quindi ho usato questo genere di strategie prevalentemente: rapporto diretto mettendosi sullo stesso piano, fornire loro informazioni se avevano dei dubbi. (Vaccinatore n. 1, HUB)
-	Dicevo alle persone: “io mi sono vaccinato a gennaio, sono stato tra i primi a vaccinarsi, potevo avere sicuramente delle paure o dei timori, come ogni volta che si va incontro a qualcosa di nuovo, però ci sono dati solidi, ci sono delle pratiche che danno una certa affidabilità e sicurezza. Nonostante una certa paura che c'è a vaccinarsi però sicuramente ho un timore maggiore a prendermi la malattia”. In effetti questa era una cosa sulla quale convenivano tutti. (Vaccinatore n. 3, HUB)
-	Cercavo di capire quali erano i loro dubbi principali e cercavo di essere più chiara, chiedendo ovviamente anche un loro feedback; cioè nel momento in cui io spiegavo qualcosa, cercare di capire anche se avessero capito. Utilizzavo esempi molto semplici per spiegare come era costruito il virus e com'era costruito il vaccino, cercando di semplificare al massimo questi concetti. Alla fine, avere un feedback degli effetti di quello che avevo spiegato era importante. (Vaccinatore n. 10, HUB).
-	Io credo che la prima strategia comunicativa da mettere in campo con queste persone sia fargli capire come stanno le cose dal punto di vista dell'evidenza scientifica che è una narrazione di cui si sente tanto parlare, che non è manipolata, ma è l'unica vera narrazione, non c'è un piano malefico. Alcune persone pensano che ci sia un complotto dietro a queste cose e quindi l'atteggiamento comunicativo è quello di fargli capire che per me le cose sono alla luce del sole, le informazioni sono alla portata di tutti, non c'è niente di nascosto. (Vaccinatore n. 4, HUB)
-	Comunicavo con molta onestà, nel senso che dicevo loro che effettivamente non avevamo certezze e quindi io non potevo dare certezze. Comunicavo con onestà rispetto alla situazione. (Vaccinatore n.21, M.M.G.)
-	Il discorso che faccio sempre è di mettere sul piatto della bilancia i rischi e i benefici, cioè loro si erano sempre preoccupati delle conseguenze a lungo termine del vaccino, ed io gli spiegavo che non c'erano evidenze scientifiche per temere conseguenze a lungo termine sul vaccino, mentre invece erano da temere le conseguenze a lungo termine da parte del virus. (Vaccinatore n. 2, HUB)
-	[Mi concentravo su:] benefici della vaccinazione rispetto a quelli che potevano essere effettivamente gli effetti avversi (come la febbre); quanto importante fosse la vaccinazione per non prendere il covid in forma grave; far capire all'utente che il COVID-19 avrebbe portato a qualcosa di peggiore. Inoltre, per me la cosa importante è che loro capissero che non è che se fai il vaccino non prendi il covid, però se fai il vaccino non rischi una serie di cose a cui ti potrebbe portare il COVID-19. Gli argomenti principali per me erano: far capire che non era un vaccino direttamente contro la malattia e quali erano veramente i benefici della vaccinazione a discapito di quelli che potevano essere i più comuni effetti collaterali. (Vaccinatore n. 15, HUB)
-	Al paziente si cerca di far capire che è sempre un bilancio tra il beneficio atteso di protezione da una patologia che può avere determinate conseguenze anche a lungo termine, stressando un po' che anche la stessa infezione non la conosciamo, molto più che magari il vaccino stesso. La perplessità è sempre stata relativamente a quali sono le conseguenze a lungo termine del vaccino, ma anche sul COVID-19 ancora non lo sappiamo fino in fondo quali sono le conseguenze a lungo termine. (Vaccinatore n. 11, HUB)

- Una cosa che funziona nel convincere una persona a procedere [alla vaccinazione] è far vedere che c'è una discussione tra più professionisti insieme... Ci sono state persone che avevano problemi di ipersensibilità, allergie particolari o altro, quindi gli si dava la tranquillità su questo, e si diceva che avevamo vaccinato altre persone [con la loro stessa condizione] oppure facevamo una chiamata all'allergologo di riferimento per farli tranquillizzare; ci sono state delle volte in cui ho parlato con i loro medici per dargli la tranquillità di aver avuto uno scambio. (Vaccinatore n. 1, HUB)
- Ad alcuni ho fatto leggere il foglietto illustrativo dell'aspirina paragonandolo al foglietto illustrativo del Pfizer. (Vaccinatore n. 6, HUB)
- È stato utile anche il paragone con altri farmaci ritenuti innocui, spiegando che se li avevano assunti in passato erano stati esposti a rischi uguali a quelli di un vaccino. (Vaccinatore n. 21, M.M.G.)
- Con gli esitanti erano colloqui abbastanza impegnativi, valutavo il loro rischio sociale, di interazione sociale, facendo presente quale poteva essere il loro rischio oppure il loro rischio clinico; ad esempio, ad una coppia esitante, in cui uno dei due aveva maggiore indicazione a farlo, era importante fargli capire che era una decisione ponderata per loro stessi, non una direttiva che arrivava così gelida dall'alto, quindi dicevo loro: "guardi, sua moglie non lavora, fa la casalinga, non esce mai di casa, potrebbe per il momento aspettare, ma lei che è cardiopatico, diabetico, fa il bidello in una scuola, assolutamente non può aspettare!", quindi cercavo di fargli capire anche la personalizzazione ecco, personalizzavo veramente tanto l'approccio. (Vaccinatore n. 19, M.M.G. and USCA)
- Secondo me le persone non sono molto sensibili riguardo alla salute collettiva, ma guardano principalmente il singolo, non gliene importa niente se la vaccinazione riduce la trasmissione del virus, a loro importa stare bene e basta. L'utente medio che viene a vaccinarsi è molto egoista da questo punto di vista. (Vaccinatore n. 9, Hospital and HUB)
- Nell'HUB il mezzo più importante è il dialogo faccia a faccia [..], devono percepire di parlare con una persona affidabile che gli dia sicurezza. (Vaccinatore n. 2, HUB)
- [Con coloro ideologicamente contrari al vaccino] non ci sono approcci efficaci, è come giocare a scacchi con un piccione, non gli importa niente, puoi dirgli qualunque cosa e non cambieranno opinione. È fiato sprecato. Per le persone che arrivati a questo punto non hanno ancora fatto il vaccino non c'è niente che le possa convincere. (Vaccinatore n. 9, Hospital and HUB)
- [Con gli utenti ideologicamente contrari al vaccino] ci ho provato come ci ho provato con gli altri, cioè cercando di venire incontro, di spiegare le cose, ma per loro la terra è piatta. (Vaccinatore n. 2, HUB)
- Erano convinti che su questa particolare questione [il vaccino] noi [medici] fossimo stati ingannati... nel senso che anche noi eravamo stati ingannati e quindi stavamo facendo le cose in buona fede. Secondo una di queste teorie, anch'io ero stato manipolato, quindi non erano arrabbiati con me. (Vaccinatore n. 18, M.M.G.)
- Secondo la mia esperienza non ci sono approcci comunicativi adeguati con i "no vax" perché "i no vax" che si sono presentati in hub si sono presentati per provocare e basta. C'è stato un periodo in cui si presentavano con il modulo da far firmare (con nessuna valenza legale o base scientifica) al medico perché erano convinti di essere coinvolti in una sperimentazione. Venivano appositamente per provocare, senza un'apertura al confronto, ci hanno minacciati però poi sono sempre andati via senza vaccinarsi. (Vaccinatore n. 11, HUB)

3. Discussioni dei risultati e conclusioni

Attraverso le esperienze dei vaccinatori, questo studio si proponeva di caratterizzare la percezione del pubblico nei confronti della vaccinazione anti-COVID-19 nelle differenti fasi pandemiche e di individuare i fattori che influenzano la fiducia nel vaccino. Inoltre, lo studio aveva l'obiettivo di identificare i principi e le strategie di comunicazione utili ad affrontare l'esitazione vaccinale e il rifiuto vaccinale e ad arrivare ad una scelta vaccinale consapevole.

I diversi profili di atteggiamento degli utenti nei confronti della vaccinazione COVID-19 emersi durante le interviste riflettono il modello di continuum dell'esitazione vaccinale descritto per le vaccinazioni di routine [13], con alcune specificità relative al caso specifico del vaccino COVID-19 riassunte in figura 1. Il rapido sviluppo del vaccino e la nuova tecnologia vaccinale sono probabilmente le principali ragioni alla base dell'esitazione vaccinale e dell'atteggiamento attendista osservato in alcuni utenti, mentre le severe restrizioni lavorative e sociali previste per i non vaccinati hanno costretto alcuni degli utenti più riluttanti a mettere da parte le proprie convinzioni e a vaccinarsi. Inoltre, la campagna di vaccinazione di massa e l'alta copertura mediatica hanno probabilmente spinto da un lato un maggior numero di persone a vaccinarsi, mentre dall'altro hanno aumentato l'esitazione di alcuni utenti a causa dell'infodemia.

È interessante notare come tutti i vaccinatori abbiano descritto un andamento simile della fiducia nel vaccino nel corso della campagna di vaccinazione (rappresentato nella figura 2); la fiducia nel vaccino è stata descritta come alta all'inizio della campagna vaccinale e in aumento durante le sue prime fasi - in questo contesto va tenuto conto che l'Italia è stata uno dei primi Paesi occidentali ad essere duramente colpito dalla diffusione della pandemia [21,23,24]; poi questa tendenza nella fiducia vaccinale si è arrestata e invertita per diverse ragioni, alcune intrinsecamente legate all'avanzamento della campagna vaccinale (la comparsa dei primi eventi avversi da vaccino e la ridotta percezione della gravità della malattia dovuta all'alto livello di copertura vaccinale) e altri fattori contestuali (ad es. la disinformazione e Pandemic fatigue) [25]. Con la conclusione dello stato di emergenza e il ritiro di tutte le misure di restrizione sociale, il vaccino COVID-19 è stato gradualmente percepito alla popolazione come una vaccinazione di routine in termini di sicurezza. Questo andamento della fiducia vaccinale nel corso della campagna vaccinale è di particolare interesse in quanto sottolinea elementi chiave che dovrebbero essere tenuti in considerazione nella gestione della comunicazione sanitaria in caso di future pandemie o crisi sanitarie ad elevato impatto mediatico.

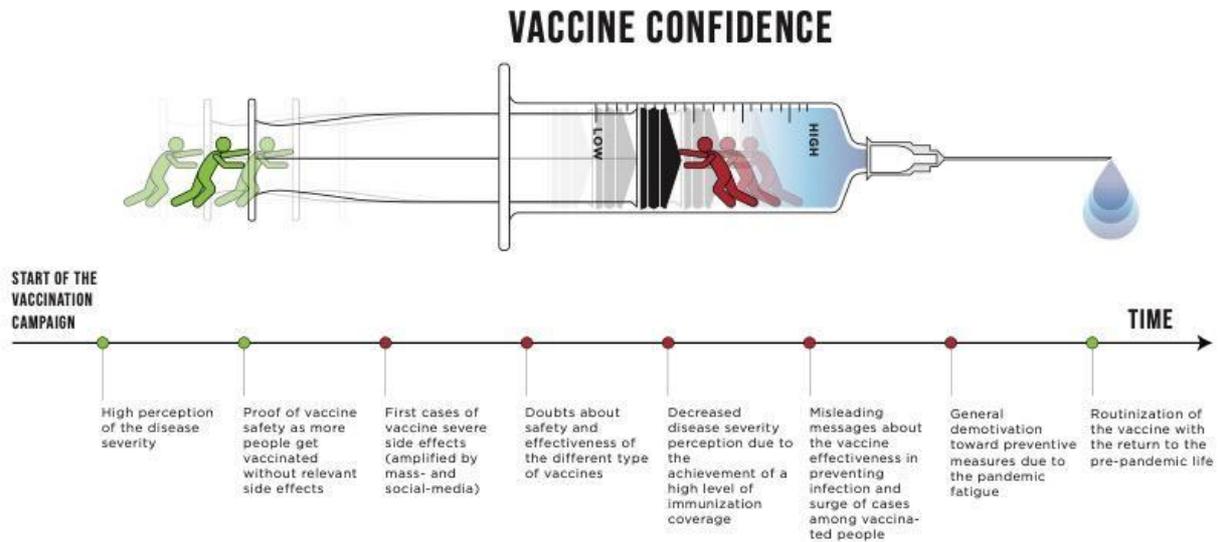


Figura 2. Evoluzione della fiducia nel vaccino nel corso della campagna di vaccinazione COVID-19.

Per quanto riguarda i determinanti di esitazione vaccinale, le preoccupazioni sulla sicurezza del vaccino e il timore di conseguenze sconosciute a lungo termine per la salute sono stati tra i principali fattori osservati alla base dell'esitazione vaccinale per il vaccino COVID-19. Questi fattori erano sostanzialmente legati al rapido sviluppo del vaccino e alla novità della tecnologia m-RNA, in quanto la convinzione principale era che il vaccino non fosse stato sufficientemente testato. Questi risultati sono in linea con altri studi condotti in Paesi e contesti diversi [26-30].

I risultati dello studio hanno anche mostrato che queste preoccupazioni e convinzioni sono state fortemente esacerbate dalla mancanza di indicazioni e comunicazioni chiare da parte del governo e delle istituzioni sanitarie competenti e dall'infodemia. In effetti, l'esperienza dei vaccinatori ha evidenziato che la pandemia COVID-19 aveva le caratteristiche - come la novità della malattia, la rapida evoluzione della situazione epidemica, la necessità di un costante adattamento delle politiche e delle misure di salute pubblica - per creare un terreno fertile per la diffusione di un eccesso di informazione, disinformazione e *fake news* nel quale gli utenti non sono stati in grado di orientarsi. La disinformazione ha creato timori, un senso di impotenza e di sfiducia nei confronti delle istituzioni e della scienza, fomentando l'esitazione vaccinale in molte persone [31-33]. Sebbene l'impatto delle fake news sulle campagne di vaccinazione sia stato ampiamente osservato nel contesto di altri vaccini [34,35], durante la pandemia la loro diffusione è stata virale e ha viaggiato a una velocità senza precedenti, soprattutto sui social media [36]. In questo contesto, una comunicazione sul vaccino più coerente, coordinata e puntuale da parte delle istituzioni pubbliche coinvolte sarebbe stata fondamentale per contrastare la disinformazione e rafforzare la fiducia della

popolazione. Infatti, numerose sono le evidenze che mostrano come in contesti di emergenziali il sentirsi ben informati sia essenziale per instaurare un rapporto di fiducia tra le istituzioni pubbliche e la popolazione [37-40].

In un contesto di dubbio e di maggiore sfiducia nei confronti delle Istituzioni e del mondo scientifico in generale, lo studio ha mostrato come la figura del medico vaccinatore sia stata un punto di riferimento e una fonte di informazioni fidata per la popolazione. Questo dato conferma che gli operatori sanitari di prima linea, in quanto figure più prossime alla popolazione, possano giocare un ruolo importante nel guidare gli utenti esitanti e nell'aumentare l'accettazione del vaccino [8-11]. Nella letteratura internazionale è sempre di più riconosciuto il ruolo fondamentale che possono giocare gli operatori di prima linea nella diffusione di informazioni e nell'instaurare la fiducia tra la popolazione e le istituzioni sanitarie. Gli operatori sanitari di prima linea, grazie alla loro vicinanza alla comunità e alla fiducia che questa riserva loro, sono in una posizione unica per svolgere un ruolo chiave per veicolare informazioni corrette ed accurate e promuovere la vaccinazione nelle persone adulte e anziane. Per tali motivi occorre sempre di più investire sul ruolo che queste figure possono avere in termini di "ambasciatori" delle vaccinazioni nella comunità attraverso specifici corsi di formazione nell'ambito della comunicazione sanitaria e delle attività di advocacy e sensibilizzazione.

Dal nostro studio emergono alcune chiare raccomandazioni utili alla gestione dell'esitazione vaccinale durante il colloquio vaccinale. In particolare, l'empatia, la presentazione di esempi personali e di prima mano, l'esplorazione e la legittimazione delle paure dei pazienti (piuttosto che il loro rifiuto) e la garanzia di una comunicazione trasparente sembrano essere efficaci per creare fiducia e superare l'esitazione nei confronti del vaccino. Inoltre, un approccio personalizzato e uno stile di comunicazione calibrato sulle attitudini e sulle convinzioni dell'utente sembrano essere efficaci ad arrivare a una decisione vaccinale informata e consapevole. Questi aspetti sono particolarmente importanti perché la percezione del rischio - sia della malattia che del vaccino - e l'esitazione nei confronti del vaccino sono fenomeni sfaccettati, influenzati da esperienze personali e da contesti socio-culturali ed economici [41-43].

È interessante notare che i nostri risultati caratterizzano chiaramente un sottogruppo di utenti che si oppongono ideologicamente al vaccino; in linea con altri studi, i nostri risultati hanno mostrato che questi utenti mostrano un rifiuto a priori dei vaccini, un alto livello di sfiducia nella medicina convenzionale, nel sistema sanitario e nelle istituzioni in generale, e una tendenza a credere nelle teorie del complotto [44,45]. In questo gruppo di utenti, i nostri risultati indicano come non ci sia spazio per discutere della vaccinazione, per condividere le conoscenze sul vaccino e per sviluppare una partecipazione decisionale informata. Con questo tipo di utenti pertanto le opzioni durante il colloquio sono limitate e risulta quindi utile creare ulteriori occasioni di discussione sulla vaccinazione evitando discussioni,

fornendo raccomandazioni brevi e chiare e rendendosi disponibili per ulteriori consultazioni. Questo può in definitiva aiutare a stabilire le basi di un rapporto di fiducia sul quale poi iniziare a discutere più apertamente la scelta vaccinale.

In conclusione il nostro studio ha esplorato il punto di vista privilegiato dei vaccinatori sulla campagna di vaccinazione contro il COVID-19. I risultati hanno evidenziato aspetti e tendenze della fiducia nel vaccino anti-COVID-19 da parte degli utenti che potrebbero ripresentarsi in casi di future pandemie o di rapidi sviluppi di nuovi vaccini, specialmente nel contesto delle campagne di vaccinazione di massa e di alta attenzione pubblica e mediatica. Nell'ambito collettivo e di popolazione, i nostri risultati mostrano come sia necessaria una comunicazione istituzionale sul vaccino che sia coerente, mirata e coordinata al fine di costruire fiducia con la popolazione e di favorire il compito agli operatori sanitari di prima linea coinvolti nella campagna di vaccinazione. A livello individuale, le nostre conclusioni confermano che gli operatori di prima linea sono essenziali nel gestire l'esitanza vaccinale e nell'aumentare l'accettazione del vaccino: proprio sul ruolo di queste figure occorre investire al fine di rafforzare il loro ruolo di "ambasciatori" della vaccinazione nella comunità. Diversi principi e strategie chiave di comunicazione sono state identificate per promuovere la fiducia nel vaccino e queste possono essere incorporate tra gli strumenti a disposizione di tutti gli operatori sanitari durante il colloquio vaccinale con le persone esitanti. Al contrario con gli utenti ideologicamente contrari al vaccino risulta essenziale prima di tutto costruire le basi per creare fiducia fornendo raccomandazioni brevi e chiare ed evitando ad ogni modo di dibattere; questo può servire per iniziare a costruire fiducia e lasciare aperta la porta per ulteriori occasioni.

Bibliografia e sitografia

1. Overview. Available online: https://health.ec.europa.eu/vaccination/overview_en (accessed on 28 November 2022).
2. Cicchetti, A.; Ruggeri, M.; Gitto, L.; Mennini, F.S. Extending influenza vaccination to individuals aged 50–64: A budget impact analysis. *Int. J. Technol. Assess. Health Care* **2010**, *26*, 288–293.
3. World Health Organization (WHO). Ten Threats to Global Health in 2019. 2019. Available online: <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019> (accessed on 15 February 2022).
4. Eriksson, C.O.; Stoner, R.C.; Eden, K.B.; Newgard, C.D.; Guise, J.-M. The Association Between Hospital Capacity Strain and Inpatient Outcomes in Highly Developed Countries: A Systematic Review. *J. Gen. Intern. Med.* **2016**, *32*, 686–696.
5. Trentini, F.; Marziano, V.; Guzzetta, G.; Tirani, M.; Cereda, D.; Poletti, P.; Piccarreta, R.; Barone, A.; Preziosi, G.; Arduini, F.; et al. Pressure on the Health-Care System and Intensive Care Utilization During the COVID-19 Outbreak in the Lombardy Region of Italy: A Retrospective Observational Study in 43,538 Hospitalized Patients. *Am. J. Epidemiol.* **2021**, *191*, 137–146.
6. Scherer, L.D.; Shaffer, V.A.; Patel, N.; Zikmund-Fisher, B.J. Can the vaccine adverse event reporting system be used to increase vaccine acceptance and trust? *Vaccine* **2016**, *34*, 2424–2429.
7. Chou, W.-Y.S.; Budenz, A. Considering Emotion in COVID-19 Vaccine Communication: Addressing Vaccine Hesitancy and Fostering Vaccine Confidence. *Health Commun.* **2020**, *35*, 1718–1722.
8. Dubé, E.; Laberge, C.; Guay, M.; Bramadat, P.; Roy, R.; Bettinger, J.A. Vaccine hesitancy: An overview. *Hum. Vaccines Immunother.* **2013**, *9*, 1763–1773.
9. Schmitt, H.-J.; Booy, R.; Aston, R.; Van Damme, P.; Schumacher, R.F.; Campins, M.; Rodrigo, C.; Heikkinen, T.; Weil-Olivier, C.; Finn, A.; et al. How to optimise the coverage rate of infant and adult immunisations in Europe. *BMC Med.* **2007**, *5*, 11.
10. Chung, Y.; Schamel, J.; Fisher, A.; Frew, P.M. Influences on Immunization Decision-Making among US Parents of Young Children. *Matern. Child Health J.* **2017**, *21*, 2178–2187.
11. Gust, D.A.; Darling, N.; Kennedy, A.; Schwartz, B. Parents With Doubts About Vaccines: Which Vaccines and Reasons Why. *Pediatrics* **2008**, *122*, 718–725.
12. Goldstein, S.; MacDonald, N.E.; Guirguis, S. Health communication and vaccine hesitancy. *Vaccine* **2015**, *33*, 4212–4214.
13. MacDonald, N.E.; Eskola, J.; Liang, X.; Chaudhuri, M.; Dube, E.; Gellin, B.; Goldstein, S.; Larson, H.; Manzo, M.L.; Reingold, A.; et al. Vaccine Hesitancy: Definition, Scope and Determinants. *Vaccine* **2015**, *33*, 4161–4164.
14. Butler, R.; MacDonald, N.E.; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Diagnosing the determinants of vaccine hesitancy in specific subgroups: The Guide to Tailoring Immunization Programmes (TIP). *Vaccine* **2015**, *33*, 4176–4179.
15. European Centre for Disease Prevention and Control; Translating Health Communications Project Consortium. *Systematic Literature Review of the Evidence for Effective National Immunisation Schedule Promotional Communications: Insights into Health Communication*; Publications Office: Stockholm, Sweden, 2012.
16. Larson, H.J.; Jarrett, C.; Eckersberger, E.; Smith, D.M.D.; Paterson, P. Understanding Vaccine Hesitancy around Vaccines and Vaccination from a Global Perspective: A Systematic Review of Published Literature, 2007–2012. *Vaccine* **2014**, *32*, 2150–2159.

17. Leask, J.; Kinnersley, P.; Jackson, C.; Cheater, F.; Bedford, H.; Rowles, G. Communicating with parents about vaccination: A framework for health professionals. *BMC Pediatr.* **2012**, *12*, 154.
18. WHO Strategic Communications Framework for Effective Communications. Geneva: World Health Organization. 2020. Available online: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/communicating-for-health/communication-framework.pdf> (accessed on 28 November 2022).
19. Jarrett, C.; Wilson, R.; O'Leary, M.; Eckersberger, E.; Larson, H.J.; Eskola, J.; Liang, X.; Chaudhuri, M.; Dube, E.; Gellin, B.; et al. Strategies for Addressing Vaccine Hesitancy-A Systematic Review. *Vaccine* **2015**, *33*, 4180–4190.
20. Dubé, E.; Gagnon, D.; MacDonald, N.E.; Sage Working Group on Vaccine Hesitancy. Strategies intended to address vaccine hesitancy: Review of published reviews. *Vaccine* **2015**, *33*, 4191–4203.
21. Lastrucci, V.; Lorini, C.; Del Riccio, M.; Gori, E.; Chiesi, F.; Sartor, G.; Zanella, B.; Boccalini, S.; Bechini, A.; Puggelli, F.; et al. SARS-CoV-2 Seroprevalence Survey in People Involved in Different Essential Activities during the General Lock-Down Phase in the Province of Prato (Tuscany, Italy). *Vaccines* **2020**, *8*, 778.
22. European Centre for Disease Prevention and Control. *Let's Talk about Hesitancy*; ECDC: Stockholm, Sweden, 2016; Available online: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/lets-talk-about-hesitancy-vaccination-guide.pdf> (accessed on 28 November 2022).
23. Lastrucci, V.; Collini, F.; Forni, S.; D'Arienzo, S.; Di Fabrizio, V.; Buscemi, P.; Lorini, C.; Gemmi, F.; Bonaccorsi, G. The indirect impact of COVID-19 pandemic on the utilization of the emergency medical services during the first pandemic wave: A system-wide study of Tuscany Region, Italy. *PLoS ONE* **2022**, *17*, e0264806.
24. Lastrucci, V.; Bonaccorsi, G.; Forni, S.; D'Arienzo, S.; Bachini, L.; Paoli, S.; Lorini, C.; Gemmi, F. The indirect impact of COVID-19 large-scale containment measures on the incidence of community-acquired pneumonia in older people: A region-wide population-based study in Tuscany, Italy. *Int. J. Infect. Dis.* **2021**, *109*, 182–188.
25. Lazarus, J.V.; Ratzan, S.C.; Palayew, A.; Gostin, L.O.; Larson, H.J.; Rabin, K.; Kimball, S.; El-Mohandes, A. A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. *Nat. Med.* **2021**, *27*, 225–228.
26. Schwarzinger, M.; Watson, V.; Arwidson, P.; Alla, F.; Luchini, S. COVID-19 vaccine hesitancy in a representative working-age population in France: A survey experiment based on vaccine characteristics. *Lancet Public Health* **2021**, *6*, 210–221.
27. Lin, C.; Tu, P.; Beitsch, L.M. Confidence and Receptivity for COVID-19 Vaccines: A Rapid Systematic Review. *Vaccines* **2021**, *9*, 16.
28. Loomba, S.; de Figueiredo, A.; Piatek, S.J.; de Graaf, K.; Larson, H.J. Measuring the impact of COVID-19 vaccine misinformation on vaccination intent in the UK and USA. *Nat. Hum. Behav.* **2021**, *5*, 337–348, Correction in **2021**, *5*, 960.
29. Saied, S.M.; Saied, E.M.; Kabbash, I.A.; Abdo, S.A.E. Vaccine hesitancy: Beliefs and barriers associated with COVID-19 vaccination among Egyptian medical students. *J. Med. Virol.* **2021**, *93*, 4280–4291.
30. Lee, S.K.; Sun, J.; Jang, S.; Connelly, S. Misinformation of COVID-19 vaccines and vaccine hesitancy. *Sci. Rep.* **2022**, *12*, 13681.
31. Jennings, W.; Stoker, G.; Bunting, H.; Valgarðsson, V.; Gaskell, J.; Devine, D.; McKay, L.; Mills, M. Lack of Trust, Conspiracy Beliefs, and Social Media Use Predict COVID-19 Vaccine Hesitancy. *Vaccines* **2021**, *9*, 593.

32. Cascini, F.; Pantovic, A.; Al-Ajlouni, Y.A.; Failla, G.; Puleo, V.; Melnyk, A.; Lontano, A.; Ricciardi, W. Social media and attitudes towards a COVID-19 vaccination: A systematic review of the literature. *Eclinicalmedicine* **2022**, *48*.
33. Aquino, F.; Donzelli, G.; De Franco, E.; Privitera, G.; Lopalco, P.L.; Carducci, A. The web and public confidence in MMR vaccination in Italy. *Vaccine* **2017**, *35*, 4494–4498.
34. Gahr, P.; DeVries, A.S.; Wallace, G.; Miller, C.; Kenyon, C.; Sweet, K.; Martin, K.; White, K.; Bagstad, E.; Hooker, C.; et al. An Outbreak of Measles in an Undervaccinated Community. *Pediatrics* **2014**, *134*, e220–e228.
35. Jama, A.; Ali, M.; Lindstrand, A.; Butler, R.; Kulane, A. Perspectives on the Measles, Mumps and Rubella Vaccination among Somali Mothers in Stockholm. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2018**, *15*, 2428.
36. Van Der Linden, S.; Roozenbeek, J.; Compton, J. Inoculating Against Fake News About COVID-19. *Front. Psychol.* **2020**, *11*, 566790.
37. Gilles, I.; Bangerter, A.; Clémence, A.; Green, E.G.T.; Krings, F.; Staerklé, C.; Wagner-Egger, P. Trust in medical organizations predicts pandemic (H1N1) 2009 vaccination behavior and perceived efficacy of protection measures in the Swiss public. *Eur. J. Epidemiol.* **2011**, *26*, 203–210.
38. Gangarosa, E.; Galazka, A.; Wolfe, C.; Phillips, L.; Miller, E.; Chen, R. Impact of anti-vaccine movements on pertussis control: The untold story. *Lancet* **1998**, *351*, 356–361.
39. Ruiz, J.B.; Bell, R.A. Predictors of intention to vaccinate against COVID-19: Results of a nationwide survey. *Vaccine* **2021**, *39*, 1080–1086.
40. Chanel, O.; Luchini, S.; Massoni, S.; Vergnaud, J.-C. Impact of information on intentions to vaccinate in a potential epidemic: Swine-origin Influenza A (H1N1). *Soc. Sci. Med.* **2011**, *72*, 142–148.
41. Reiter, P.L.; Pennell, M.L.; Katz, M.L. Acceptability of a COVID-19 vaccine among adults in the United States: How many people would get vaccinated? *Vaccine* **2020**, *38*, 6500–6507.
42. World Health Organization. *Behavioural Considerations for Acceptance and Uptake of COVID-19 Vaccines: WHO Technical Advisory Group on Behavioural Insights and Sciences for Health, Meeting Report, 15 October 2020*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2020; Available online: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337335/9789240016927-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (accessed on 28 November 2022).
43. Lastrucci, V.; Lorini, C.; Del Riccio, M.; Gori, E.; Chiesi, F.; Moscadelli, A.; Zanella, B.; Boccalini, S.; Bechini, A.; Puggelli, F.; et al. The Role of Health Literacy in COVID-19 Preventive Behaviors and Infection Risk Perception: Evidence from a Population-Based Sample of Essential Frontline Workers during the Lockdown in the Province of Prato (Tuscany, Italy). *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 13386.
44. Lastrucci, V.; Lorini, C.; Stacchini, L.; Stancanelli, E.; Guida, A.; Radi, A.; Morittu, C.; Zimmitti, S.; Alderotti, G.; Del Riccio, M.; et al. Determinants of Actual COVID-19 Vaccine Uptake in a Cohort of Essential Workers: An Area-Based Longitudinal Study in the Province of Prato, Italy. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2022**, *19*, 13216.
45. Nicolo, M.; Kawaguchi, E.S.; Ghanem-Uzqueda, A.; Kim, A.E.; Soto, D.; Deva, S.; Shanker, K.; Rogers, C.; Lee, R.; Casagrande, Y.; et al. Characteristics associated with COVID-19 vaccination status among staff and faculty of a large, diverse University in Los Angeles: The Trojan Pandemic Response Initiative. *Prev. Med. Rep.* **2022**, *27*, 101802.

