

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia di Comunità, della Promozione del
Benessere e del Cambiamento Sociale

Tesi di Laurea Magistrale

Raccomandazione del medico ed esitazione vaccinale in gravidanza e in allattamento: uno studio sul Covid-19

Doctor's recommendation and vaccine hesitancy during pregnancy and
breastfeeding: a study on Covid-19

Relatrice: Dott.ssa Teresa Gavaruzzi

Laureanda: Monica Maddalena
Matricola: 2019090

Anno Accademico: 2021/2022

SOMMARIO

1	CAPITOLO 1: ESITAZIONE VACCINALE E COVID-19	3
1.1	L'esitazione vaccinale.....	3
1.1.1	I modelli dell'esitazione vaccinale	4
1.2	Esitazione vaccinale in gravidanza e in allattamento	8
1.3	Il Covid-19.....	10
1.4	Esitazione vaccinale contro il Covid-19	13
1.4.1	Esitazione vaccinale in gravidanza contro il Covid-19	14
2	CAPITOLO 2: RACCOMANDAZIONE DEL MEDICO E VACCINAZIONE IN GRAVIDANZA E IN ALLATTAMENTO	16
2.1	Le informazioni e le fonti di informazioni tra le donne in gravidanza e in allattamento.....	16
2.2	Raccomandazione del medico ed esitazione vaccinale in gravidanza e in allattamento.....	18
2.2.1	Raccomandazione ed esitazione vaccinale contro il Covid-19 in gravidanza e in allattamento.....	19
2.3	Relazione medico-paziente e <i>counselling</i> vaccinale.....	20
2.4	Fiducia nel medico e ruolo decisionale della donna	22
3	CAPITOLO 3: PROGETTO DI RICERCA: METODO E RISULTATI	25
3.1	Obiettivo	25
3.2	Metodologia.....	25
3.2.1	Partecipanti	25
3.2.2	Strumenti e procedura.....	26
3.3	Risultati.....	29
4	CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	42
4.1	Discussione	42
4.2	Limiti	48
4.3	Conclusioni	49
5	BIBLIOGRAFIA.....	51
6	SITOGRAFIA:.....	57

1 ESITAZIONE VACCINALE E COVID-19

1.1 L'ESITAZIONE VACCINALE

Lo Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE) ¹ nel 2012 propone una definizione univoca dell'esitazione vaccinale, identificandola con la posticipazione o rifiuto di un vaccino, nonostante la possibilità di riceverlo. In termini generici è possibile identificare un continuum di atteggiamenti da completamente favorevole a completamente sfavorevole nei confronti dei vaccini (Dubé et al., 2014; Leask et al., 2012). Il gruppo di lavoro sottolinea, inoltre, che l'atteggiamento nei confronti dei vaccini può essere variabile, in quanto è possibile rifiutare alcuni vaccini, ma accettarne altri, e può variare nel tempo. I fattori che possono influire sull'accettazione vaccinale sono molteplici e anche variabili in base al contesto, agli individui o ai gruppi di appartenenza, e ad elementi specifici al vaccino (Dubé et al., 2014).

I *fattori contestuali* che sono stati individuati durante le ricerche, legati all'esitazione vaccinale includono ragioni religiose, per cui non vengono accettati tutti i vaccini, informazioni errate diffuse dai media, o la presenza di leader politici che influenzano negativamente l'adesione vaccinale. Possono anche influenzare l'esitazione vaccinale anche il fatto di abitare in aree geografiche in cui l'accesso ai vaccini è limitato, sebbene le barriere organizzative nei modelli successivi siano tipicamente considerate a parte (si veda Bedford et al., 2018).

I *fattori individuali e di gruppo* sono di natura psicologica, e sono legati alle credenze in merito ai rischi e benefici dei vaccini, cioè sottostimare i rischi delle malattie oppure non considerare i benefici dei vaccini, o considerarli addirittura dannosi. Anche le conoscenze errate o la disinformazione possono avere un impatto sull'esitazione vaccinale. La sfiducia nel personale sanitario e nel sistema sanitario stesso, inoltre, possono contribuire sulle scelte vaccinali dei singoli.

L'ultima categoria di fattori individuata da Dubé e colleghi (2014) sono *elementi legati ai vaccini stessi*, come, ad esempio, conseguenze negative a seguito della vaccinazione,

¹ Lo Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Immunization è il principale gruppo consultivo dell'OMS per i vaccini e l'immunizzazione. Ha il compito di consigliare sulle politiche e strategie globali complessive, che vanno dai vaccini e dalla tecnologia, dalla ricerca e sviluppo, alla consegna dell'immunizzazione e ai suoi collegamenti con altri interventi sanitari.

mancata conoscenza del vaccino negli operatori sanitari oppure vaccini introdotti recentemente.

Considerando che la diffusione di un'epidemia dipende dal numero di trasmissioni del contagio tra individui infetti e individui suscettibili all'infezione aumentando il numero di individui immuni, cioè che hanno sviluppato una risposta anticorporeale alla malattia, si riducono le probabilità di estendere il contagio tra gli individui (Graffigna, 2021). Quindi, un vaccino può essere identificato come una risposta utile alla diffusione di un'epidemia, consentendo di sviluppare gli anticorpi necessari alla malattia nell'intera popolazione. Tuttavia, avere un vaccino disponibile in se e per sé non è sufficiente, ma deve essere somministrato e quindi è importante la vaccinazione, cioè l'atto di somministrazione del vaccino. Tuttavia, l'*esitazione vaccinale* può essere un serio rischio per la popolazione, infatti, l'OMS nel 2019 considera l'esitazione vaccinale come una delle 10 minacce più serie per la salute globale.

1.1.1 I modelli dell'esitazione vaccinale

Come già anticipato, l'esitazione vaccinale è un fenomeno complesso e dipende da differenti fattori che possono avere un ruolo cruciale nella decisione. Per spiegare le ragioni che favoriscono l'esitazione vaccinale, sono stati proposti diversi modelli, presentati di seguito.

Il primo modello, al quale ci si riferisce come “Modello delle 3C” proposto dal SAGE nel 2011, identifica la combinazione di 3 determinanti principali dell'esitazione vaccinale, che sono: *convenience* (accessibilità), *confidence* (fiducia) e *complacency* (noncuranza) (MacDonald, 2015).

Con il termine *convenience* ci si riferisce all'accessibilità dei vaccini, intesa in termini di disponibilità dei vaccini e facilità di ricevere la vaccinazione, ad esempio comodità con cui è possibile raggiungere centri di vaccinazione, disponibilità economica per sostenere possibili spese, e infine, capacità di comprensione, corrispondente all'alfabetizzazione linguistica e scientifica (MacDonald, 2015). La *confidence*, intesa in termini di fiducia: fiducia nei vaccini, cioè l'efficacia e la sicurezza percepite; fiducia nel sistema che fornisce il vaccino e fiducia negli operatori che erogano i vaccini. La *complacency* è intesa

in termini di noncuranza, cioè la tendenza a sottostimare la malattia e le sue possibili conseguenze e la scarsa percezione di necessità della vaccinazione (MacDonald, 2015).

Questo modello è stato successivamente ampliato nel “Modello delle 5C” (Betsch et al., 2018), I tre fattori proposti nel precedente modello rimangono invariati ad eccezione del termine *convenience* che viene sostituito con *constraints* (vincoli), ma mantenendo lo stesso significato (Betsch et al., 2018). I fattori psicologici che vengono aggiunti sono: *calculation* (calcolo) e *collective responsibility* (responsabilità collettiva) (Betsch et al., 2018). Il primo fa riferimento al calcolo, cioè alla misura in cui una persona cerca informazioni in merito al tema, da cui produce un’analisi personale sui rischi/benefici per prendere una decisione. I soggetti che mostrano un calcolo elevato, presentano livelli maggiore di rifiuto al vaccino, poiché nella ricerca c’è maggiore probabilità di affidarsi a fonti non ufficiali e informazioni incomplete o errate. (Betsch et al., 2018). Mentre il secondo termine fa riferimento alla responsabilità collettiva dei singoli nel proteggere gli altri, ma più in generale la comunità, per raggiungere la cosiddetta immunità di gregge grazie alla vaccinazione; si presuppone quindi che un maggiore orientamento comunitario favorisca la vaccinazione dei singoli con l’intento di proteggere la comunità (Betsch et al., 2018).

Infine, l’ultimo modello qui proposto consiste in un’evoluzione del precedente modello delle 5C, a cui vengono aggiunte altre due componenti, per cui prende il nome di “modello delle 7C” (Geiger et al., 2021). Gli autori non parlano di esitazione vaccinale ma di prontezza vaccinale (*vaccination readiness*) definendola come la tendenza ad essere disposti e pronti a farsi vaccinare. Il termine esitazione vaccinale è generico, in quanto comprende diversi componenti che determinano la probabilità individuale di essere disposti a vaccinarsi (Geiger et al., 2021). I termini proposti nel precedente modello rimangono invariati (*confidence, complacency, constraints, calculation, collective responsibility*), a questi si aggiungono i termini di *compliance* e *conspiracy* (Geigere et al., 2021). La *compliance* fa riferimento al conformismo, cioè la tendenza ad essere favorevoli nel monitorare e sanzionare i non vaccinati; mentre *conspiracy* (complotto) corrisponde alla tendenza a credere a teorie complottiste e fake news in merito ai vaccini (Geiger et al., 2021).

Un altro modello importante è quello proposto dal gruppo di lavoro, istituito dall'OMS nel 2018, che prende il nome di BesD (Measuring Behavioural and Social Drivers of Vaccination), che si ispira al lavoro di Brewer e colleghi (2017) che fa riferimento al contributo che le scienze psicologiche possono dare per aumentare le vaccinazioni. Nello specifico, il modello (illustrato in Figura 1) identifica i fattori sociali e comportamentali che possono influenzare la decisione vaccinale e, di conseguenza, tale comprensione può favorire lo sviluppo di campagne vaccinali più funzionali. Gli antecedenti principali sono a livello di credenze e a livello sociale. Le credenze in questo caso sono formate dalla percezione del rischio della malattia e la confidenza col vaccino, cioè percezione dei benefici, fiducia nel vaccino e sicurezza del vaccino. A livello sociale ci sono le norme sociali, cioè il supporto della famiglia e dei leader nell'accettare la vaccinazione, le raccomandazioni degli operatori sanitari e uguaglianza di genere. Questi due fattori influenzano la motivazione, intesa come l'intenzione di ricevere raccomandazioni sulla vaccinazione. Questi fattori incidono sulla decisione di accettare i vaccini raccomandati, ma oltre a questi vi sono anche questioni pratiche da considerare, come disponibilità (del vaccino), convenienza, facilità di accesso, qualità del servizio, rispetto da parte degli operatori sanitari.

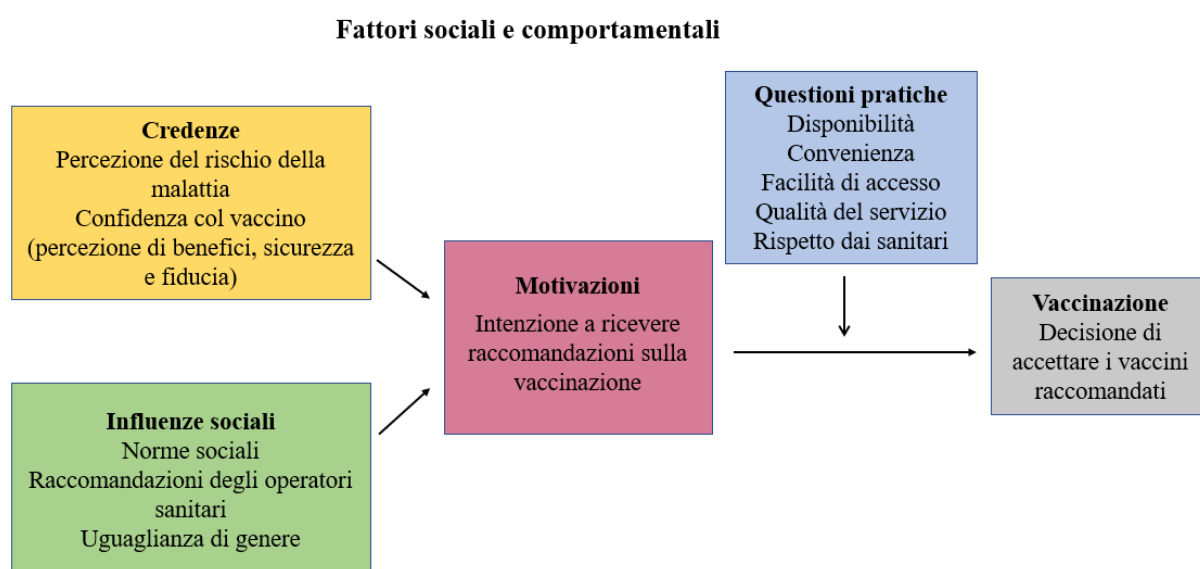


Figura 1. Antecedenti alla vaccinazione (adattato da Brewer et al., 2017)

Quelli fin qui proposti sono modelli inerenti al tema dell' esitazione vaccinale, ma ci sono anche altri modelli suggeriti in psicologia della salute, che possono ben spiegare alcuni determinanti della scelta vaccinale. Per questo elaborato si ritiene importante esaminare il modello *Health belief model* esposto per la prima volta negli anni '60 da Rosenstock, e successivamente revisionato più volte anche da altri autori (es., Becker, 1984). Il modello in questione propone di spiegare come i comportamenti di salute siano guidati dalla percezione individuale di pericolosità del problema sanitario e dalla valutazione delle azioni che l'individuo può mettere in atto per ridurre tale rischio (Figura 2). I fattori proposti sono: vulnerabilità percepita, severità percepita, beneficio percepito e costo percepito. I primi due elementi fanno riferimento alle credenze in merito al fattore di rischio. La vulnerabilità fa riferimento al grado in cui il singolo individuo percepisce il problema sanitario (o fattore di rischio) come personalmente rilevante o probabile. Mentre la severità percepita indica il grado in cui il soggetto considera il fattore di rischio invalidante o grave. Quindi, maggiormente il soggetto percepirà il problema di salute come probabile e grave o invalidante, maggiori saranno le probabilità di modificare il proprio comportamento. Dall'altro lato, gli ultimi due elementi fanno riferimento alle credenze in merito ai costi/benefici nel mettere in atto una strategia preventiva. Il beneficio percepito fa riferimento ai benefici che il singolo individuo terrebbe nel mettere in atto la strategia preventiva. Mentre il costo percepito fa riferimento alle credenze in merito alla complessità, alla durata e all'accessibilità della soluzione preventiva, in termini di costi economici, sociali e psicologici. Di conseguenza se si applica questo modello ai vaccini contro il Covid-19, sulla base delle percezioni individuali riguardo la malattia, che possono variare tra gli individui, e alti benefici percepiti e bassi costi percepiti potrebbero aumentare la probabilità di accettare la vaccinazione (Graffigna, 2021).

Health Beliefs Model

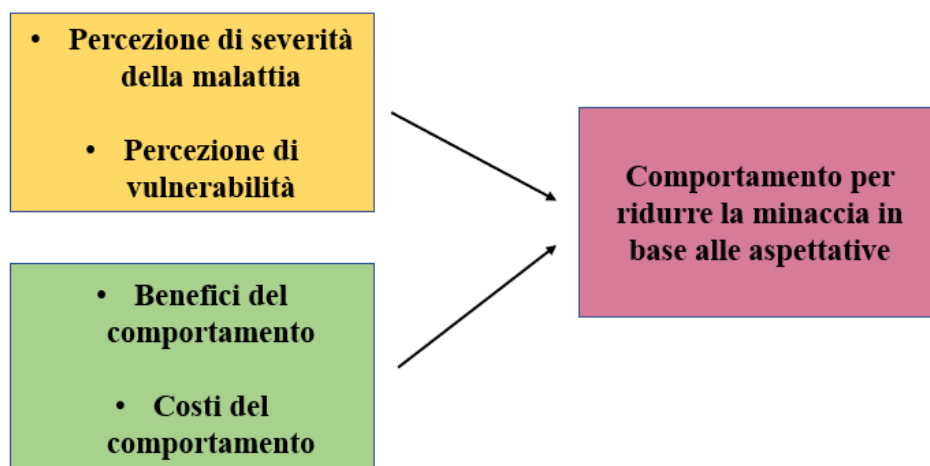


Figura 2. Health Belief Model (Rosenstock, 1966)

1.2 ESITAZIONE VACCINALE IN GRAVIDANZA E IN ALLATTAMENTO

La vaccinazione in gravidanza mira a ridurre la diffusione di malattie e quindi la mortalità tra le donne in gravidanza e i neonati (Kilich et al., 2020). Le ragioni per cui viene consigliato alle gestanti di sottoporsi ad alcune vaccinazioni è quella di ridurre tali pericoli per salvaguardare la salute della madre e del nascituro (Rasmussen et al., 2008).

L'aumento di conseguenze negative per la madre e per il neonato, a seguito di infezioni da alcune malattie, si ritiene sia legato ai cambiamenti subiti dalle donne durante la gravidanza, tra cui si registrano cambiamenti ormonali e fisiologici, come l'aumento della frequenza cardiaca, il consumo di ossigeno e la diminuzione della capacità polmonare; in aggiunta, si registrano anche cambiamenti a livello immunologico, rendendo le gestanti più suscettibili o più gravemente colpite da alcuni virus, come l'influenza (Rasmussen et al., 2008). Dati provenienti dalla letteratura, registrano tassi più elevati di mortalità tra le donne in gravidanza nelle epidemie del 1918 e del 1957 (Rasmussen et al., 2008).

Attualmente in Italia le vaccinazioni consigliate dal Ministero della Salute durante (2019) la gravidanza sono due: *difterite-tetano-pertosse* (dTpa) e *anti-influenzale*. Contrarre la pertosse nei primi mesi di vita può rappresentare un serio pericolo per il neonato, e nei casi più gravi può portare fino al decesso. La somministrazione del vaccino in questo caso viene consigliata tra la 27° e la 36° settimana di gestazione, idealmente nella 28°

settimana. Queste settimane vengono indicate come il periodo migliore, in quanto consentono alla madre la produzione di anticorpi e il successivo passaggio al feto. L'influenza stagionale, invece, aumenta il rischio di ospedalizzazione della madre, nascita prematura e parto cesareo, distress fetale, basso peso del nascituro, fino all'interruzione della gravidanza. Per tale ragione il vaccino contro l'influenza viene consigliato in qualsiasi momento della gravidanza.

Le ragioni per cui vengono consigliate alcune vaccinazioni sono dovute al fatto che si è osservato che la gestante è in grado di trasferire anticorpi (trans-placentari), prodotti a seguito di una vaccinazione, al feto. In questo modo viene garantita la protezione durante la gravidanza, e al neonato da eventuali infezioni, in quanto si è emerso che contrarre alcune malattie nei primi mesi di vita, in cui il nascituro è troppo piccolo per ricevere la vaccinazione, potrebbe essere rischioso, e in alcuni casi addirittura fatale.

Nonostante le raccomandazioni, ci sono ancora casi in cui le donne in gravidanza non si sottopongono alle vaccinazioni consigliate. Una rassegna e meta-analisi condotta da Kilich e colleghi (2020) identifica i fattori più comuni, individuati tra 120 studi qualitativi e quantitativi, che influenzano la vaccinazione in gravidanza. Sono state individuate otto categorie principali: accessibilità e convenienza; valori personali e stili di vita; consapevolezza delle informazioni riguardanti il vaccino specifico o della malattia d'interesse; influenze sociali sull'uso del vaccino; emozioni legate alla vaccinazione; percezione del rischio del vaccino; percezione del beneficio del vaccino; storia personale di vaccinazione.

I principali risultati della seguente meta-analisi mostrano che la percezione del vaccino come pericoloso per la madre o conseguenze negative sul feto, come difetti alla nascita o aborto spontaneo, possano ridurre la probabilità di accettare la vaccinazione in gravidanza (Kilich et al., 2020). Di contro le probabilità di ricevere le vaccinazioni aumentano quando si percepiscono i vaccini efficaci per la madre e il bambino, o si ha la percezione di conseguenze negative in caso di contrazione della malattia (Kilich et al., 2020). Anche nel caso in cui la madre si percepisce maggiormente suscettibile alla malattia può favorire la vaccinazione (Kilich et al., 2020). Ad aumentare tali probabilità emerge anche l'aver ricevuto una vaccinazione in età adulta o in una precedente gravidanza (Kilich et al., 2020). Le influenze sociali possono influire notevolmente sulla decisione, ma anche le

emozioni della madre, come paura, ansia, preoccupazione o la paura di effetti collaterali possono influire sulla decisione (Kilich et al., 2020).

Un'ulteriore barriera, che coinvolge anche il resto della popolazione, è una conoscenza inadeguata e imprecisa della vaccinazione (Meharry et al., 2012). Infatti, in uno studio condotto sull'accettazione del vaccino antinfluenzale, emerge che, la maggior parte delle gestanti, consapevoli dei benefici trasmessi al bambino anche nei primi mesi di vita, accettano la vaccinazione, al contrario di coloro che non ne erano a conoscenza. Anzi, una volta ricevuta questa informazione dall'intervistatore dichiarano di essere più intenzionate a vaccinarsi in caso di una futura gravidanza (Meharry et al., 2012).

1.3 IL COVID-19

Il Covid-19 (*Corona Virus Disease 19*) si caratterizza come una grave sindrome respiratoria acuta causata dal virus SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*). Le ricerche scientifiche dimostrano che il virus appartiene ad una famiglia di virus già noti alla medicina, e che ha avuto origine da un'evoluzione naturale (Ciotti et al., 2020). Il quadro sintomatico si presenta molto diversificato, gran parte della popolazione infetta non presenta alcun sintomo (asintomatici). Nel resto della popolazione affetta possono comparire sintomi da lievi a molto gravi, e in alcuni casi portare fino al decesso del malato stesso. I sintomi maggiormente registrati sono: difficoltà respiratorie, febbre, tosse e respiro affannato (Ciotti et al., 2020).

Sebbene inizialmente non fossero disponibili informazioni estensive, è presto stato chiaro che le principali vie di trasmissione del virus sono le vie respiratorie, con una trasmissibilità media, inoltre dagli studi è emerso che anche nella saliva e negli occhi dei soggetti positivi è presente il virus, e in alcuni casi sono state riscontrate tracce anche nelle feci (Ciotti et al., 2020). Inizialmente il periodo di incubazione del virus è stimato intorno ai 6 giorni, con un range dai 2 agli 11 giorni, in cui è necessario monitorare il soggetto per escludere l'eventuale positività. Per questa ragione viene istituito un periodo di quarantena di 14 giorni, in cui il soggetto sospettato di positività, deve stare in isolamento sociale (Backer et al., 2020).

I primi casi registrati a livello mondiale risalgono a dicembre 2019 nella regione di Wuhan, in Cina; la zona è stata immediatamente soggetta a misure restrittive per

contenere la diffusione del nuovo virus. L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) annuncia il 31 gennaio i primi due casi importati in Italia, due turisti cinesi. Circa un mese dopo, vennero annunciati anche i primi casi confermati italiani in Lombardia e in Veneto. Mentre l'11 marzo 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dichiara che la diffusione del nuovo virus è tale da essere dichiarata una pandemia. Infatti, il 22 aprile 2020 l'OMS dichiara che la maggior parte dei Paesi Mondiali conferma casi di Covid-19 nel proprio territorio.

Il Governo italiano mette in atto misure di contenimento del virus, con un'iniziale chiusura delle scuole e l'isolamento delle zone con casi confermati. Successivamente una chiusura parziale delle attività lavorative, per poi arrivare al 9 aprile 2020 in cui viene dichiarato un lockdown generale, in cui solo le attività di prima necessità rimangono operative (come ospedali e supermercati) (Vicentini et al., 2020). Anche in altri Paesi d'Europa e del mondo, come Francia, Germania, Stati Uniti, si attivano misure di contenimento del virus. Oltre a misure di distanziamento sociale, vengono raccomandate anche misure di sanificazione degli ambienti e protezione individuale, come l'uso delle mascherine nei luoghi pubblici e igienizzazione frequente delle mani.

La comunità scientifica di tutto il mondo si attiva immediatamente per identificare possibili vaccini contro il Covid-19, poiché una campagna vaccinale rappresenta la soluzione ideale per ridurre i rischi sulla salute delle persone e, di conseguenza, terminare la pandemia (Ciotti et al., 2020). I vaccini sono resi disponibili alla popolazione in tempi rapidissimi rispetto ai tempi impiegati in passato per sviluppare altri vaccini. Infatti, l'Agenzia di regolamentazione dei medicinali e dei prodotti sanitari (MHRA) annuncia tramite un comunicato stampa il 2 dicembre 2020 l'approvazione per l'uso del vaccino Pfizer / BioNTech nel Regno Unito (MHRA, 2020). A seguire gli Stati Uniti, dove l'11 dicembre 2020 la Food & Drug Administration (FDA) approva il medesimo vaccino alla popolazione di età superiore ai 16 anni di età; mentre l'Europa dovrà aspettare il consenso dall'European Medicines Agency (EMA) fino al 21 dicembre 2020. Il 27 dicembre 2020 è denominato il "Vaccine day", ovvero la data che identifica l'avvio ufficiale della campagna vaccinale in tutta Europa. nelle settimane successive il vaccino è reso disponibile nelle varie nazioni europee in base alle indicazioni adottate da ciascuna di esse.

In Italia la campagna vaccinale parte agli inizi del 2021, e il Ministro della Salute indica alcune categorie prioritarie considerate maggiormente a rischio:

- Operatori sanitari e sociosanitari;
- Residenti e personale dei presidi residenziali per anziani (RSA);
- Persone di età avanzata, tra cui si specifica: soggetti di età superiore a 80 anni, successivamente la fascia di età tra i 60 e 79 anni, e si aggiunge la popolazione con almeno una comorbilità cronica (comune nella popolazione anziana).

A marzo 2021 vengono aggiornate le categorie considerate prioritarie sulla base dell'età, stabilendo cinque categorie prioritarie. La prima, denominata "*Elevata fragilità*", di cui fanno parte soggetti affetti da specifiche patologie tali da renderli più a rischio (es. malattie respiratorie, cardiocircolatorie o disabilità gravi). Le successive categorie vengono indicate in funzione alla fascia d'età, fatta eccezione per la quarta categoria, "*Persone con comorbilità di età inferiore ai 60 anni*", che vengono individuati come prioritari ai coetanei privi di comorbilità. Si aggiungono anche alcune categorie con funzioni pubbliche essenziali, come ad esempio il personale scolastico docente e non docente e le forze armate. La campagna vaccinale si estende progressivamente fino a essere aperta a tutta la popolazione, con possibilità di prenotazione dal 3 Giugno 2021 senza restrizioni per fasce d'età.

La vaccinazione per le donne in gravidanza e in allattamento è stata inizialmente fonte di discussione a causa della mancanza di dati disponibili sulla sicurezza riguardo la somministrazione. Nonostante non ci fossero dati che suggerissero l'inefficacia o effetti controversi, l'OMS l'8 gennaio 2021 in via preventiva raccomanda di non sottoporsi a vaccinazione in gravidanza, salvo i casi in cui i benefici superino i rischi, come nel caso di operatrici sanitarie o donne con comorbilità classificate come ad alto rischio (World Health Organization, 2021). In tal caso però, caldeggia la consulenza di un esperto per valutarne i rischi e i benefici. Si espone in maniera differente in caso di allattamento, in quanto dichiara che, nonostante prove insufficienti, le donne considerate della categoria ad alto rischio, possano ricevere la vaccinazione senza sospendere l'allattamento (World Health Organization, 2021). L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), in accordo con le dichiarazioni espresse dall'OMS, e in linea alle disposizioni emanate dall'EMA, dichiara il 9 gennaio 2021 che le donne in gravidanza e in allattamento, facenti parte della

categoria ad alto rischio, la possibilità di ricevere il vaccino dopo averne valutato i rischi e i benefici con un operatore sanitario. Il 5 maggio 2021 il SIGO (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia) dichiara i possibili effetti negativi sulla madre e il feto in caso di contrazione del virus, sottolineando, al contrario, i benefici della vaccinazione.

Il presente studio si colloca nell'arco temporale in cui le disposizioni emanate erano quelle fin qui esposte, ma a seguito della conclusione della ricerca, sono state emesse ulteriori raccomandazioni. Il 22 settembre 2021, infatti, l'Istituto Superiore di Sanità raccomanda l'estensione della vaccinazione in gravidanza a tutte le donne che desiderino riceverla. A dicembre 2021 entrambe le categorie ricevono anche la raccomandazione di sottoporsi alla terza dose (dose booster).

Durante il corso della pandemia Covid-19 si sono verificati diversi picchi di contagio nel corso degli anni 2020/2021/2022, che hanno portato i diversi Paesi del mondo a dover mettere in atto diverse misure restrittive per ridurre la diffusione del virus.

1.4 ESITAZIONE VACCINALE CONTRO IL COVID-19

Alcuni studi mettono in luce come l'esitazione vaccinale della popolazione generale contro il Covid-19 sia un serio problema di salute globale. A fine maggio 2022 sono 65,7% le persone vaccinate nel mondo con almeno una dose, mentre sono solo il 15,9% le persone vaccinate con una dose nei paesi a basso reddito (Ritchie, 2020). Le ragioni che hanno spinto parte della popolazione mondiale a non accettare la vaccinazione sono molteplici. Graffigna (2021) riassume i fattori, emersi da alcuni studi in letteratura, che favoriscono l'esitazione vaccinale contro il Covid-19, tra questi si identificano associazioni con il genere e l'età, ovvero sono risultati più esitanti cittadini europei donne e i giovani. Mentre il rischio percepito di vulnerabilità al contagio è emerso abbia favorito la vaccinazione, al contrario, della diffusione di informazioni errate, teorie complottiste e sfiducia nei vaccini, che hanno favorito il rifiuto del vaccino. Graffigna scrive inoltre che, in Italia a marzo 2021, la circolazione di informazioni errate e polarizzate, in particolare del vaccino AstraZeneca, hanno avuto effetti dannosi sulla campagna vaccinale. Altri studi mettono in luce come le persone che non si affidano a canali informativi monitorati si mostrano più frequentemente esitanti, rispetto a chi si affida a canali ufficiali e controllati (Ebrahimi et al., 2021).

A giugno 2021 il Ministero della Salute, in collaborazione con altri organi del Governo Italiano e gli altri Governi dell'Unione Europea (UE), inizia a parlare di “*Certificazione Verde*” (o green pass), che ha lo scopo iniziale di favorire la libera circolazione in UE, le prime norme prevedono che sia possibile avere questo certificato mediante la guarigione dal Covid-19, attraverso la vaccinazione, oppure mediante il risultato negativo di un tampone nelle 48 ore precedenti. Tale norma entra in vigore dal 1° luglio 2021, ma in Italia per incentivare i cittadini alla vaccinazione, tramite un Decreto Legge 22 luglio 2021, si attivano misure più restringenti in cui si richiede la certificazione anche per altre attività, come eventi ludici o sportivi, accedere a determinati servizi o luoghi, come ristoranti, piscine e centri culturali. Nei mesi successivi, si susseguono una serie di norme più restringenti emanate in merito al *Green Pass*. Quali ad esempio, l'obbligo del Certificato Verde anche nei luoghi di lavoro dal 15 ottobre 2021; la possibilità di accedere ad alcuni servizi e luoghi pubblici solo con “*Green Pass Rafforzato*”, cioè esclusivamente a coloro che hanno ricevuto due dosi di vaccino dal 25 dicembre 2021, e l'obbligo per i lavoratori con più di 50 anni del “*Green Pass Rafforzato*” nei luoghi di lavoro dal 15 febbraio 2022.

1.4.1 Esitazione vaccinale in gravidanza contro il Covid-19

Il Covid-19 ha rappresentato e rappresenta ancora un'infezione che può portare a sviluppi e conseguenze negative per i malati, sia nel breve che nel lungo termine. Le donne in gravidanza e durante il post-partum sono soggette a maggior rischio associato al Covid-19 rispetto al resto della popolazione. La Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) il 5 maggio 2021 ha stimato che le gestanti, rispetto alle coetanee non in gravidanza, hanno una probabilità 22 volte maggiore di mortalità in caso di infezione da Covid-19, una maggiore probabilità di necessità di terapie intensive (70 donne nella prima ondata vs. 277 nella seconda ondata) e una maggiore probabilità di ospedalizzazione. Le ragioni sono riconducibili a una maggiore morbilità tra le donne in gravidanza e una maggiore probabilità di avere un decorso più grave (Januszek et al., 2021). Le madri sono più preoccupate dal rischio di infezione dovuta al Covid-19 rispetto ad altre infezioni, come l'influenza e la pertosse, ma anche la vaccinazione contro il Covid-19 può rappresentare un'ulteriore fonte di preoccupazione (Mappa et al., 2021). Tra le ragioni

che destano maggiori timori è l'esclusione delle donne in gravidanza dagli studi di vaccinazione contro il Covid-19 (Mappa et al., 2021). Ad aggiungersi anche l'iniziale disponibilità di offerta vaccinale esclusivamente ai casi in cui la donna fosse a rischio di esposizione al Covid-19 o nel caso di possibili sviluppi di malattie gravi.

In una revisione condotta da Januszek e colleghi (2021) si indagano i principali fattori legati all'accettazione del vaccino. Dai risultati emerge che i principali fattori riguardano la fiducia nelle istituzioni sanitarie e il livello di consapevolezza legato al Covid-19 e alla vaccinazione. Altri studi mettono in luce come le preoccupazioni delle gestanti nell'accettare il vaccino contro il Covid-19 fossero legate alle possibili conseguenze che questo potesse avere sul feto, come anomalie strutturali, problemi alla crescita o nascita pretermine (Mappa et al., 2021).

Uno studio condotto prima dell'arrivo del vaccino contro il Covid-19, sulle donne in gravidanza indaga l'atteggiamento nei confronti di un ipotetico vaccino (Goncu Ayhan et al., 2021). Tale studio indaga l'ansia tra le donne in gravidanza ad alto rischio (es. travagli pretermine, ipertensione gestazionale e anomalie strutturali al feto) e a basso rischio, e ne risulta che questa fosse più diffusa tra le donne ad alto rischio (Goncu Ayhan et al., 2021). Conseguentemente, viene ipotizzato che questo livello di ansia potesse indurre l'accettazione del futuro vaccino Covid-19. Ma dai risultati, emerge che non vi erano differenze di atteggiamento nel gruppo ad alto e basso rischio. Questi risultati sono stati confrontati con l'accettazione del vaccino influenzale e antitetanico, ed emerge che tra le donne ad alto rischio c'è una maggiore accettazione del vaccino (Goncu Ayhan et al., 2021).

Studi sull'esitazione vaccinale in gravidanza contro il Covid-19 mostrano fattori comuni come antecedenti all'accettazione, cioè la trasmissione delle informazioni e la sensibilizzazione in merito al tema (Januszek et al., 2021). Infatti, una maggiore informazione riguardo i rischi dell'infezione del virus Covid-19 e i benefici della vaccinazione durante la gravidanza potrebbero favorire una maggiore consapevolezza nella decisione di accettare o rifiutare il vaccino. I benefici del vaccino in gravidanza possono essere notevoli, sia per la madre che per il neonato. Ad esempio, il vaccino Pfizer, se ricevuto in gravidanza, specialmente nel secondo trimestre di gestazione, fornisce protezione alla madre ma permette il trasferimento di questi anticorpi al neonato durante i primi mesi di vita (Burd et al., 2021).

2 RACCOMANDAZIONE DEL MEDICO E VACCINAZIONE IN GRAVIDANZA E IN ALLATTAMENTO

La relazione medico-paziente rappresenta il campo in cui la medicina e la psicologia si incontrano, ovvero il luogo in cui la medicina entra in relazione con la soggettività individuale (Guerra, 2021). Questo implica che il medico (inteso in senso lato come professionista sanitario), mediante la relazione col paziente, abbia delle responsabilità sulla condizione psichica del soggetto e del suo benessere (Ripamonti & Clerici, 2008). Quindi, per stabilire una buona relazione, il medico deve prestare attenzione a determinati aspetti che distinguono la relazione col paziente, come il suo bisogno di ascolto, di accudimento e con la possibilità di condividere i suoi stati emotivi (Ripamonti & Clerici, 2008).

In aggiunta, molto spesso le innovazioni scientifiche, e in questo caso mediche, presentano complessità tecnica che rende difficile ai “profani” comprendere tali conoscenze (Graffigna, 2021). Ne consegue che l’aderenza dei cittadini e/o pazienti alle prescrizioni imposte dagli esperti dipende dal modo in cui i “non esperti” valutano tali raccomandazioni (Graffigna, 2021). A conclusione di tali affermazioni, è possibile pensare che la modalità con cui il medico/esperto presenta le sue argomentazioni, può influenzare la comprensione della popolazione e le sue valutazioni successive. La pandemia di Covid-19 è stato un esempio di come la comunicazione scientifica giochi un ruolo cruciale sia in termini di contestualizzare il fenomeno e sia per la comprensione delle informazioni utili, ma ancor di più nell’apprendere le procedure adeguate a ridurre il contagio (Bucchi et al., 2022).

2.1 LE INFORMAZIONI E LE FONTI DI INFORMAZIONI TRA LE DONNE IN GRAVIDANZA E IN ALLATTAMENTO

Le informazioni, grazie allo sviluppo delle nuove tecnologie, sono reperibili attraverso molteplici canali, e questo comporta che le notizie che circolano sono aumentate e più facilmente reperibili. Il Covid-19 può rappresentare un valido esempio, in cui i riflettori delle informazioni si sono concentrate sul tema. A tal proposito l’OMS già nel 2020 parla di *infodemia*, cioè la “sovrabbondanza di informazioni, alcune accurate e altre no, che rende difficile per le persone trovare fonti affidabili e una guida affidabile in caso di

bisogno”. Durante la pandemia, le fonti utilizzate sono state diverse, come ad esempio televisione, giornali, social media, e in alcuni casi le notizie presentate sono risultate anche in contrapposizione tra loro. Questo implica che la presenza di numerose informazioni, anche discordanti tra loro, abbia generato caos e disorientamento tra la cittadinanza (Scaglioni & Sala, 2020). Oltre a questo, si aggiunge la tendenza dei media, specialmente dei giornali, a presentare le informazioni attraverso titoli sensazionalistici e fuorvianti (Graffigna, 2021). Nel caso dei vaccini questo può rappresentare un serio problema relativo alla fiducia riposta dai cittadini nei vaccini. Può essere un esempio il caso di presunti rari effetti collaterali del vaccino AstraZeneca, e la sua successiva sospensione in via cautelare da parte dell’Agenzia italiana del farmaco (Aifa) nel marzo 2021 (Graffigna, 2021). A tal proposito, si ritiene necessario sottolineare come la fiducia, riposta nelle istituzioni, negli operatori sanitari e nella scienza, possa essere un fattore importante per l’accettazione del vaccino (Bucchi et al., 2022).

Studi in letteratura hanno indagato le informazioni diffuse riguardo al Covid-19 e alla vaccinazione tra le donne in gravidanza. Uno studio condotto in Italia su un campione di 161 donne che hanno frequentato l'ambulatorio prenatale dell'Ospedale Cristo Re Università di Roma, si evidenzia che, per quanto concerne le informazioni in merito al virus, il 33% dichiara di non avere informazioni in merito, il 49% si è documentato tramite i media (televisione, radio, internet), mentre il 17% dichiara di essere stato informato dal proprio medico (Mappa et al., 2021). Invece, per quanto riguarda le informazioni relative alla vaccinazione, il 71% dichiara di non aver ricevuto nessun tipo di informazione, il 26% si è documentato autonomamente, mentre il 2,5% si è documentato mediante il proprio medico curante (Mappa et al., 2021). Altri studi invece sottolineano come i media e internet (tra cui anche siti non istituzionali) hanno ancora un peso maggiore nel fornire informazioni (Rosso et al., 2020).

In conclusione, le informazioni che le donne in gravidanza possiedono sui vaccini contro il Covid-19 tendenzialmente sono scarse e in molti casi scorrette e questo ha delle ricadute sull’accettazione della vaccinazione (Rosso et al., 2020). Per cui, si potrebbe ipotizzare che: una maggiore informazione trasmessa dagli esperti e dagli operatori sanitari, potrebbe favorire l’accettazione vaccinale.

2.2 RACCOMANDAZIONE DEL MEDICO ED ESITAZIONE VACCINALE IN GRAVIDANZA E IN ALLATTAMENTO

Come esposto fin qui, le fonti di informazioni non ufficiali e le credenze errate diffuse sulla vaccinazione in gravidanza possono spingere al rifiuto del vaccino, mettendo così non solo a rischio la gestante ma anche il feto. D'altra parte, il proprio medico può rappresentare una fonte attendibile e in cui si ripone fiducia da cui ricevere informazioni affidabili. Ragion per cui le raccomandazioni dagli operatori sanitari risultano essere essenziali per incrementare l'accettazione vaccinale tra le donne in gravidanza (Kilich et al., 2020). In particolare, gli specialisti maggiormente consultati durante la gestazione sono il ginecologo e l'ostetrica, mentre solo una minoranza dichiara di consultare il medico di base (Cappozzo et al., 2021).

Per ciò che concerne la raccomandazione relativa alle vaccinazioni, dagli studi in letteratura sono emerse alcune barriere della raccomandazione da parte dell'operatore sanitario. Le barriere maggiormente emerse, in una revisione condotta da Vilca e Esposito (2018), sono la mancanza di conoscenze adeguate e preoccupazioni di sicurezza del vaccino. In aggiunta, emergono anche questioni legate al ruolo, cioè l'incertezza legata su chi ricada la responsabilità di vaccinare la donna o preoccupazioni in caso di eventuali conseguenze negative (Vica & Esposito, 2018). Le ragioni che possono incidere sulla raccomandazione da parte degli operatori sanitari sono: il livello di motivazione e di coinvolgimento attivo dell'operatore stesso, e il diverso livello di integrazione tra i diversi servizi del distretto sanitario e dell'ospedale (Cappozzo et al., 2021).

In uno studio condotto su un campione di ginecologi italiani tra luglio e settembre 2018 emerge che il 15% del campione non è a conoscenza del programma di vaccinazione di Tdap, mentre tra quelli che ne sono a conoscenza solo il 44% raccomanda la vaccinazione alle gestanti di routine (Mazzilli et al., 2021). Le donne in gravidanza si aspettano di ricevere tutte le informazioni necessarie dal proprio medico, e nei casi in cui questo non la informa della possibilità di sottoporsi a vaccinazione, non sempre la gestante viene a conoscenza di tale opportunità (Cappozzo et al., 2021). Uno studio condotto su donne in gravidanza in Francia mette in luce come i dubbi delle future madri sulla necessità di ricevere la vaccinazione derivi anche dal fatto di non aver ricevuto una raccomandazione da fonti ufficiali, come il proprio operatore sanitario (Karafillakis et al., 2021).

La raccomandazione risulta essere, quindi, un fattore importante nella decisione della gestante di sottoporsi a vaccinazione (Vilca & Esposito, 2018). Infatti, alcuni studi dimostrano come una raccomandazione diretta da parte di un'ostetrica/ginecologo, non solo, aumenti la probabilità di accettare la vaccinazione anti-influenzale, ma favorisca atteggiamenti positivi da parte della donna in merito al vaccino, sia per sé che per il proprio bambino (Vilca & Esposito, 2018). Dalla letteratura emerge che i medici sono considerati la fonte più consultata dalle donne in gravidanza per ricevere informazioni, ma oltre a questo emerge come solo il 13% di un campione di gestanti riceva informazioni adeguate sulla vaccinazione in gravidanza (D'Alessandro et al., 2018). Questo risultato mette in luce come, non solo gli operatori sanitari siano in una posizione privilegiata per fornire informazioni corrette, ma possono anche consentire alle gestanti di prendere una decisione consapevole per sé e per il proprio bambino (D'Alessandro et al., 2018).

2.2.1 Raccomandazione ed esitazione vaccinale contro il Covid-19 in gravidanza e in allattamento

La vaccinazione contro il Covid-19 in gravidanza e in allattamento è stato a lungo fonte di discussione, perciò indagare il ruolo che hanno avuto i medici può contribuire a spiegare il fenomeno. Uno studio indaga le fonti di informazione più consultate dagli Italiani durante tre momenti della pandemia: ottobre 2020, gennaio 2021 e maggio 2021. Dalle analisi i più consultati risultano essere i notiziari televisivi e radiofonici, specialmente ad ottobre 2020 per il 54% degli italiani (Bucchi et al., 2022). A maggio 2021 si registra un calo di utilizzatori di notiziari (29%), e questo risultato ha portato ad un aumento del 10% di ricerca di informazioni istituzionali, e del 20% della ricerca di informazioni dal proprio medico di base (Bucchi et al., 2022). Per quanto riguarda le donne in gravidanza, uno studio condotto in Italia il 27 dicembre 2020, data di inizio della vaccinazione, si indagano le informazioni che le gestanti avevano ricevuto in merito alla vaccinazione (Mappa et al., 2021). Emerge che le donne in gravidanza che dichiarano di aver avuto informazioni da parte degli operatori sanitari è una minoranza solo il 2,5%, e il resto del campione dichiara di avere scarse conoscenze in merito al tema o informazioni recuperate tramite riviste, web o televisione (Mappa et al., 2021). Altri studi mettono in luce come vi possono essere differenze tra le donne in gravidanza che accettano o

rifiutano il vaccino, cioè coloro che accettano dichiarano più spesso di essere state informate adeguatamente rispetto a coloro che rifiutano la vaccinazione (Goncu Ayhan et al., 2021). Infatti, si è visto come le donne in gravidanza maggiormente esitanti nei confronti del vaccino Covid-19 risultano essere state coloro che hanno utilizzato maggiormente siti web o forum e coloro che hanno letto di notizie negative a seguito della vaccinazione (Gencer et al., 2022).

A conferma del fatto che la raccomandazione del medico sia di notevole importanza, vi è uno studio condotto in Australia in cui si indaga l'accettazione del vaccino contro il Covid-19 (Bradfield et al., 2021). Lo studio mette in luce come, nonostante le indicazioni favorevoli nel somministrare la vaccinazione alle donne in allattamento, il 54% del campione, composto da donne in allattamento e operatori sanitari, non era del tutto favorevole alla vaccinazione. Questo può dimostrare come, una mancanza di accettazione della vaccinazione anche dagli operatori sanitari può avere ricadute sul resto della popolazione (Bradfield et al., 2021).

2.3 RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE E *COUNSELLING* VACCINALE

La relazione medico-paziente può essere vista come un processo o come un risultato, il cui valore può influenzare il miglioramento dello stato di salute (Ridd et al., 2009). Emanuel (1992) formula quattro possibili modelli di relazione medico-paziente, con modalità di relazione, obiettivi e autonomia del paziente diversi.

- ❖ *Modello paternalistico*: prevede che il medico sia un custode del paziente, per cui è l'operatore sanitario che prende la decisione migliore per il paziente;
- ❖ *Modello informativo*: questa tipologia di relazione si basa sul presupposto che il paziente sia in grado di prendere una decisione, se messo a conoscenza. Cioè il medico in questo caso informa adeguatamente, e lascia la decisione finale al paziente.
- ❖ *Modello interpretativo*: secondo questo tipo di relazione, il medico deve interpretare quale sia la scelta migliore per il paziente, in quanto quest'ultimo non è ha le capacità per farlo.

- ❖ *Modello deliberativo*: l'ultimo modello proposto prevede la creazione di un dialogo, in cui il medico ha il compito di aiutare il paziente a scegliere quale sia la decisione migliore per sé.

Altri modelli, incluso quello adottato in questo studio, prevedono che la relazione medico-paziente sia posta lungo un continuum, ai cui estremi sono poste le visioni contrapposte di autonomia del paziente (es., Elwyn, Edwards, & Kinnersley, 1999). In uno dei due estremi vi è la visione paternalistica, in cui il medico è visto come esperto ed è il medico stesso a prendere la decisione che ritiene più opportuna per il paziente, senza lasciare spazio alle preferenze del paziente. Dal versante opposto vi è l'idea che al paziente venga lasciata la completa autonomia nella decisione; definito modello della "scelta informata", prevede che il paziente riceva le informazioni necessarie e che autonomamente prenda una decisione. Questo ultimo modello si basa sull'idea che il medico non deve avere nessun tipo di influenza sulla decisione. Tra queste due tipologie di relazione si colloca il modello decisionale condiviso, in cui il medico e il paziente operano insieme per arrivare ad una decisione condivisa. Questo tipo di modello ritiene necessario che tra il medico e il paziente vi sia una condivisione di informazioni e un accordo sulla scelta per la salute.

Anche nel caso della vaccinazione, una buona relazione tra i due attori può orientare le scelte decisionali del paziente, ma è necessario considerare parte della relazione anche le modalità di comunicazione e la modalità con cui vengono fornite le informazioni. Il colloquio in questo caso prende il nome di *counselling vaccinale* (Crescini et al., 2019). Più in generale, "*il counselling è un intervento comunicativo complesso, che include non solo un'informazione completa, corretta e comprensibile, ma anche la rivalutazione di convinzioni errate e l'attivazione delle risorse della persona necessarie per affrontare in modo consapevole problemi, situazioni di criticità, cambiamenti, scelte, nel pieno rispetto dei suoi valori e dei suoi sistemi di riferimento*" (Crescini et al., 2019). Il *counselling vaccinale* si distingue dal resto del *counselling* in medicina in quanto si riferisce al mantenimento del benessere, in cui si deve fare i conti con un malessere ipotetico (Crescini et al., 2019). In questo caso è necessario che il soggetto comprenda la minaccia della malattia e al contrario comprenda i benefici della vaccinazione. Per le donne in gravidanza questo può rappresentare un'ulteriore fonte di preoccupazione, poiché in questo caso la donna deve considerare quali sono i rischi e i benefici non solo a sé, ma

anche al feto (Crescini et al., 2019). Ad aggiungersi vi è il fatto che se questa non è apertamente raccomandata dagli operatori sanitari, non viene vista come una priorità (SIGO, 2019).

La comunicazione in caso di vaccinazione in gravidanza deve essere centrata sul portare a conoscenza della donna i rischi e i benefici del sottoporsi alla vaccinazione. Per tale ragione il medico deve informare, senza terrorizzare la donna, in maniera tale da costruire una relazione empatica basata sulla fiducia (SIGO, 2019). Durante la comunicazione l'obiettivo dell'operatore è quello di favorire una partecipazione consapevole (modello deliberativo) della donna durante la decisione (Crescini et al., 2019). Il *counselling* vaccinale deve porre le basi sull'ascolto attivo del medico, in maniera tale da poter accogliere eventuali dubbi e paure della paziente, ed aiutarla ad individuare le informazioni necessarie per prendere una decisione consapevole (Crescini et al., 2019). Vi sono delle strategie di comunicazione che possono determinare una buona riuscita del *counselling*, come presentare gli aspetti tecnico-scientifici del vaccino, utilizzando eventualmente anche materiale di supporto per facilitare la comprensione (Crescini et al., 2019). Fare attenzione agli aspetti comunicativi col paziente, quindi, ascoltare in maniera attiva e accogliere le paure della paziente, dedicare il giusto tempo per informare e ascoltare; infine, è utile fare attenzione ad aspetti metodologici come acquisire un consenso informato della paziente, e monitorare anche le fasi successive della vaccinazione (Crescini et al., 2019).

2.4 FIDUCIA NEL MEDICO E RUOLO DECISIONALE DELLA DONNA

Come già esposto in precedenza, la raccomandazione del medico può influenzare l'accettazione del vaccino. Un ulteriore aspetto da indagare è come la relazione interpersonale tra il medico e il paziente possa influire su tale decisione. Secondo Limaye e colleghi (2020) la relazione interpersonale tra le due parti si basa su due aspetti relazionali: la fiducia e il potere. Se viene a mancare la fiducia nel medico, la relazione medico-paziente e il successivo *counselling* vaccinale non risulteranno efficaci (Crescini et al., 2019). Per quanto concerne il potere, invece, risulta essere un discorso più complesso. Alcune ricerche in letteratura dimostrano come la relazione tra il medico e il paziente sia asimmetrica, in quanto l'operatore sanitario abbia il potere dovuto al ruolo

ricoperto di esperto (Limaye et al., 2020). Secondo la teoria relazionale del potere, proposta per la prima volta da Hocker e Wilmot (1995), all'interno di una relazione interpersonale ci sarebbe una visione soggettiva del ruolo ricoperto. Questo ruolo viene riconosciuto dal singolo interlocutore, ma potrebbe non esserlo per l'altro. Di conseguenza, differenze di ruolo possono portare a sfiducia e conflitto. Quest'ultimo può intensificarsi in caso di relazioni gerarchiche, come quella medico-paziente, oppure attenuarsi mediante una comunicazione efficace e, conseguentemente, ristabilire la fiducia. Secondo la teoria relazionale del potere sono presenti tre differenti tipologie di potere: potere designato, potere distributivo e potere integrativo. I primi due poteri, nella relazione medico-paziente, risultano essere sbilanciati verso l'operatore, in quanto nel primo caso il potere si acquisisce in base al ruolo, e nel secondo si stabilisce in base alla relazione, e in questo caso il medico ha il potere di dare consigli. Nell'ultimo caso, il potere viene dato ad entrambe le parti, e il suo vantaggio è che mediante la comunicazione si stabilisce anche una relazione di fiducia. Uno studio condotto da Limaye et al. (2020) indaga la fiducia nei confronti degli operatori che raccomandano la vaccinazione attraverso la teoria del potere. Dai risultati di tale studio emerge come il potere designato, se accompagnato da empatia del medico e preoccupazione, aumenta la fiducia e rispetto delle raccomandazioni di vaccinarsi. Il potere designato invece, non sempre è emerso porti a fiducia e adesione alle raccomandazioni. Nei casi in cui questo portava ad accettazione del vaccino, era dovuto principalmente all'esperienza e alle conoscenze del medico, mentre in altri casi le donne hanno messo in dubbio le raccomandazioni a causa del ruolo ricoperto o a causa delle modalità di comunicazione. Nonostante la prospettiva qui presentata sia molto interessante, in questo studio è stata adottata una prospettiva differente. Quella qui proposta, si basa principalmente sulla preferenza di ruolo che il soggetto predilige, ovvero l'autonomia che il paziente preferisce avere nella decisione (Singh et al., 2010). Le categorie proposte da questa visione sono legate ad un ruolo attivo, collaborativo o passivo nella decisione (Singh et al., 2010).

In uno studio condotto da Karafillakis et al. (2021) le donne hanno riferito l'importanza di mantenere il controllo sulla propria gravidanza, specialmente sul proprio corpo. Infatti, molte delle intervistate hanno dichiarato di dare grande importanza all'ascolto del proprio corpo e la capacità di non lasciarsi influenzare dagli altri nelle proprie decisioni. Questa

tendenza, ad essere maggiormente sicure e decise della propria scelta, emerge in particolare nelle donne che hanno rifiutato la vaccinazione (Karafillakis et al., 2021).

In conclusione, quanto emerge dalla letteratura riguardo al fenomeno dell'esitazione vaccinale risulta essere un fenomeno complesso, e sono molti gli elementi che possono influire sulla scelta vaccinale, come fattori individuali o di gruppo, elementi legati al vaccino o fattori contestuali (Dubé et al., 2014). Da quello che emerge dalla ricerca in letteratura, le informazioni circolanti sui vaccini non sempre sono attendibili e veritiere (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2020). Infatti, risulta che alcune fonti di informazioni sono più attendibili di altre, come ad esempio informazioni ufficiali o medici di base. Proprio questi ultimi risultano avere un ruolo privilegiato per fornire informazioni adeguate alle donne in gravidanza, funzionale ad una scelta consapevole (Kilich et al., 2020). Ciò che influenza una scelta vaccinale è il *counselling* vaccinale, ovvero la modalità con cui l'operatore sanitario fornisce le informazioni alla gestante (Crescini et al., 2019). Il *counselling* vaccinale avviene all'interno di quella che viene definita relazione medico-paziente (Crescini et al., 2019). Dalla letteratura emerge che quest'ultima risulta essere più efficace nel caso in cui la paziente abbia la possibilità di contribuire alla decisione (Singh et al., 2010).

3 PROGETTO DI RICERCA: METODO E RISULTATI

3.1 OBIETTIVO

La presente ricerca si propone di approfondire le tematiche presentate nei capitoli precedenti, ovvero indagare il fenomeno dell'esitazione vaccinale in gravidanza e in allattamento nei confronti del vaccino contro il Covid-19. In particolare, lo studio ha l'obiettivo di approfondire il processo decisionale e il ruolo della donna nella scelta, le fonti di informazione utilizzate e le raccomandazioni del proprio medico o professionista sanitario e la loro relazione con l'esitazione vaccinale. Considerando la scarsa letteratura sull'argomento, la tesi ha un carattere esplorativo e intende indagare se ci sia una relazione tra il ruolo decisionale preferito dalle donne e l'esitazione vaccinale, ad esempio si potrebbe prevedere che le donne che delegano maggiormente la decisione potrebbero essere quelle con un atteggiamento meno estremo verso la vaccinazione, mentre quelle che preferiscono un ruolo più attivo potrebbero essere quelle che hanno già maturato una posizione chiara rispetto alla vaccinazione. Inoltre, si intende indagare se la raccomandazione del professionista sanitario contribuisca in modo diverso all'esitazione vaccinale per donne con preferenze di ruolo decisionale diverso. Ci si potrebbe aspettare che la raccomandazione abbia un peso maggiore nel determinare le intenzioni delle donne quando desiderano delegare la scelta, mentre l'effetto sia minore quando desiderano condividere la scelta e sia minimo o non presente per le donne che vogliono un ruolo completamente attivo.

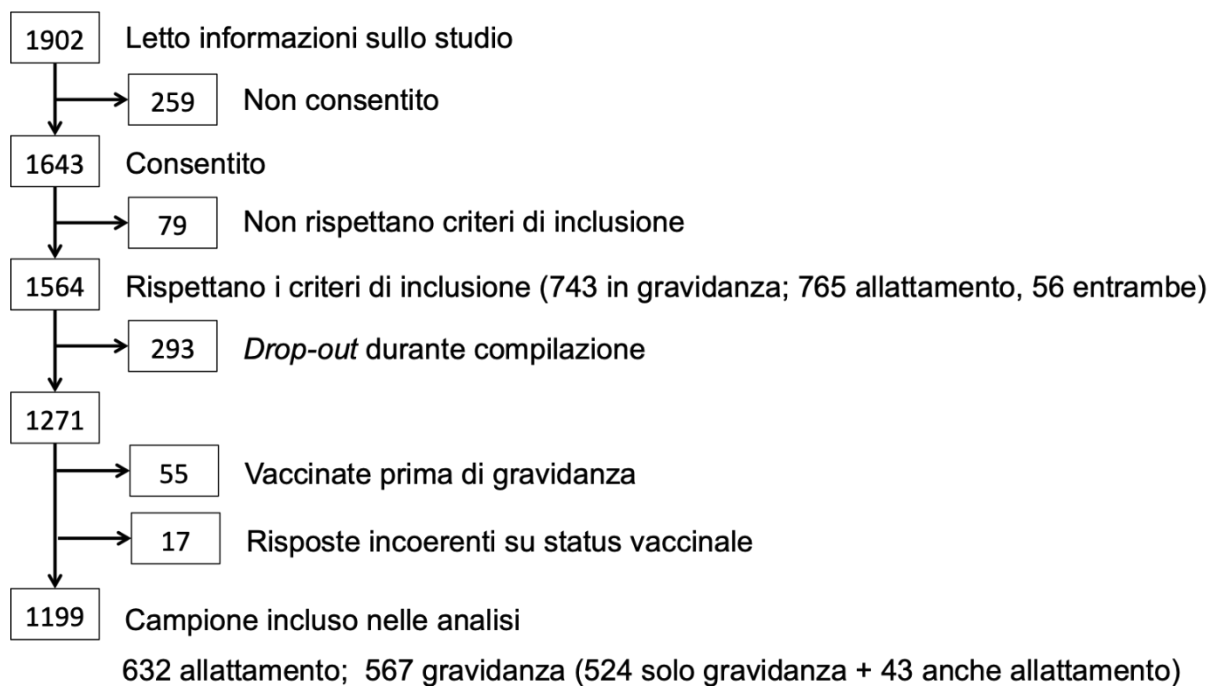
3.2 METODOLOGIA

3.2.1 Partecipanti

L'invito a partecipare allo studio e il relativo link è stato diffuso tramite social network a contatti del gruppo di ricerca e tramite gruppi e associazioni legate alla gravidanza e alla prima infanzia. Come illustrato in Figura 3, inizialmente il link con le informazioni sullo studio è stato seguito 1902 volte. Tra le donne che hanno acconsentito a partecipare allo studio e rispettavano i criteri di inclusione (N = 1564), il 18.7% ha abbandonato durante la compilazione, il 3.5% è stato escluso perché si era vaccinata prima della gravidanza, non consentendo di stabilire l'eventuale esitazione attribuibile allo stato di gravidanza, e

L'1.1% è stata esclusa perché ha fornito informazioni discordanti sul proprio stato vaccinale. Il campione analizzato per lo studio è quindi composto da 1199 donne, corrispondenti al 76.7% di coloro che hanno acconsentito a partecipare allo studio e rispettavano i criteri di inclusione. Di queste, poco più della metà (52.7%) erano esclusivamente in allattamento, le restanti erano esclusivamente in gravidanza (43.7%) o in entrambe le condizioni (3.6%). Queste ultime sono state considerate insieme alle donne in gravidanza ai fini delle analisi in quanto è la condizione che può preoccupare maggiormente rispetto al tema della vaccinazione.

Figura 3. Flowchart della partecipazione allo studio.



3.2.2 Strumenti e procedura

La presente ricerca ha indagato l'esitazione vaccinale contro il Covid-19 nelle donne in gravidanza e/o in allattamento mediante un questionario online. Quest'ultimo è stato realizzato tramite la piattaforma Qualtrics e diffuso sui social, tramite passaparola e sponsorizzazione da ricercatori del Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della

Socializzazione (DPSS) dell'Università degli Studi di Padova in collaborazione con ricercatori Dipartimento di Neuroscienze, Psicologia, Area del Farmaco e Salute del Bambino (NEUROFARBA) e del Dipartimento di Scienze della Salute (DSS) dell'Università di Firenze e del Dipartimento di Studi Umanistici dell'Università di Ferrara. Il questionario è stato somministrato da fine Luglio 2021 a inizio Settembre 2021. La durata media per la compilazione è stata di 15-20 minuti. Prima di accedere al questionario vero e proprio le partecipanti hanno ricevuto alcune informazioni generali sul questionario, lo scopo della ricerca e sono state informate sul nominativo e i modi per contattare i ricercatori coinvolti nel progetto. Inoltre, è stato spiegato che la partecipazione alla ricerca è volontaria, che c'è la possibilità di ritirarsi in qualsiasi momento e che viene garantito l'anonimato. Viene assicurato, inoltre, che i dati saranno trattati in forma aggregata e non singolarmente. Una volta letta l'informativa, le partecipanti hanno espresso il consenso a partecipare allo studio proseguendo con la compilazione del questionario.

Le domande del questionario di interesse per il presente elaborato riguardavano: lo stato attuale della donna, ovvero se in gravidanza e/o in allattamento; le caratteristiche socio-demografiche, come età, livello di scolarizzazione e professione; e informazioni relative al Covid-19, chiedendo se è stata positiva al Covid-19 negli ultimi mesi e se presenta una o più condizioni di rischio per il Covid-19. Alle donne in gravidanza si chiede anche di specificare la settimana di gravidanza al momento della compilazione, mentre alle donne che allattano si chiede di indicare quanti mesi ha il figlio più piccolo; successivamente si chiede a tutte le donne se hanno altri figli. Proseguendo, viene chiesto alle donne di dichiarare se hanno già ricevuto almeno una dose di vaccino e se l'abbiano ricevuta durante la gravidanza o l'allattamento. A chi non è ancora vaccinata si chiede di indicare l'intenzione a vaccinarsi in quel momento (quindi in gravidanza e/o in allattamento) e l'intenzione a farlo se non fosse in gravidanza e/o in allattamento, entrambe le domande sono misurate su una scala da 0 ("per niente probabile") a 100 ("estremamente probabile"). Successivamente si indaga il ruolo che la donna vorrebbe avere nella decisione sulla vaccinazione mediante la *Control preference scale* (CPS) (Degner, Sloan, & Venkatesh, 1997), validata anche in lingua italiana (Giordano et al., 2008, versione carta e matita; Solari et al., 2013, versione online). La scala è formata da un unico item nel quale viene chiesto: "*Rispetto alla decisione di effettuare o meno il vaccino contro la*

COVID-19, quale di queste vignette rappresenta meglio il ruolo che vorrebbe avere o che ha avuto nella comunicazione fra lei e la sua figura professionale di riferimento?”. Come illustrato in Figura 4, vi sono 5 alternative di risposte, da “voglio avere l’ultima parola sulla decisione” (ruolo completamente attivo) a “voglio lasciare al mio professionista sanitario la decisione” (ruolo completamente passivo), passando per il ruolo attivo-collaborativo, il ruolo completamente collaborativo e il ruolo passivo-collaborativo.

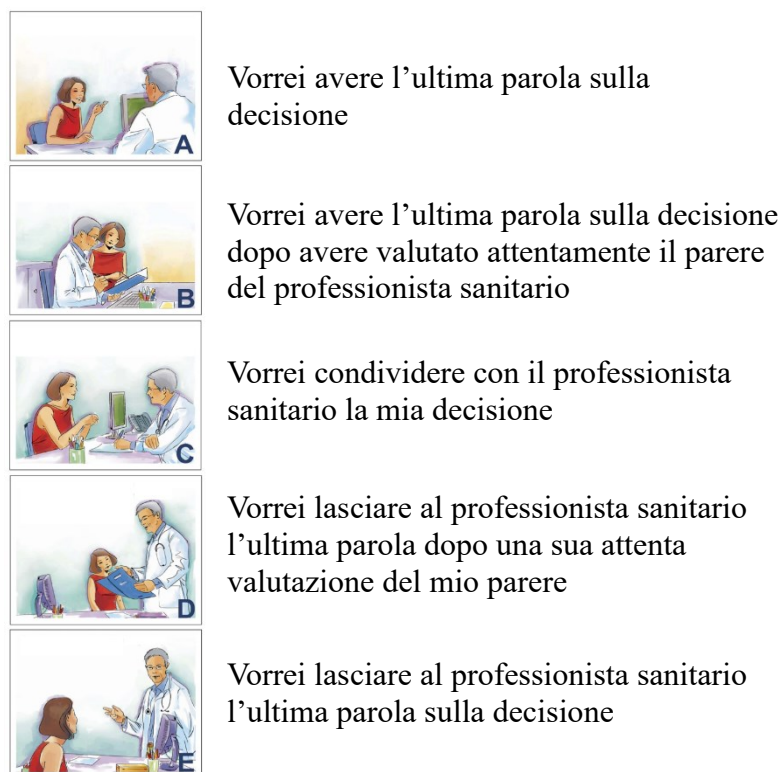


Figura 4. Preferenza di ruolo, adattamento della Control Preference Scale (Degner et al., 1997).

La domanda successiva chiede alla donna se abbia ricevuto un parere sulla vaccinazione contro il Covid-19 da un professionista sanitario e, in caso affermativo quanto sia stato un parere favorevole, su una scala da 0 (“per niente favorevole”) a 100 (“estremamente favorevole”). La sezione successiva del questionario indaga il cospirazionismo nei confronti del Covid-19 attraverso 7 diversi item, ad esempio “Il COVID-19 è usato dai governi per fare terrorismo psicologico”, “Il virus del COVID-19 è stato creato in laboratorio”. Il grado di accordo con le affermazioni è misurato su una scala da 1 (“per niente”) a 7 (“moltissimo”). A seguire si indaga la frequenza di utilizzo di diverse fonti

di informazioni, che sono: informazioni scientifiche ufficiali, informazioni da personale sanitario, informazioni non istituzionali, esperti sanitari che si occupano di divulgazione. Le risposte ad ogni item sono rilevate su una scala da 1 (“mai”) a 5 (“sempre”). Vengono poste anche due domande specifiche sull’importanza dei vaccini in gravidanza, più precisamente sul vaccino contro l’influenza e pertosse (dTap). Le risposte vengono rilevate su una scala di misura da 0 (“per nulla favorevole”) a 100 (“estremamente favorevole”). Tra le ultime informazioni indagate dal questionario vi è il livello di complottismo tramite Conspiracy Mentality Questionnaire (CMQ; Bruder, Haffke, Neave, Nouripanah, & Imhoff, 2013). Il questionario è composto da 5 item valutati su scala di accordo da 1 (“per niente”) a 7 (“moltissimo”). Esempi di item sono: “Le agenzie governative controllano da vicino tutti i cittadini” e “Vi sono organizzazioni segrete che influenzano molto le decisioni politiche”. Il questionario preso in esame per l’elaborato ha indagato anche altre variabili che non sono, però oggetto di studio della presente tesi.

3.3 RISULTATI

Caratteristiche demografiche

Il campione si distribuisce equamente tra donne che si sono vaccinate contro il COVID-19 con almeno una dose durante la gravidanza o durante l’allattamento ($n = 570$, 47.5%) e donne che non si sono vaccinate ($n = 629$, 52.5%). Le caratteristiche del campione e il confronto tra le donne vaccinate e non vaccinate sono riportati in Tabella 1. Le partecipanti hanno un’età media di circa 34 anni, leggermente più alta tra le donne vaccinate rispetto a quelle non vaccinate (34.6 vs. 34.0). Sebbene il campione sia equamente distribuito con una leggera maggioranza di donne che dichiara di essere in allattamento (52.7%), la netta maggioranza delle donne vaccinate è in allattamento (75.3%), al contrario di coloro che dichiarano di non essere vaccinate che sono prevalentemente in gravidanza (67.7%) e tale differenza è significativa. Il livello di scolarità tra le donne che hanno ricevuto il vaccino risulta più alto rispetto alle donne che non l’hanno ricevuto, infatti tra le donne che hanno ricevuto il vaccino c’è una percentuale maggiore di donne laureate (57.7% vs. 49.2%) o con un titolo superiore (19.8% vs. 12.6%) mentre tra le donne non vaccinate c’è una percentuale maggiore di donne con una licenza superiore (35.2% vs. 20.5%). Per quanto riguarda la professione non emergono

differenze nei due gruppi e la maggioranza che dichiara di essere dipendente in ambito pubblico o privato. Anche nel numero di figli non emergono differenze tra le donne vaccinate e non vaccinate. Le primipare e le donne con un altro figlio oltre a quello che allattano o che aspettano sono equamente distribuite (43%) mentre le restanti hanno due o più figli oltre a quello per le quali sono coinvolte nello studio. Tra le donne in gravidanza, l'età gestazionale è circa due settimane in più tra coloro che si sono vaccinate rispetto a coloro che non l'hanno fatto. Anche l'età del figlio allattato risulta maggiore tra coloro che si sono vaccinate rispetto a coloro che non si sono vaccinate di circa un mese e mezzo, sebbene ci sia ampia variabilità in entrambi i gruppi e coloro che allattano un figlio oltre i 3 anni siano similmente rappresentate nei due gruppi.

Tabella 1. Caratteristiche sociodemografiche del campione e confronto tra donne vaccinate e non vaccinate (valore di p associato a test F per le variabili continue e test del chi quadrato per le variabili categoriali)

	Tutte (<i>n</i> = 1199)	Non vaccinate (<i>n</i> = 629)	Vaccinate (<i>n</i> = 570)	<i>P</i>
Età <i>M</i> (<i>SD</i>)	34.2 (4.2)	34.0 (4.3)	34.6 (4.1)	.012
Stato della donna <i>F</i> (%)				< .001
Allattamento	632 (52.7)	203 (32.3)	429 (75.3)	
Gravidanza	567 (47.3)	426 (67.7)	141 (24.7)	
Scolarizzazione <i>F</i> (%)				< .001
Elementari o medie	30 (2.5)	19 (3.0)	11 (1.9)	
Superiori	338 (28.2)	221 (35.2)	117 (20.5)	
Laurea o simili	638 (53.3)	309 (49.2)	329 (57.7)	
Specializzazione o Dottorato	192 (16.0)	79 (12.6)	113 (19.8)	
Professione <i>F</i> (%)				.330
Dipendente pubblico o Privato	795 (66.3)	412 (65.5)	383 (67.2)	
Imprenditrice o libera Professionista	205 (17.1)	103 (16.4)	102 (17.9)	
Nessun lavoro o altro	199 (16.6)	114 (18.1)	85 (14.9)	
Altri figli <i>F</i> (%)				
No altri figli	514 (43.0)	281 (44.9)	233 (40.9)	.292
1 figlio/a	518 (43.3)	258 (41.2)	260 (45.6)	
2 o più figli/e	164 (13.7)	87 (13.9)	77 (13.5)	
Età Gestazionale <i>M</i> (<i>SD</i>)	25.2 (9.4)	24.6 (9.3)	26.8 (9.5)	.021
	(<i>n</i> = 479)	(<i>n</i> = 352)	(<i>n</i> = 127)	
Età Figlio/a Allattato/a				
età in mesi <i>M</i> (<i>SD</i>)	9.7 (8.2)	8.6 (8.0)	10.2 (8.2)	.014
	(<i>n</i> = 637)	(<i>n</i> = 216)	(<i>n</i> = 421)	
oltre i 36 mesi <i>F</i> (%)	37 (5.5%)	14 (6.1%)	23 (5.2%)	.624

Ruolo della donna nella decisione

Indagando il ruolo della donna nella decisione di vaccinarsi (Tabella 2), considerando l'intero campione risulta una percentuale più alta la preferenza per il ruolo attivo-collaborativo (42.8%), seguito dal ruolo completamente collaborativo (30.0%).

Tabella 2. Ruolo della donna nella scelta vaccinale e aver ricevuto il vaccino contro il Covid-19 *F(%)*.

	Tutte (<i>n</i> = 1199)	Non Vaccinate (<i>n</i> = 626)	Vaccinate (<i>n</i> = 570)
Attivo	109 (9.1)	78 (71.6)	31 (28.4)
Attivo-Collaborativo	512 (42.8)	286 (55.9)	226 (44.1)
Collaborativo	358 (29.9)	166 (46.4)	192 (53.6)
Passivo-	156 (13.0)	73 (46.8)	83 (53.2)
Collaborativo			
Passivo	61 (5.1)	23 (37.7)	38 (62.3)

Tuttavia, se questi risultati vengono confrontati con l'aver fatto o meno il vaccino si delinea una relazione significativa ($\chi^2(4) = 30.8, p < .001$): più il ruolo è attivo, maggiore è la preferenza per la non vaccinazione, più il ruolo è passivo e maggiore è la preferenza per la vaccinazione. Le donne con una preferenza di ruolo attivo risultano essere prevalentemente non vaccinate (71.6%). Anche nel ruolo attivo-collaborativo una leggera maggioranza non è vaccinata (55,9%), mentre nel ruolo completamente collaborativo c'è una leggera prevalenza delle donne vaccinate rispetto a quelle non vaccinate (53.2%), che aumenta ulteriormente nelle donne che preferiscono un ruolo passivo nella decisione (62.3%).

Parere del professionista sanitario

In questo studio è stata indagata anche la raccomandazione del professionista sanitario in relazione al ruolo preferito della donna nella presa di decisione. Dai risultati emerge che

la maggior parte del campione ha ricevuto un parere dall'operatore sanitario (78.6%) contro una minoranza che non l'ha ricevuta (21.4%). Se si osservano la relazione tra la ricezione di un parere e l'autonomia nella scelta vaccinale, emerge che coloro che hanno un ruolo attivo dichiarano di avere ricevuto meno spesso un parere rispetto alle donne con altri ruoli ($\chi^2(4) = 44.7, p < .001$, Tabella 3).

Tabella 3. Relazione tra aver ricevuto il parere da un operatore sanitario in merito alla vaccinazione contro il Covid-19 e il ruolo preferito dalla donna

		RICEVUTO PARERE	
		NO	SI
Ruolo Attivo		49 (45.0)	60 (55.0)
Ruolo Attivo-Collaborativo		111 (21.7)	401 (78.3)
Ruolo Collaborativo		62 (17.3)	296 (82.7)
Ruolo Passivo-	Collaborativo	27 (17.3)	129 (82.7)
Ruolo Passivo		7 (11.5)	54 (88.5)

Favorevolezza del parere del professionista sanitario

Successivamente alla raccomandazione dell'operatore sanitario, viene indagata la favorevolezza del parere del medico in merito alla vaccinazione e se questo risulta essere diverso in base ai diversi ruoli. Il parere risulta significativamente diverso ($F(4,1199) = 5.1, p < .001$, Figura 5). Osservando i dati emerge come spostandosi verso ruoli passivi aumenti la favorevolezza del parere sulla vaccinazione da parte dell'operatore sanitario. Infatti, coloro che dichiarano un parere maggiormente favorevole da parte del professionista sanitario sono le donne con ruolo passivo ($M = 65.7, SD = 3.3$), mentre spostandosi verso ruoli passivi la favorevolezza del parere tende a diminuire, fino a raggiungere il valore più basso tra le donne con ruolo attivo ($M = 53.5, SD = 41.21$). Test post-hoc corretti con LSD confermano che le donne con ruolo completamente attivo sono quelle che riferiscono il parere significativamente meno favorevole rispetto a tutte le altre ($p \leq .036$), che le donne con ruolo attivo-collaborativo hanno un punteggio intermedio

rispetto ai due ruoli contigui, dai quali si differenziano in modo significativo, riportando una parere meno favorevole rispetto al ruolo collaborativo ($p = .034$), sebbene non si differenzino dal ruolo passivo-collaborativo e da quello passivo ($p \geq .293$), che tra di loro non differiscono ($p = .580$).

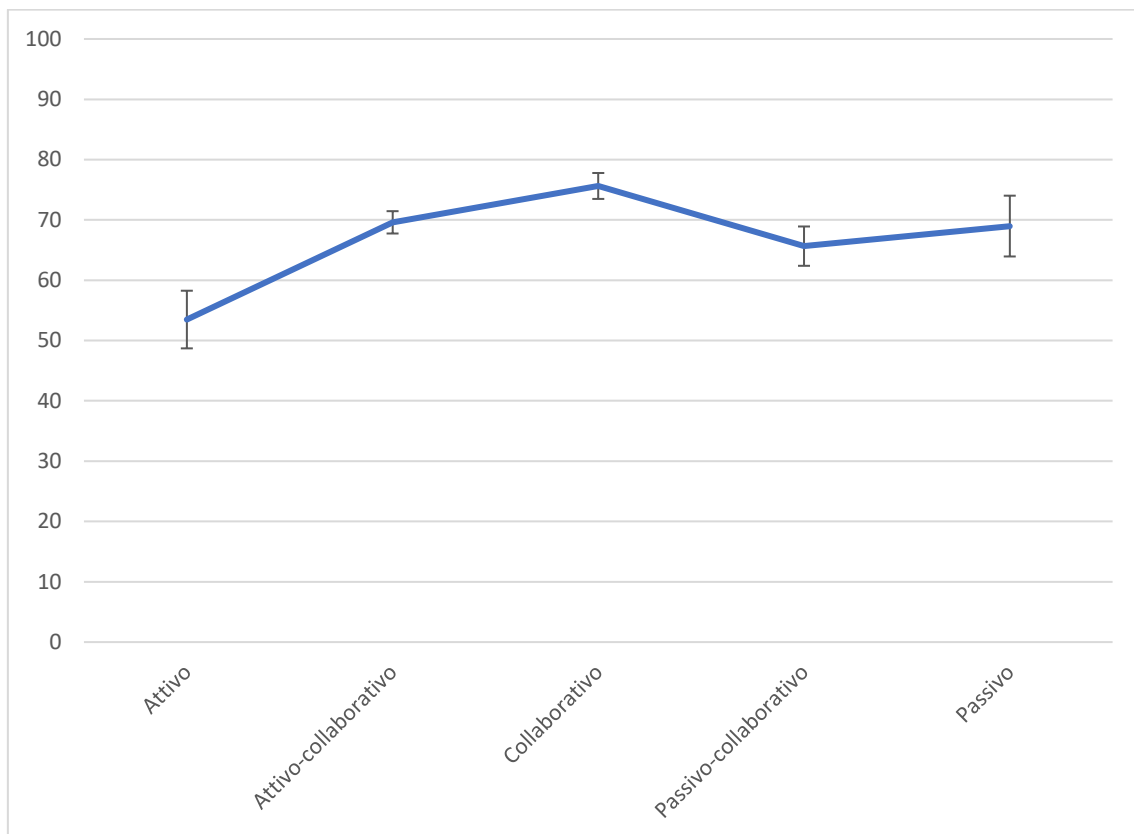


Figure 5. Favorevolezza del parere dell'operatore sanitario sulla vaccinazione contro il Covid-19.

In aggiunta, il presente studio ha confrontato la favorevolezza del parere del professionista e l'aver ricevuto il vaccino contro il Covid-19. Dai risultati emerge una relazione significativa tra le due variabili ($F(1, 1199) = 530.2, p < .001$). Precisamente, risulta che coloro che si sono poste alla vaccinazione hanno ricevuto una raccomandazione più favorevole alla vaccinazione contro il Covid-19 ($M = 91.9, SD = 18.6$), mentre coloro che non hanno fatto il vaccino hanno ricevuto una raccomandazione meno favorevole ($M = 46.5, SD = 38.6$).

Favorevolezza delle donne in allattamento e in gravidanza nei confronti delle vaccinazioni

L'elaborato ha indagato, inoltre, la favorevolezza nei confronti dei vaccini in generale e di due vaccini raccomandati in gravidanza: contro l'influenza e contro la pertosse. È stato indagato se le partecipanti con diverse preferenze di ruolo decisionale esprimano un giudizio di favorevolezza diverso. I risultati confermano che vi sono differenze significative nei giudizi sulle vaccinazioni in generale ($F(4, 1190) = 25.8, p < .001$, Figura 6). Le partecipanti che prediligono un ruolo passivo-collaborativo sono quelle che esprimono il giudizio più favorevole ($M = 91.7, SD = 17.5$), al contrario il gruppo delle donne dal ruolo attivo è quello che esprime il giudizio meno favorevole ($M = 66.5, SD = 35.6$), che ai test post-hoc corretti con LSD risulta significativamente più basso rispetto a tutti gli altri gruppi ($p < .001$). Anche in questo caso il gruppo attivo-collaborativo ha un punteggio intermedio, significativamente più favorevole del gruppo completamente attivo ($p < .001$) ma minore degli altri gruppi (vs. collaborativo $p = .065$, vs. passivo-collaborativo $p = .002$; vs. passivo $p = .072$).

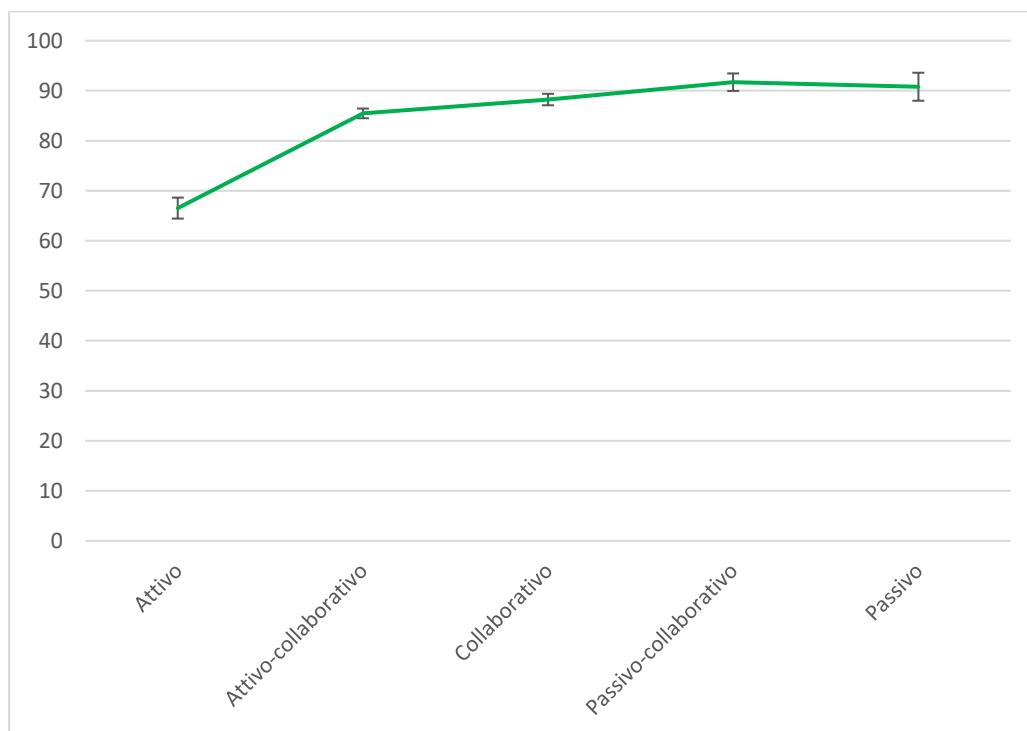


Figura 6. Favorevolezza delle donne in gravidanza e in allattamento nei confronti dei vaccini in generale.

Inoltre, il livello di favorevolezza alle vaccinazioni in generale è significativamente maggiore tra le donne che hanno ricevuto il vaccino contro il Covid-19 ($M = 92.9$; $SD = 13.8$) rispetto a coloro che non l'hanno ricevuto ($M = 79.1$; $SD = 27.0$; $F(1,1196) = 120.3$, $p < .001$).

Successivamente altre indagini sono state svolte in merito all'importanza di altre vaccinazioni durante la gravidanza, in questo caso sono state prese in esame la vaccinazione contro la pertosse e contro l'influenza (Figura 7). In generale la vaccinazione contro la pertosse viene considerata molto più importante ($M = 70.3$, $SD = 35.7$), rispetto alla vaccinazione contro l'influenza ($M = 46.9$, $SD = 35.8$). Indagando se vi siano differenze in base alla preferenza di ruolo decisionale, l'importanza percepita della vaccinazione contro la pertosse risulta significativamente diversa ($F(4,1199) = 17.1$, $p < .001$), così come l'importanza percepita della vaccinazione contro l'influenza ($F(4,1199) = 23.06$, $p < .001$) analogamente alla favorevolezza sui vaccini in generale. Infatti, nel caso della vaccinazione contro la pertosse emerge che, nel caso di ruolo passivo, questa viene considerata molto più importante ($M = 78.9$, $SD = 29.7$), rispetto a chi preferisce un ruolo attivo ($M = 51.0$, $SD = 41.1$). In particolare, i test post-hoc corretti con LSD confermano che i punteggi del gruppo con ruolo completamente attivo sono significativamente inferiori a tutti gli altri ($p < .001$) e che i punteggi del gruppo attivo-collaborativo sono intermedi, differenziandosi sia da quelli del gruppo attivo che dagli altri gruppi ($p < .011$). Inoltre, il gruppo passivo-collaborativo ha punteggi maggiori rispetto al gruppo collaborativo ($p = .016$) ma non si differenzia dal gruppo completamente passivo ($p = .446$). Anche nel caso della vaccinazione contro l'influenza, tra coloro che preferiscono il ruolo passivo viene considerata più importante durante la gravidanza ($M = 62.1$, $SD = 34.6$), rispetto a chi predilige un ruolo attivo ($M = 24.9$, $SD = 31.4$). I test post-hoc corretti con LSD mostrano un pattern di risultati simili, confermando che il gruppo con ruolo completamente attivo giudica significativamente meno importante l'anti-influenzale rispetto a tutti gli altri gruppi ($p < .001$) e che il gruppo attivo-collaborativo ha giudizi intermedi, maggiori del gruppo attivo ma minori rispetto a tutti gli altri gruppo ($p < .001$), che non si differenziano significativamente tra loro ($p > .068$).

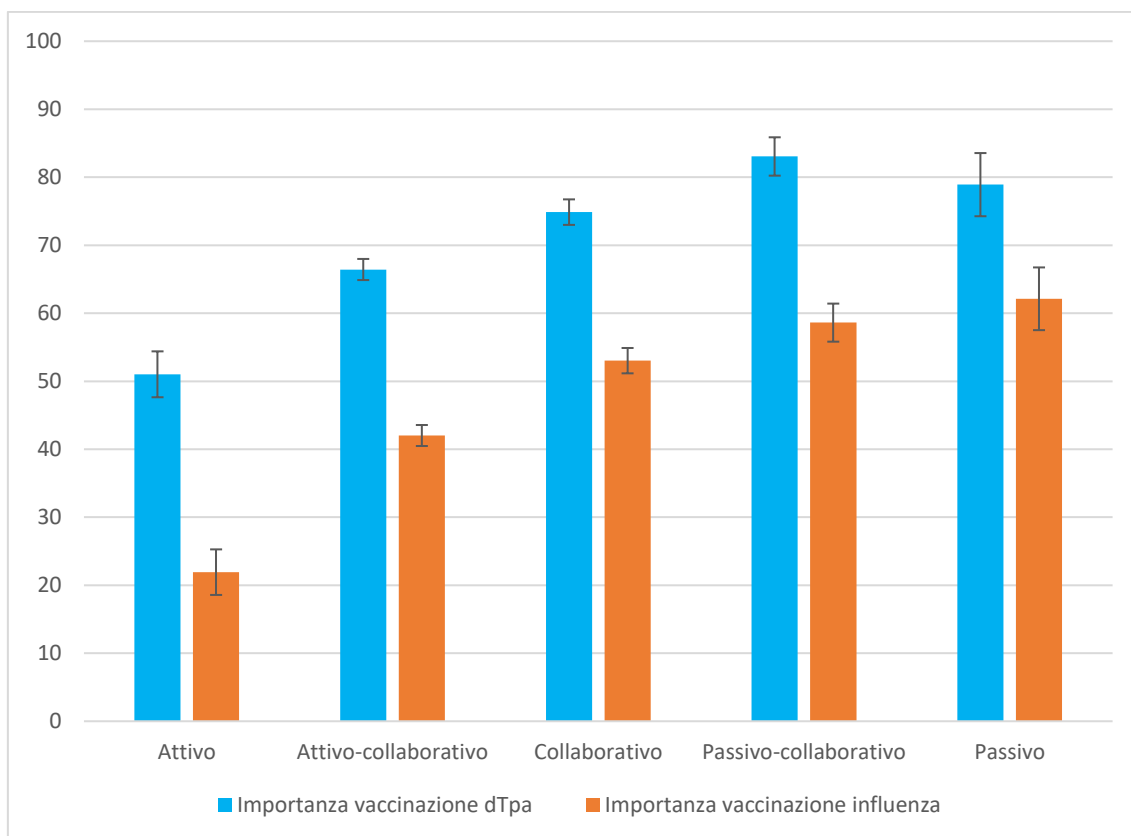


Figura 7. Relazione tra il ruolo preferito delle donne nella decisione e importanza delle vaccinazioni dTap e influenza

Inoltre, è stata esplorata la relazione tra l'importanza della vaccinazione dTap e contro l'influenza e l'aver ricevuto il vaccino contro il Covid-19 (Tabella 4). I risultati mostrano come in entrambi i casi analizzati, chi ha ricevuto il vaccino contro il Covi-19 considera il vaccino dTap ($F(1,1199) = 133.6, p < .001$) e il vaccino contro l'influenza ($F(1,1199) = 203.9, p < .001$) durante la gravidanza più importanti rispetto a chi non ha ricevuto il vaccino.

Tabella 4. Relazione tra aver fatto il vaccino contro il Covid-19 e giudizio di importanza della vaccinazione in gravidanza con vaccino dTap e anti-influenzale

	Ricevuto vaccino Covid-19	
	No	Si
Importanza della vaccinazione contro dTap <i>M (SD)</i>	59.1 (39.14)	82.1 (27.09)
Importanza della vaccinazione contro l'influenza <i>M (SD)</i>	33.4 (34.50)	61.1 (31.36)

Le fonti di informazione

Anche le fonti di informazioni utilizzate dalle donne in gravidanza risaltano essere utili per comprendere il fenomeno (Figura 8). Osservando i risultati si osserva come le informazioni scientifiche ufficiali siano usate meno da chi ha un ruolo passivo ($M = 3.56$, $SD = 1.11$, $F(4,1190) = 2.8$, $p = .025$), che si differenzia in modo significativo ai test post-hoc rispetto a tutti gli altri gruppo ($p \leq .006$). Al contrario emerge come le informazioni del personale sanitario si differenzino significativamente in base al ruolo ($F(4,1190) = 9.8$, $p < .001$), che risultano meno utilizzate da chi ha un ruolo attivo ($M = 3.7$, $SD = 1.07$), utilizzo che risulta ai post-hoc significativamente inferiore a tutti gli altri gruppi ($p < .001$) che invece non si differenziano tra loro ($p > .107$). Le informazioni non istituzionali risultano essere utilizzate diversamente in base al ruolo ($F(4,1190) = 2.4$, $p = .046$). In particolare i test post-hoc confermano che coloro che prediligono un ruolo attivo nella decisione ($M = 2.3$, $SD = 1.07$) le usano significativamente più spesso rispetto a coloro con un ruolo collaborativo o passivo-collaborativo ($p < .026$) e tendono a farlo rispetto a chi ha un ruolo passivo ($p = .075$). I punteggi del gruppo attivo-collaborativo si differenziano meno rispetto agli altri pattern, risultando inferiori solo al gruppo collaborativo ($p = .047$) e tendendo ad esserlo con il gruppo passivo-collaborativo ($p = .068$). Infine, l'uso di esperti divulgatori come fonte di informazioni differisce significativamente in base al ruolo ($F(4,1190) = 3.35$, $p = .010$) ma il pattern di risultati è meno chiaro, con il gruppo passivo-collaborativo con i punteggi maggiori, che si

confermano tali ai test post-hoc in confronto a tutti gli altri gruppi ($p < .011$) che non differiscono tra loro ($p > .065$).

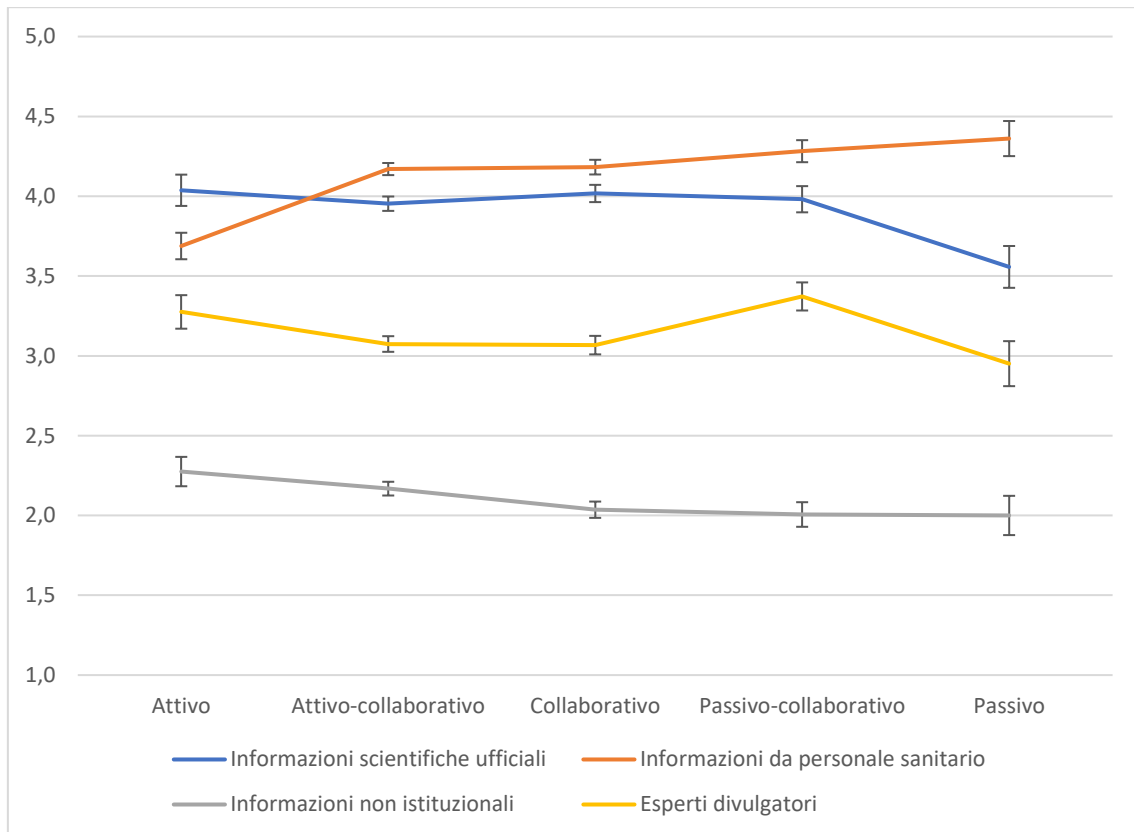


Figura 8. Le fonti di informazioni maggiormente utilizzate per informarsi sulla vaccinazione e loro relazione col ruolo decisionale preferito dalle partecipanti.

Intenzione a vaccinarsi contro il Covid-19

L'intenzione a vaccinarsi contro il Covid-19 è stata distinta in: intenzione a vaccinarsi ora, oppure intenzionata a vaccinarsi se non si fosse in allattamento o in gravidanza. Queste due variabili sono poi state confrontate in base al ruolo decisionale della donna (Figura 9). Dai risultati emerge l'intenzione a vaccinarsi è significativamente diversa ($F(4,1190) = 27.7, p < .001$). Risulta essere maggiore in coloro che hanno un ruolo passivo ($M = 59.3, SD = 39.9$), mentre è molto più bassa in coloro che prediligono un ruolo attivo ($M = 7.0, SD = 16.5$). Se si indaga l'intenzione a vaccinarsi se non fossero in uno stato di

allattamento o gravidanza emergono risultati analoghi, ovvero un'intenzione a vaccinarsi maggiore in coloro che prediligono un ruolo passivo ($M = 94.0, SD = 20.5$) e un'intenzione inferiore nel gruppo di donne che dichiara di preferire un ruolo attivo nella decisione ($M = 36.2, SD = 42.0$). In entrambi i casi si hanno valori intermedi di intenzione per le preferenze di ruolo intermedie e i test post-hoc mostrano differenze significative tra tutti i ruoli, eccetto che tra il ruolo passivo-collaborativo e quello completamente passivo.

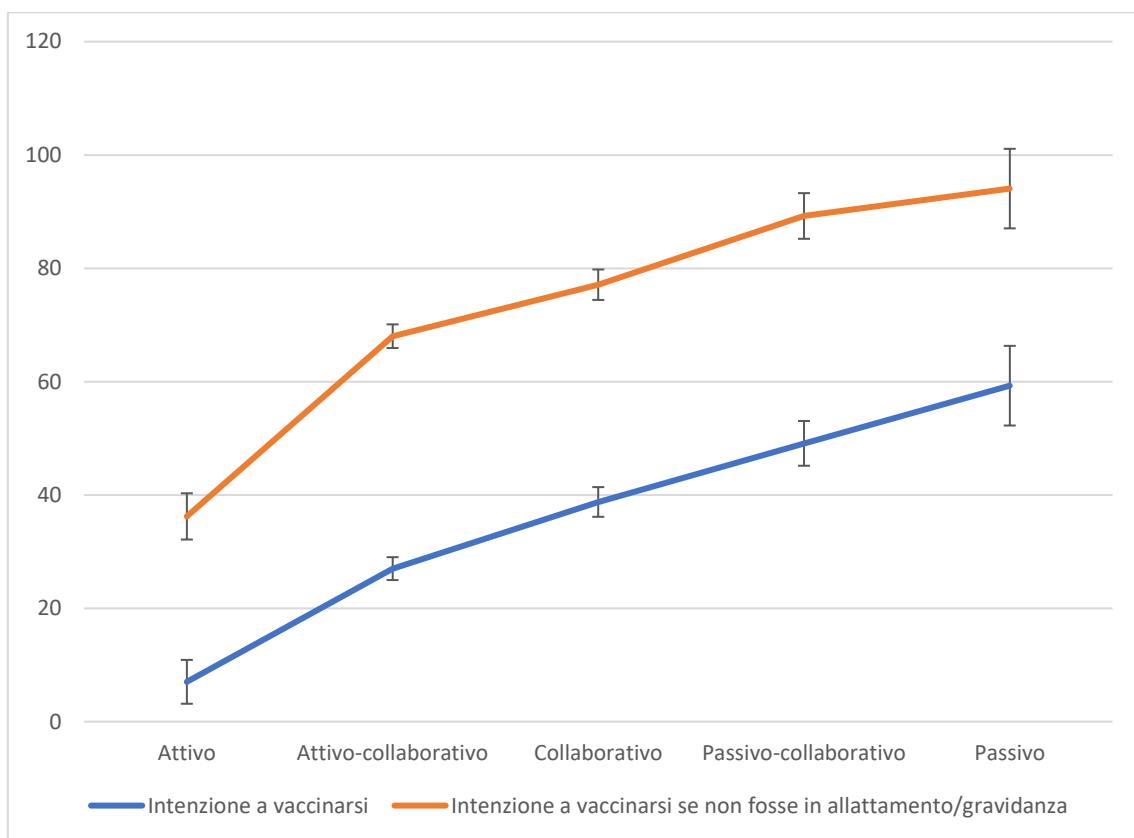


Figura 9. Intenzione a vaccinarsi o intenzione a vaccinarsi se non fosse in allattamento o gravidanza in relazione al ruolo preferito dalla donna nella decisione vaccinale

Cospirazionismo, vaccinazione e ruolo decisionale

Passando poi ad indagare il livello di cospirazionismo, risulta esserci una relazione significativa tra il cospirazionismo e l'aver fatto il vaccino ($F(4,1199) = 77,5, p < .001$).

Risulta che coloro che non hanno fatto il vaccino hanno maggiori livelli di cospirazionismo ($M = .24, SD = 1.00$), rispetto a chi si è sottoposta alla vaccinazione ($M = -.26, SD = .93$). Successivamente, il cospirazionismo è stato indagato in funzione al tipo di ruolo preferito dalla donna e questi risultano avere una relazione significativa ($F(4,1199) = 20,36, p < .001$) (Figura 10). Sono emersi livelli di cospirazionismo più bassi tra le donne che prediligono un ruolo passivo ($M = -.40, SD = 1,00$), mentre al contrario chi ha un ruolo attivo presenta livelli di cospirazionismo molto più elevati ($M = .71, SD = .99$), che ii test post-hoc confermano essere significativamente maggiori rispetto a tutti gli altri gruppi ($p < 001$). Il gruppo passivo-collaborativo ha punteggi intermedi, che sono significativamente maggiori rispetto al ruolo collaborativo, passivo-collaborativo e passivo ($p < .020$), che hanno punteggi progressivamente inferiori sebbene con crescente varibailità.

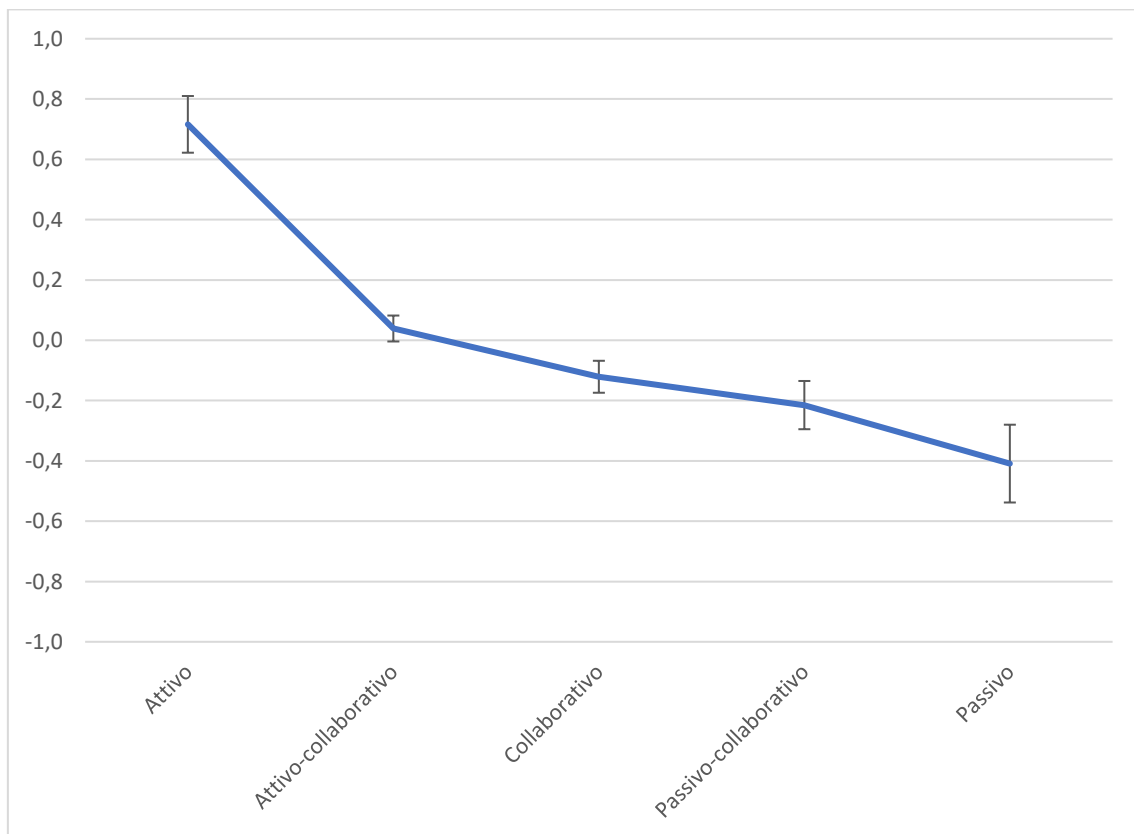


Figura 10. Relazione tra ruolo decisionale preferito dalle donne e cospirazionismo

4 DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

4.1 DISCUSSIONE

La presente ricerca ha avuto lo scopo di indagare l'esitazione vaccinale nei confronti del vaccino contro il Covid-19 su un campione di donne in gravidanza e in allattamento. Il campione in esame è costituito da 1199 partecipanti, 632 donne in allattamento e 567 in gravidanza.

La ricerca si è proposta di esaminare le differenze tra le donne in allattamento e in gravidanza che hanno scelto di vaccinarsi contro il Covid-19 e coloro che hanno deciso di non accettarlo. Più precisamente è stato messo in relazione lo status vaccinale e le caratteristiche sociodemografiche del campione con altre variabili, tra cui: il ruolo decisionale della donna nella scelta vaccinale, l'aver ricevuto un parere dal proprio professionista sanitario di riferimento e la sua favorevolezza, la favorevolezza nei confronti delle vaccinazioni in generale e per quelle in gravidanza, le fonti di informazioni utilizzate, l'intenzione a vaccinarsi contro in Covid-19 (per coloro che ancora non l'hanno fatto), e il livello di cospirazionismo.

Prima di partire ad analizzare i risultati, è necessario precisare che il presente studio è stato condotto tra Luglio e Settembre 2021, e al tempo le indicazioni ufficiali delle autorità preposte, incluso l'Istituto Superiore di Sanità e l'OMS, era quelle di considerare alle donne in gravidanza la vaccinazione solo in caso in cui la donna fosse considerata a rischio. Un unico documento diffuso il 5 maggio dal SIGO dichiarava invece gli effetti negativi del Covid-19 in caso di contrazione del virus in gravidanza, e la sicurezza del vaccino. Per le raccomandazioni ufficiali dall'ISS sull'estensione della vaccinazione anche al popolo di donne in gravidanza è necessario attendere il 24 Settembre 2021, quando ormai lo studio era al termine. Per tale ragione è necessaria la lettura dei risultati tenendo presente il periodo di raccolta dei dati e le circostanze in cui il campione in esame ha fornito le proprie risposte.

Dalle analisi risulta che la maggioranza delle donne che ha accettato la vaccinazione è in allattamento, mentre quelle in gravidanza sono una minoranza. Osservando il livello di scolarità risulta essere più alto tra le donne che dichiarano di aver ricevuto il vaccino. Questi risultati potrebbero essere interpretati sulla base della letteratura secondo cui un

maggior livello di istruzione potrebbe favorire una maggiore conoscenza o comprensione delle informazioni (Dubé et al., 2014).

Lo studio si è inoltre, concentrato sul ruolo decisionale preferito dalla donna nella scelta di vaccinarsi o meno. Le raccomandazioni al momento dello studio erano di discutere con l'operatore sanitario dei vantaggi e gli svantaggi nel sottoporsi alla vaccinazione, e valutare attentamente ogni caso. Per cui la ricerca ha indagato su chi dovesse ricadere l'ultima parola nella decisione, usando una scala di preferenza di ruolo (*Control preference scale*, Degner, Sloan, & Venkatesh, 1997) molto usata nella letteratura che indaga la relazione tra medico e paziente nella presa di decisione. Emerge che una maggioranza predilige il ruolo attivo-collaborativo, mentre il resto dei ruoli sono preferiti da una minoranza. Indagando la relazione tra la preferenza di ruolo e l'aver ricevuto il vaccino, emerge che tra chi predilige il ruolo attivo e attivo-collaborativo c'è una maggioranza che dichiara di non avere ricevuto il vaccino, mentre chi predilige il ruolo collaborativo, collaborativo-passivo o passivo mostra una maggioranza che si è sottoposta alla vaccinazione. Questo risultato non è completamente in linea con la possibile ipotesi illustrata nell'introduzione dello studio, che prevedeva che le donne che delegano maggiormente la decisione fossero quelle con un atteggiamento meno estremo verso la vaccinazione, mentre quelle che preferiscono un ruolo più attivo fossero quelle che hanno già maturato una posizione chiara rispetto alla vaccinazione. Infatti, se guardiamo anche ai risultati relativi all'atteggiamento nei confronti delle vaccinazioni in generale, i giudizi di importanza delle vaccinazioni in gravidanza e l'intenzione a vaccinarsi tra coloro che ancora non l'hanno fatto, i risultati suggeriscono che le persone che preferiscono un ruolo attivo siano coloro che hanno già sviluppato un atteggiamento più negativo e quindi preferiscono autonomamente declinare la vaccinazione. Come esposto dalla letteratura questa tendenza ad essere maggiormente sicure della propria scelta emerge in coloro che rifiutano la vaccinazione (Karafillakis et al., 2021). Non è possibile escludere che tra coloro che hanno indicato un ruolo attivo vi siano anche partecipanti con un atteggiamento estremamente a favore delle vaccinazioni, ma forse questi casi sono limitati alle situazioni nelle quali le partecipanti non hanno incontrato il favore dei professionisti sanitari nell'avvallare la loro scelta. Ad esempio, in un commento a margine dello studio, una partecipante ha scritto di avere omesso di segnalare di essere in allattamento al colloquio pre-vaccinale dopo che in precedenza tale dichiarazione aveva

portato il medico vaccinatore a non consentire la somministrazione del vaccino. Specialmente nel caso del vaccino contro il Covid-19 alcuni operatori sanitari potrebbero essere preoccupati di possibili conseguenze negative della vaccinazione, dovuto anche dalla scarsità di dati sull'efficacia in gravidanza e allattamento, e come emerso dalla letteratura questa può essere una barriera dei sanitari a effettuare la vaccinazione (Vilca & Esposito, 2018).

La letteratura mette in mostra come le raccomandazioni da parte dei sanitari siano essenziali per incrementare l'accettazione vaccinale, sia in termini di modalità comunicative con cui si raccomanda la vaccinazione, sia in termini di frequenza con cui si raccomanda la vaccinazione (Kilich et al., 2020; Crescini et al., 2019). Per tali ragioni, questo studio ha indagato se le donne avessero ricevuto un parere dal proprio professionista sanitario e se sì, quanto favorevole, alla luce del ruolo che le donne preferiscono avere durante la decisione. Emerge infatti che coloro che prediligono un ruolo attivo hanno ricevuto meno spesso un parere dal proprio medico, mentre spostandosi verso ruoli collaborativi e passivi aumenta la percentuale di coloro che hanno ricevuto un parere. Questo risultato potrebbe essere interpretato sulla base del fatto che sia la donna stessa a cercare la raccomandazione da parte del professionista. Questa interpretazione è supportata dal fatto che, indagando la frequenza di uso di diverse fonti di informazioni, le donne con il ruolo attivo sono quelle che dichiarano di rivolgersi meno spesso al personale sanitario come fonte di informazione e tendono ad affidarsi più frequentemente a informazioni non ufficiali. Nonostante meno frequentemente rispetto agli altri ruoli, anche nel caso del ruolo attivo il 55% dichiara di avere ricevuto un parere, per questa ragione si potrebbe confermare che, oltre ad una minore ricerca del parere del professionista, vi è una tendenza a scartare il parere del professionista, in quanto maggiormente tendenti a rifiutare la vaccinazione. In aggiunta è stata indagata anche la favorevolezza del parere del professionista, evidenziando come spostandosi verso ruoli attivi la favorevolezza alla vaccinazione dall'operatore sanitario tende ad essere minore, mentre spostandosi verso ruoli più passivi questo risulta essere più favorevole alla vaccinazione. Questo risultato potrebbe essere spiegato dal fatto che nei casi in cui la donna prediliga un ruolo attivo si affidi maggiormente ad operatori sanitari con un parere simile al proprio, quindi con una diffidenza maggiore nei confronti della vaccinazione, oppure si potrebbe pensare che sia la donna stessa ad interpretare in maniera più negativa il parere

del professionista, per conciliarlo con la propria visione e decisione. Rispetto alla prima possibile spiegazione, la letteratura ha evidenziato che coloro che si affidano alla medicina complementare e alternativa tendano nel complesso ad essere più riluttanti alle vaccinazioni rispetto a coloro che non ne fanno uso (Hornsey et al., 2020). Rispetto alla seconda possibile spiegazione, essa potrebbe risiedere nel fenomeno del *post-decisional justification*: tra due alternative, la propria scelta dopo la decisione viene valutata più positivamente rispetto a come era stata valutata prima della scelta (Brehm, 1956). Utilizzando tale prospettiva, dunque, si potrebbe spiegare come coloro che hanno deciso di vaccinarsi valutano in maniera molto più positiva la favorevolezza del parere del professionista nei confronti della vaccinazione mentre coloro che hanno deciso di non vaccinarsi potrebbero cercare di individuare elementi a favore della propria decisione, per tale ragione il parere del professionista sanitario verrebbe considerato più negativo rispetto a chi ha deciso di vaccinarsi.

A conclusione di tale analisi si potrebbe affermare che sia la posizione della donna sulla vaccinazione a guidare la decisione, in quanto, in funzione della posizione, predilige un ruolo decisionale più o meno attivo, e di conseguenza si tenda a rifiutare (o “scontare”) o ad accettare la raccomandazione del medico. Infatti, a conferma di ciò, si possono considerare quante donne abbiano ricevuto il parere nel gruppo del ruolo attivo-collaborativo e la loro decisione riguardo alla vaccinazione. In questo caso risulta che il 78% ha ricevuto un parere da parte del professionista sanitario, che è anche mediamente più favorevole rispetto a quello ricevuto dal gruppo con ruolo attivo, ma osservando poi la loro decisione, una maggioranza (sebbene meno netta) rifiuta comunque il vaccino. Quindi in questo caso si potrebbe affermare che, nonostante il parere favorevole, il ruolo attivo abbia un peso maggiore sulla scelta vaccinale, suggerendo che la preferenza di un ruolo attivo sia secondaria ad una posizione già scettica e diffidente nei confronti delle vaccinazioni. Spostandosi invece, verso ruoli passivi si osserva come la maggioranza riceva un parere da parte dell’operatore sanitario, parere più positivo, e, allo stesso tempo, la maggioranza riceve anche la vaccinazione. Questo risultato potrebbe essere spiegato da fatto che scegliendo ruoli tendenti al passivo, ci si affida completamente all’operatore sanitario nella scelta vaccinale, mentre spostando verso ruoli più attivi, si cerca meno il parere del medico probabilmente anche per il fatto che la donna potrebbe supporre la

favorevolezza ai vaccini del sanitario, mentre la donna è di partenza contraria o estremamente scettica.

Inoltre, dai risultati emerge che coloro che hanno un atteggiamento attivo sono meno favorevoli alle vaccinazioni in generale, e questo potrebbe essere spiegato dal fatto che chi predilige un ruolo attivo ha anche un atteggiamento meno favorevole nei confronti dei vaccini. Questi dati risultano analoghi anche nel caso dell'importanza delle vaccinazioni contro la pertosse e l'influenza, infatti emerge come spostandosi verso ruoli attivi l'importanza di tali vaccinazioni diminuisce, mentre spostandosi verso ruoli passivi aumenta.

Per avere una visione completa del fenomeno, è stata indagata anche l'importanza di altre vaccinazioni, ovvero dTap e influenza, in gravidanza secondo i partecipanti. Dai risultati si evidenzia come la vaccinazione contro la pertosse sia considerata più importante in gravidanza rispetto al vaccino contro l'influenza. In generale i risultati mostrano come coloro che hanno accettato la vaccinazione contro il Covid-19 considerano anche più importante la vaccinazione contro la pertosse e l'influenza rispetto a chi non si è vaccinata contro il Covid-19. Questo risultato potrebbe essere interpretato con un atteggiamento più positivo nei confronti dei vaccini in generale. In linea con gli altri risultati anche nel caso di altre vaccinazioni in gravidanza, se si osserva la preferenza di ruolo decisionale emerge come coloro che prediligono un ruolo attivo considerano meno importanti le altre vaccinazioni raccomandate in gravidanza rispetto agli altri gruppi.

Riguardo le fonti di informazioni più utilizzate, dai risultati emerge che le donne con un ruolo passivo prediligono principalmente le informazioni provenienti dal personale sanitario, e risultano essere coloro che utilizzano meno le informazioni ufficiali, e questo dato potrebbe essere interpretato con una tendenza ad una minore capacità di prendere una decisione e, potrebbe confermare la tendenza a delegare completamente la scelta all'operatore sanitario in caso di ruolo passivo. Al contrario, coloro che hanno un ruolo attivo hanno una tendenza opposta, ovvero non fanno affidamento su informazioni provenienti da professionisti sanitari ma su altre fonti come informazioni non ufficiali. Questo risultato potrebbe essere spiegato dal fatto che le donne con un ruolo attivo potrebbero avere un atteggiamento negativo nei confronti della vaccinazione, per cui nel caso in cui facessero affidamento sugli operatori sanitari riceverebbero raccomandazioni contrarie alla propria posizione di partenza. In aggiunta si potrebbe anche pensare che,

vista la tendenza a fare affidamento anche su fonti di informazioni non ufficiali, le conoscenze che possiedono in merito ai vaccini potrebbero essere anche in parte errate o fuorviati, rinforzando per cui il proprio atteggiamento negativo nei confronti della vaccinazione. Infatti, come dimostrato da Dubé e colleghi (2014) tra i fattori individuali che favoriscono il rifiuto alla vaccinazione vi sono conoscenze errate della vaccinazione e delle diverse infezioni e malattie. In aggiunta, come visto in precedenza, Gencer e colleghi (2022) osservano come vi sia una tendenza delle donne che utilizzano siti web non istituzionali e forum a rifiutare la vaccinazione.

Un altro elemento che contribuisce a suggerire che la preferenza di un ruolo decisionale più attivo sia legata ad una posizione già più critica nei confronti dei vaccini deriva dall'analisi del livello di cospirazionismo. Effettivamente, il cospirazionismo risulta essere molto più elevato tra il gruppo che predilige un ruolo attivo, mentre tende a diminuire spostandosi verso i ruoli passivi. Questo risultato suggerisce che alti livelli di cospirazionismo portino una maggiore tendenza a prediligere un ruolo attivo e prendere una decisione autonomamente. Osservando il livello di cospirazionismo e l'aver fatto il vaccino contro il Covid-19 risulta che maggiori livelli di cospirazionismo siano associati ad una minore probabilità ad aver fatto il vaccino, al contrario minori livelli di cospirazionismo siano associati ad un maggiore probabilità ad aver fatto il vaccino. Una possibile spiegazione potrebbe risiedere nella mancanza di fiducia nel personale sanitario che, definita come *confidence* nei modelli dell'esitazione vaccinale, si è visto essere molto importante per l'accettazione vaccinale (MacDonald, 2015; Betsch et al., 2018; Geiger et al., 2021).

Infine, nel presente elaborato è stata indagata l'intenzione a vaccinarsi contro il Covid-19, e l'intenzione vaccinarsi se non fossero in allattamento o in gravidanza tra le donne che ancora non si sono vaccinate. In generale l'intenzione a vaccinarsi durante la gravidanza o l'allattamento è più bassa dell'intenzione a vaccinarsi se non fossero in allattamento e in gravidanza. Questo risultato potrebbe essere spiegato dal fatto che al momento della rilevazione dei dati, non si avevano informazioni ufficiali sulla vaccinazione in gravidanza e in allattamento, sebbene in quel periodo si discutesse la prima forma di Certificazione Verde che sarebbe entrata in vigore dal 6 Agosto 2021 per accedere ai bar e ristoranti al chiuso, a eventi sportivi e culturali e nelle palestre, e le donne in gravidanza potevano richiedere l'esenzione dalla vaccinazione ed avere

comunque la Certificazione Verde ma si specificava che la vaccinazione non era controindicata in gravidanza, mentre l'allattamento non costituiva motivo di esenzione. Inoltre, i dati sulle donne in gravidanza non erano ancora del tutto chiari, sebbene non fossero più così rari come al momento delle prime linee guida ItOSS di Gennaio 2021, ma molte donne in gravidanza erano probabilmente timorose a sottoporsi alla vaccinazione in gravidanza a causa dell'esclusione dalla sperimentazione e la paura di ripercussioni sulla salute del bambino (Mappa et al., 2021). È comunque interessante notare che l'esitazione vaccinale delle donne in gravidanza sembra essere temporanea, infatti non emergono differenze di intenzione a vaccinarsi nei due gruppi nel modello riferito all'intenzione se non fossero in gravidanza o in allattamento. Tale risultato è in linea con la definizione proposta dal SAGE, ovvero che l'esitazione vaccinale può dipendere da numerosi fattori, tra cui elementi legati al vaccino, e in questo caso trattandosi di un vaccino "nuovo" e sviluppato in tempi rapidi potrebbe aver destato timori tra la popolazione. E inoltre, trattandosi di un campione di donne in allattamento e in gravidanza il timore di conseguenze negative sul feto potrebbero aver spinto parte del campione a rifiutare la vaccinazione, confermando che in alcuni momenti della storia dell'individuo si può essere più esitanti.

Se si osserva l'intenzione a vaccinarsi e l'intenzione a vaccinarsi se non fossero in allattamento o in gravidanza in relazione al ruolo preferito nella presa di decisione viene mostrato, come per altri risultati, che chi preferisce un ruolo più attivo tende ad avere meno intenzione di vaccinarsi in entrambi i casi, mentre spostandosi verso ruoli passivi si ha una maggiore intenzione di vaccinarsi.

Da questo studio è possibile suggerire che l'atteggiamento nei confronti del vaccino potrebbe venire prima della preferenza del ruolo decisionale, e quindi il parere dell'operatore sanitario, nel caso di ruoli tendenti all'attivo, può avere meno peso sulla scelta, ma risulta essere fondamentale in caso di ruolo passivo.

4.2 LIMITI

Un limite della ricerca riguarda la relazione tra l'atteggiamento nei confronti del vaccino e il ruolo decisionale della donna. Ciò che non risulta chiaro dal presente studio è quale dei due fattori avvenga prima o influenzi l'altro, ovvero se sia l'atteggiamento nei

confronti del tema che spinga verso un determinato ruolo nella decisione, oppure se sia la preferenza per uno specifico ruolo nella decisione a favorire l'atteggiamento nei confronti della vaccinazione. Se da una parte la preferenza di ruolo può essere pensata come una dimensione "di tratto", che pertiene all'atteggiamento proattivo che una donna può volere avere in qualsiasi decisione che riguardi la sua salute, dall'altra si può anche immaginare che la preferenza possa declinarsi in modo diverso a seconda del contesto, assumendo quindi una accezione "di stato". Nel primo caso sarebbe la preferenza di ruolo a influenzare la scelta, nel secondo sarebbe l'atteggiamento nei confronti del tema a portare alla preferenza per un determinato ruolo nella decisione. I dati raccolti suggeriscono questa seconda visione, tuttavia non è possibile escludere che sia il contrario, trattandosi di dati di tipo correlazionale.

Un altro limite dello studio riguarda il parere del professionista sanitario. Se sappiamo che nel caso del ruolo attivo le donne riferiscono di avere ricevuto meno spesso una raccomandazione dal professionista sanitario di riferimento, ma ciò che non è stato indagato adeguatamente è se sia il sanitario che non si esprime in merito alla questione o orienti la raccomandazione in funzione al tipo di ruolo dimostrato dalla donna durante la loro interazione. Tuttavia, sarebbe difficile indagare tale aspetto raccogliendo esclusivamente la prospettiva della donna.

Più in generale, un limite del presente studio è stato quello di prendere in considerazione l'opinione della donna, senza però indagare quella degli operatori sanitari, in ricerche future si potrebbero includere nel campione anche professionisti sanitari per consentire una maggiore comprensione del fenomeno.

4.3 CONCLUSIONI

Il presente elaborato ha avuto un taglio esplorativo sul tema dell'esitazione vaccinale contro il Covid-19 nelle donne in gravidanza e in allattamento in un contesto preciso durante il quale la vaccinazione non era ancora raccomandata. Il tema trattato non è oggetto di una vasta letteratura, per cui la presente ricerca si pone come punto di partenza che future indagini possono esplorare in modo più puntuale e approfondito, in particolare i fattori del ruolo decisionale della donna e la raccomandazione dell'operatore sanitario. Il tema del ruolo decisionale in gravidanza e in allattamento è poco indagato in letteratura,

per cui sono necessarie più ricerche per avere una visione più completa. Al termine dello studio, è possibile pensare a campagne di vaccinazione volte a favorire l'accettazione vaccinale, specialmente ai casi in cui le donne sono ostili a riceverla. Si potrebbe pensare di coinvolgere le pazienti nel processo decisionale, lasciando maggiore autonomia nella decisione. In tal caso, potrebbero essere anche più favorevoli ad accettare informazioni dai professionisti sanitari, avendo così la possibilità di fare una scelta informata. Maggiori ricerche potrebbero supportare campagne di prevenzione e di salute in gravidanza, ed essere di supporto ai sanitari a comprendere quale sia il ruolo decisionale preferito dalla donna e aiutare i medici ad informare in maniera più efficace.

5 BIBLIOGRAFIA

- Backer, J. A., Klinkenberg, D., & Wallinga, J. (2020). Incubation period of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infections among travellers from Wuhan, China, 20–28 January 2020. *Eurosurveillance*, *25*(5). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2020.25.5.2000062>
- Bedford, H., Attwell, K., Danchin, M., Marshall, H., Corben, P., & Leask, J. (2018). Vaccine hesitancy, refusal and access barriers: The need for clarity in terminology. *Vaccine*, *36*(44), 6556–6558. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.08.004>
- Betsch, C., Schmid, P., Heinemeier, D., Korn, L., Holtmann, C., & Böhm, R. (2018). Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. *PLOS ONE*, *13*(12), e0208601. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208601>
- Bradfield, Z., Wynter, K., Hauck, Y., Sweet, L., Wilson, A. N., Szabo, R. A., Vasilevski, V., Kuliukas, L., & Homer, C. S. E. (2021). COVID-19 vaccination perceptions and intentions of maternity care consumers and providers in Australia. *PLOS ONE*, *16*(11), e0260049. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260049>
- Brehm, J. W. (1956). Postdecision changes in the desirability of alternatives. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, *52*(3), 384–389. <https://doi.org/10.1037/h0041006>
- Brewer, N. T., Chapman, G. B., Rothman, A. J., Leask, J., & Kempe, A. (2017). Increasing Vaccination: Putting Psychological Science Into Action. *Psychological Science in the Public Interest*, *18*(3), 149–207. <https://doi.org/10.1177/1529100618760521>
- Bucchi, M., Fattorini, E., & Saracino, B. (2022). Public Perception of COVID-19 Vaccination in Italy: The Role of Trust and Experts' Communication. *International Journal of Public Health*, *67*. <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604222>

- Burd, I., Kino, T., & Segars, J. (2021). The Israeli study of Pfizer BNT162b2 vaccine in pregnancy: considering maternal and neonatal benefits. *Journal of Clinical Investigation*, 131(13). <https://doi.org/10.1172/jci150790>
- Cappozzo, F., dal Zotto, A., Scollo, M., Bernardini, D., Maria Dal Zotto, A., Bonvecchio, L., Tognetto, G., Marinangeli, S., Negrello, C., Lanza, P., Cocco, A., Falivene, P., Vianello, L., di Caprio, A., Gabutti, G., & Saugo, M. (2021). dTap vaccination uptake during pregnancy: Pregnant women-focused and health professionals-focused predictors in the Veneto Region (Italy). *Vaccine*, 39(47), 6913–6919. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.10.012>
- Ciotti, M., Ciccozzi, M., Terrinoni, A., Jiang, W. C., Wang, C. B., & Bernardini, S. (2020). The COVID-19 pandemic. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, 57(6), 365–388. <https://doi.org/10.1080/10408363.2020.1783198>
- D'Alessandro, A., Napolitano, F., D'Ambrosio, A., & Angelillo, I. F. (2018). Vaccination knowledge and acceptability among pregnant women in Italy. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 14(7), 1573–1579. <https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1483809>
- Dubé, E., Gagnon, D., Nickels, E., Jeram, S., & Schuster, M. (2014). Mapping vaccine hesitancy—Country-specific characteristics of a global phenomenon. *Vaccine*, 32(49), 6649–6654. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.09.039>
- Ebrahimi, O. V., Johnson, M. S., Ebling, S., Amundsen, O. M., Halsøy, Y., Hoffart, A., Skjerdingstad, N., & Johnson, S. U. (2021). Risk, Trust, and Flawed Assumptions: Vaccine Hesitancy During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.700213>
- Elwyn, G., Edwards, A., Gwyn, R., & Grol, R. (1999). Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. *BMJ*, 319(7212), 753–756. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7212.753>
- Emanuel, E. J. (1992). Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 267(16), 2221. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>

- Geiger, M., Rees, F., Lilleholt, L., Santana, A. P., Zettler, I., Wilhelm, O., Betsch, C., & Böhm, R. (2021). Measuring the 7Cs of Vaccination Readiness. *European Journal of Psychological Assessment*, 1–9. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000663>
- Gencer, H., Özkan, S., Vardar, O., & Serçekuş, P. (2022). The effects of the COVID 19 pandemic on vaccine decisions in pregnant women. *Women and Birth*, 35(3), 317–323. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.05.003>
- Goncu Ayhan, S., Oluklu, D., Atalay, A., Menekse Beser, D., Tanacan, A., Moraloglu Tekin, O., & Sahin, D. (2021). COVID-19 vaccine acceptance in pregnant women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 154(2), 291–296. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13713>
- Graffigna, G. (2021). *Esitantii. Quello che la pandemia ci ha insegnato sulla psicologia della prevenzione*. Il Pensiero Scientifico.
- Guerra, G. (2021). La relazione medico paziente: dialogo tra psicologia e medicina sull’adattamento. *RICERCHE DI PSICOLOGIA*, 1, 137–151. <https://doi.org/10.3280/rip1-2021oa11606>
- Hocker, J. L., Wilmot, W. W., & Joyce L. Hocker. (1995). *Interpersonal Conflict*. Brown & Benchmark.
- Hornsey, M. J., Lobera, J., & Díaz-Catalán, C. (2020). Vaccine hesitancy is strongly associated with distrust of conventional medicine, and only weakly associated with trust in alternative medicine. *Social Science & Medicine*, 255, 113019. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113019>
- Januszek, S. M., Faryniak-Zuzak, A., Barnaś, E., ŁOziński, T., Góra, T., Siwiec, N., Szczerba, P., Januszek, R., & Kluz, T. (2021). The Approach of Pregnant Women to Vaccination Based on a COVID-19 Systematic Review. *Medicina*, 57(9), 977. <https://doi.org/10.3390/medicina57090977>
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1–47. <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>

- Karafillakis, E., Francis, M., Paterson, P., & Larson, H. (2021). Trust, emotions and risks: Pregnant women's perceptions, confidence and decision-making practices around maternal vaccination in France. *Vaccine*, *39*(30), 4117–4125.
<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.05.096>
- Kilich, E., Dada, S., Francis, M. R., Tazare, J., Chico, R. M., Paterson, P., & Larson, H. J. (2020). Factors that influence vaccination decision-making among pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, *15*(7), e0234827.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234827>
- Leask, J., Kinnersley, P., Jackson, C., Cheater, F., Bedford, H., & Rowles, G. (2012). Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals. *BMC Pediatrics*, *12*(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2431-12-154>
- Limaye, R. J., Malik, F., Frew, P. M., Randall, L. A., Ellingson, M. K., O'Leary, S. T., Bednarczyk, R. A., Oloko, O., Salmon, D. A., & Omer, S. B. (2020). Patient Decision Making Related to Maternal and Childhood Vaccines: Exploring the Role of Trust in Providers Through a Relational Theory of Power Approach. *Health Education & Behavior*, *47*(3), 449–456.
<https://doi.org/10.1177/1090198120915432>
- MacDonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, *33*(34), 4161–4164. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>
- Mappa, I., Luviso, M., Distefano, F. A., Carbone, L., Maruotti, G. M., & Rizzo, G. (2021). Women perception of SARS-CoV-2 vaccination during pregnancy and subsequent maternal anxiety: a prospective observational study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 1–4.
<https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1910672>
- Mazzilli, S., Tivoschi, L., & Lopalco, P. L. (2021). Knowledge, attitudes and practices concerning pertussis maternal immunization in a sample of Italian gynaecologists. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, *17*(6), 1681–1685.
<https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1833580>
- Meharry, P. M. (2012, February 25). *Reasons Why Women Accept or Reject the Trivalent Inactivated Influenza Vaccine (TIV) During Pregnancy*. SpringerLink.

https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-012-0957-3?error=cookies_not_supported&code=c6f129f7-4c84-4cc4-a4ec-dcd94a751070

- Rasmussen, S. A., Jamieson, D. J., & Bresee, J. S. (2008). Pandemic Influenza and Pregnant Women. *Emerging Infectious Diseases*, *14*(1), 95–100.
<https://doi.org/10.3201/eid1401.070667>
- Ridd, M., Shaw, A., Lewis, G., & Salisbury, C. (2009). The patient–doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients’ perspectives. *British Journal of General Practice*, *59*(561), e116–e133.
<https://doi.org/10.3399/bjgp09x420248>
- Ripamonti, C. A., & Clerici, C. A. (2008). *Psicologia e salute. Introduzione alla psicologia clinica in ambito sanitario*. Il Mulino.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, *2*(4), 328–335.
<https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Rosso, A., Massimi, A., Pitini, E., Nardi, A., Baccolini, V., Marzuillo, C., de Vito, C., & Villari, P. (2020). Factors affecting the vaccination choices of pregnant women for their children: a systematic review of the literature. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, *16*(8), 1969–1980.
<https://doi.org/10.1080/21645515.2019.1698901>
- Scaglioni, M., & Sala, M. (2020). *L’altro virus: Comunicazione e disinformazione al tempo del Covid-19 (Varia. Saggistica) (Italian Edition)*. Vita e Pensiero.
- Sigo. (2021, May 5). *Position Paper “Gravidanza e Vaccinazione anti COVID.”*
<https://www.sigo.it/comunicati-covid-19/position-paper-gravidanza-e-vaccinazione-anti-covid/>
- Vicentini, C., Bordino, V., Gardois, P., & Zotti, C. (2020). Early assessment of the impact of mitigation measures on the COVID-19 outbreak in Italy. *Public Health*, *185*, 99–101. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.06.028>

Vilca, L. M., & Esposito, S. (2018). The crucial role of maternal care providers as vaccinators for pregnant women. *Vaccine*, 36(36), 5379–5384.
<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.08.017>

6 SITOGRAFIA:

Department of Health and Social Care. (2020, December 2). *UK authorises*

Pfizer/BioNTech COVID-19 vaccine. GOV.UK.

<https://www.gov.uk/government/news/uk-authorises-pfizer-biontech-covid-19-vaccine>

European Medicines Agency. (2020, December 21). *EMA recommends first COVID-19*

vaccine for authorisation in the EU. [https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-](https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommends-first-covid-19-vaccine-authorisation-eu)

[recommends-first-covid-19-vaccine-authorisation-eu](https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommends-first-covid-19-vaccine-authorisation-eu)

Food & Drug Administration. (2020, December 11). *FDA Statement on Vaccines and*

Related Biological Products Advisory Committee Meeting. U.S. Food and Drug

Administration. [https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-](https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-statement-vaccines-and-related-biological-products-advisory-committee-meeting)

[statement-vaccines-and-related-biological-products-advisory-committee-meeting](https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-statement-vaccines-and-related-biological-products-advisory-committee-meeting)

Governo Italiano Presidenza del Consiglio dei Ministri. (n.d.). *Misure per il*

contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica.

Www.Sitiarcheologici.Palazzochigi.It. Retrieved May 6, 2022, from

<https://www.sitiarcheologici.palazzochigi.it/www.governo.it/febbraio%202021/i-tiorestoaCasa-misure-governo.html>

Istituto Superiore di Sanità. (2021, January 9). *Archivio*. ISS.it.

https://www.iss.it/web/guest/archivio?p_p_id=com_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_com_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet_mvcPath=%2Fview_content.jsp&_com_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet_assetEntryId=5595364&_com_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet_type=document&p_l_back_url=https%3A%2F%2Fwww.iss.it%2Fweb%2Fguest%2Farchivio%3Fp_p_id%3Dcom_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dmaximized%26p_p_mode%3Dview%26_com_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet_redirect%3Dhttps%253A%252F%252Fwww.iss.it%252Fweb%252Fguest%252Farchivio%253Fp_p_id%253Dcom_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet%2526p_p_lifecycle%253D0%2526p_p_state%253Dnormal%2526p_p_mode%253Dview%26_com_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet_mvcPath%3D%252Fsea

rch.jsp%26_com_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet_keywords%3Dindicazioni%2Bdonne%2Bin%2Bgravidanza%2Bvaccino%2Bcovid%26_com_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet_formDate%3D1652956546834%26_com_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet_scope%3Dthis-site

Ministero della Salute. (2019, November 12). *Donne in età fertile e in gravidanza*.

<https://Www.Salute.Gov.It/>. <https://www.salute.gov.it/>

Ministero della Salute. (2020, December 12). *Piano vaccini anti Covid-19*. salute.gov.it.

<https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5452&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>

Organização Pan-Americana da Saúde. (2020, April 30). *Understanding the Infodemic and Misinformation in the fight against COVID-19*. Iris.Paho.Org.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52052>

World Health Organization. (2018, October 2). *Confidence and Demand*.

[Www.Who.Int. https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/essential-programme-on-immunization/demand](https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/essential-programme-on-immunization/demand)

World Health Organization. (2020, April 22). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 22 April 2020*.

<https://Www.Who.Int/>. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--22-april-2020>

World Health Organization. (2021, January 8). *Interim recommendations for use of the Pfizer–BioNTech COVID-19 vaccine, BNT162b2, under emergency use listing: interim guidance, 8 January 2021*. Who.Int.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/338484>